



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

“LA EUTANASIA, YO ELIJO UNA MUERTE DIGNA”

TESIS

TESIS PRESENTADA POR:

GEORGINA ARRIAGA GARCIA

ASESOR DE TESIS DOCTOR EN DERECHO GUSTAVO AGUILERA IZAGUIRRE.

TOLUCA, MÉXICO OCTUBRE 2022.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| PORTADA..... | 1 |
| DEDICATORIA..... | 2 |
| AGRADECIMIENTO..... | 3 |
| ÍNDICE..... | 4-5 |
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| | |
| CAPÍTULO I | |
| 1.1 Antecedentes históricos de la Eutanasia y su origen etimológico..... | 7 |
| 1.2 Definiciones general y legal de la Eutanasia..... | 10 |
| 1.3 Tipos de Eutanasia..... | 13 |
| 1.4 Posturas a favor y en contra de la Eutanasia..... | 15 |
| 1.5 Marco Jurídico que regula la eutanasia en México y a nivel internacional..... | 20 |
| | |
| CAPÍTULO II | |
| 2.1 Definición de la Voluntad Anticipada..... | 27 |
| 2.2 Marco Jurídico que regula la Voluntad Anticipada..... | 33 |
| 2.3 Diferencia entre la Eutanasia y la Voluntad Anticipada..... | 38 |
| | |
| CAPÍTULO III | |
| 3.1 Caso de Valentina Maureira, 2015..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2 Caso de Brittany Maynard..... | 42 |
| 3.3 Caso de Ovidio González, 2015..... | 43 |
| 3.4 Caso Tony Nicklinson..... | 44 |
| 3.5 Caso Martha Sepúlveda, 2021..... | 47 |
| CAPÍTULO IV | |
| 4.1 Marco jurídico por el cual no es permitido la eutanasia en México..... | 50 |
| 4.2 Países donde es legal la Eutanasia y por que..... | 55 |
| 4.3 Países donde no es legal la Eutanasia y por que | 59 |
| 4.4 Propuestas de solución hacia la eutanasia..... | 61 |
| CAPÍTULO V | |
| 5.1 Muerte digna en tiempos de pandemia COVID 19..... | 72 |
| 5.2 El derecho a morir y también a vivir..... | 74 |
| 5.3 La construcción social de la muerte en tiempos del COVID-19..... | 76 |
| CONCLUSIONES..... | 79 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 80 |
| INTRODUCCIÓN | |

La eutanasia es la acción por parte del médico u otra persona, con la intención de provocar la muerte del paciente terminal, por compasión y para eliminarle todo dolor. La eutanasia no resulta un atentado contra la vida humana sino una ayuda a tener una muerte buena al paciente sin sufrir dolor. La pregunta sería ¿Le quitarías la vida a una persona para que deje de sufrir?

El término eutanasia, por su etimología, sugiere que la vida del individuo llegó a su fin, estaba destinada a terminar, lo que amortiza el efecto negativo del hecho de que la eutanasia es la decisión voluntaria de cambiar el destino.

La eutanasia resulta ser un problema en la sociedad debido a las posturas en contra y favor, la Ley General de Salud contempla en su artículo 166 bis 21, donde nos menciona que queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley, lo que nos da una pauta que al menos en México está prohibida la práctica de la eutanasia.

La eutanasia es un problema social que aún está en debate ya que algunas personas piensan al respecto que es una manera cruel de ponerle fin a la vida humana, mientras que otro grupo opina que es una práctica destinada a detener el sufrimiento de un enfermo sin demasiadas probabilidades de vida.

Por otro lado, en México no está legalizada la práctica de la eutanasia, pero existe la ley de la voluntad anticipada que nos dice que es “la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona”. La Ciudad de México fue la primera entidad de la nación en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008.

CAPITULO I

1.1 Antecedentes históricos de la Eutanasia y su origen etimológico.

La palabra Eutanasia fue utilizada desde los tiempos del emperador Augusto hasta finales del siglo XIX, como el acto de morir pacíficamente y el arte médico de lograrlo. Uno de los primeros que utilizó el término fue el historiador Suetonio, quien escribió:

“Tan pronto como César Augusto oía que alguien había muerto rápidamente y sin dolor, pedía la Eutanasia, utilizando esta palabra, para sí mismo y para su familia”

Está claro que el texto se refiere a las personas que no pueden ser curadas, y que por tanto han entrado en la fase que se podría entender como desahucio.

En Roma y los territorios bajo el dominio del imperio, la práctica de la Eutanasia fue múltiple, se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para cometer tal acto, puesto que se aceptaba de manera honrosa el suicidio provocado por “la impaciencia del dolor o la enfermedad.”

En el Renacimiento, el concepto de Eutanasia adquiere su real significado y se considera como tal al buen morir, siendo la muerte el último acto de la vida; por lo que había que ayudar al moribundo con todos los recursos disponibles para lograr una muerte digna y sin sufrimiento. Moro, filósofo inglés, menciona el término Eutanasia en su obra Utopía, una sátira política en la que se hace referencia a una isla imaginaria del mismo nombre, en el curso de la misma surgen temas como el trato que debía darse ante el divorcio, muerte y la Eutanasia.

Ya durante el Cristianismo la Iglesia católica romana, modificó completamente la legislación del suicidio: “cualquiera que atentara contra su propia vida no recibiría cristiana sepultura”. En cierto modo, la forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad y el sufrimiento, por lo que resultaba impensable recibir cualquier tipo de alivio compasivo, aunque el sufrimiento fuera muy intenso.

San Agustín afirmaba que el suicidio era algo “detestable y abominable”, Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, por lo tanto, tenían que soportarse. En el año 693 se anunció que cualquiera que intentara suicidarse sería automáticamente excomulgado. En resumen, durante doce siglos el suicidio se había convertido en el pecado mortal por excelencia para los cristianos. (Bont, 2007)

El origen etimológico de dos vocablos Eu (buena, justa) thánatos (muerte) son de origen latinos surgiendo así el vocablo Eutanasia, pero en la mitología griega el dios Tánatos personificaba la muerte sin violencia, muy parecida al sueño inducido por su gemelo

Hipnos. Por esa razón la eutanasia era, no solo deseable, sino una de las mayores bienaventuranzas que podía recibir el individuo.

En tiempos remotos, la mayor parte de las personas morían en sus casas en medio de sus seres queridos, con atención religiosa, sabiendo que iban a morir y con todas las facilidades para tomar decisiones pequeñas o grandes.

Para la mayoría de las religiones la muerte es solamente un evento o un cambio de estado por lo que el espectro de la muerte suele ser un psicopompo, incapaz de decidir el destino del ser vivo.

La Tanatología, como rama de las ciencias, se centra en la calidad de vida del enfermo terminal y su familia, aborda los eventos relacionados con la muerte natural y la eutanasia, entendida como aliviar el dolor físico y sufrimiento espiritual es uno de sus objetivos. (Díaz, 2019)

Edad Media

El medioevo cristiano trajo consigo cambios de gran alcance para el trato con la muerte y el fallecimiento. Una profundidad, hasta ahora desconocida, de la piedad y del amor al prójimo “misericordia” y “caritas” se introduce con el principio de la trascendencia en el mundo, así como también en la medicina.

La eutanasia, el suicidio y el aborto son considerados como pecado, puesto que el hombre no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por Dios: “Yo soy el que da la vida y la quita”. La expresión eutanasia no se encuentra ni en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento, tampoco se presenta en los escritos teológicos del medioevo. Cristo se transforma, con su desesperación y esperanza camino a su muerte, en una figura que da fuerza y consuelo a todos los que sufren y mueren; tampoco ha quedado libre del sufrimiento y de la muerte a causa del acortamiento de la vida.

Modernidad

Los hombres de la Edad Moderna ya no siguen, como es sabido, el pensamiento de la Edad Media, en ocasiones sólo a un alcance parcial o mínimo. La perspectiva cristiana se abandona y se vuelve a posiciones filosóficas de la Antigüedad, quedando en primer lugar este mundo, la naturaleza y el hombre.

La salud, la juventud y la vida eterna deben ser objetivos alcanzables con la ayuda de la técnica, de las ciencias naturales y de la medicina; de estas metas se alimenta la poderosa e ilimitada dinámica del progreso médico y científico natural.

La muerte y el fallecimiento se convierten, crecientemente, en un suceso privado y perteneciente a este lado, cada vez más también se vuelve un acontecimiento silencioso y solitario, no siempre en un hecho simplemente biológico y objetivo.

De los grandes utopistas del Renacimiento vuelve a justificarse el término activo de la vida, condenado durante la Edad Media, y se relaciona con la expresión eutanasia. Los esbozos de Tomás Moro y Francis Bacon están, al mismo tiempo, llenos de sugerencias eugenésicas, tal como ya aparecía en el concepto de Estado de Platón.

La eutanasia cambia, de ahora en adelante, a una piedra de tope fundamental de la imagen del hombre, del concepto de vida y de la comprensión de la ciencia, de la relación médico paciente, así como también de la solidaridad entre los hombres.

Presente

En nuestros tiempos se sustentan diferentes opiniones sobre la eutanasia; también es variada la realidad en los distintos países del mundo. Reiteradamente se llega a iniciativas que apuntan a la legalización de la eutanasia.

Una amplia atención ha encontrado la reglamentación legal de Holanda. Estudios médicos, psicológicos y sociológicos han llevado, en la actualidad, a nuevos conocimientos sobre el trato con la muerte y el fallecimiento.

La actitud hacia la eutanasia muestra, finalmente, notables desviaciones entre los partidarios de las diferentes religiones; la exigencia de una conservación incondicional de

la vida disminuye, según una investigación empírica de médicos católicos a protestantes, pasando por los judíos, así como también cambian las opiniones sobre la eutanasia y sus distintas formas.

Decidida está la orientación del hombre hacia su propia muerte, decidido está el comienzo de la muerte en la realidad social, decidida está la inmanente unión de la vida y la muerte y de la muerte y la cultura.

De Montaigne viene la frase: “Tú no mueres porque estés enfermo, mueres porque vives.” Un informe para el cambio práctico preciso contiene la convicción fundamental del escritor existencialista Albert Camus; “La única solidaridad real entre los hombres es la solidaridad ante la muerte.” (Engelhardt, 2002)

1.2 Definiciones general y legal de la Eutanasia.

Las definiciones de la Eutanasia son incontables, pero solo algunas tratan de describir lo que realmente significa la Eutanasia, desde el punto de vista general y legal.

General:

Eutanasia: Es la acción u omisión, por parte del médico u otra persona, con la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor. (Díaz, 2019)

Actualmente la eutanasia se entiende como un acción u omisión que por su naturaleza o en la intención apresura la muerte para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición de él mismo, de sus familiares o por iniciativa de un tercero que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo.

Esta definición la sitúa en el nivel de las intenciones y procedimientos usados en procesos irreversibles de muerte. Independientemente del momento en que es irreversible. Se diferencia de las acciones en los casos de recién nacidos enfermos, enfermedades crónicas y ancianos, en los cuales la cuestión no es la abreviación de su vida, sino la eliminación de ellos. (Vilchis, 2001)

Para Robert Veatch se trata de la aceleración misericordiosa de la muerte, limitada la mayor parte de las veces a acciones voluntarias y misericordiosas para matar a alguien que está gravemente traumatizado o en estado de enfermedad terminal.

En Holanda, aceptase hoy como definición común el termino activo de la vida de un paciente por un médico, solicitada por el propio paciente.

Hairy (Hetta e matti) dicen que la eutanasia es la inducción consciente de la muerte por medio de otras personas, ya sea por acción o por omisión, directa o indirectamente. (Francisconi, 2007)

La actitud hacia la eutanasia muestra, finalmente, notables desviaciones entre los partidarios de las diferentes religiones; la exigencia de una conservación incondicional de la vida disminuye, según una investigación empírica de médicos católicos a protestantes, pasando por los judíos, así como también cambian las opiniones sobre la eutanasia y sus distintas formas.

Las raíces históricas de la eutanasia, en espectro, entre el acortamiento de la vida y la ayuda a morir se remontan a la Antigüedad están dadas en todas las diferencias que, sin duda, están presentes entre las posiciones ideales y los cambios en la realidad. (Engelhardt, 2002)

Legal:

Desde un punto de vista jurídico, la eutanasia legalizada otorga el poder, al personal médico o de salud, de poner fin directamente a la vida de personas en condiciones especialmente dependientes. En este sentido, es una clara manipulación ideológica el que este poder se amplíe, precisamente en nombre de los derechos subjetivos de aquel de quien se considera, con parámetros de calidad, que está en una condición indigna. Desde los años sesenta, con la creación de la asociación para la muerte digna en Estados Unidos, la cuestión de la eutanasia cambió en cuanto a su consideración. Desde la clásica defensa de la muerte humanitaria, de las personas que sufrían condiciones de vida

supuestamente indignas, se pasó a la exaltación de un supuesto derecho a que se mate a quien lo solicite, si se encuentra en condiciones subjetivas y objetivas de indignidad.

Se defiende así un supuesto control sobre la propia vida mediante el homicidio eutanásico en nombre de la autonomía, precisamente de las personas que se encuentran en condiciones menos autónomas.

Mucho se ha insistido reiteradamente en que el derecho a la vida, y el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, no conllevan un derecho a ser matado a petición propia.

En este debate sobre la eutanasia, como en las ocasiones en las que se han rechazado proposiciones de ley sobre su legalización, el argumento mayoritario ha sido que en la eutanasia se produce un proceso de que, una persona mata a otra, lo que explica la intervención del Estado en proteger la vida humana en su momento más frágil.

Por otra parte, en Estados Unidos, uno de los elementos considerados para superar la autonomía de quien se niega a un determinado tratamiento médico es, la intención suicida, que no es amparada, aunque no se sancione, por el ordenamiento.

El supuesto derecho a la muerte el cual posee una máscara, en nombre de una autonomía del paciente es la realidad jurídica de la eutanasia. Por lo tanto, se puede decir que no es lo mismo morir, o dejar morir, que matar o ayudar a otro a matarse. Mientras que morir es un hecho, dejar morir implica una conducta éticamente relevante, ya que unas veces procederá abstenerse de intervenir, o suspender el tratamiento iniciado, en los casos de enfermedades incurables.

Por otra parte, dejar morir, pidiéndolo o no el paciente, puede ser un acto inmoral y hasta criminal de dejación de los deberes de asistencia hacia el enfermo.

Podría haber una omisión de la conducta éticamente debida hacia la persona enferma, cuando existiendo una mínima expectativa terapéutica, el facultativo dejase de aplicar el tratamiento o suspendiese las medidas de soporte vital indicadas por causar la muerte de alguien, ya sea de forma activa o pasiva, implica una acción transitiva que busca matar,

lo que siempre es inmoral por ser contrario a la ley natural y a los más elementales principios de la ética.

De esta forma, se puede señalar que sin perjuicio en la eutanasia como el suicidio asistido la finalidad pueda ser compasiva, esta intención buena no hace bueno el medio empleado, y sólo puede modular o rebajar la responsabilidad, moral y jurídica, derivada de una acción que significa “matar”, es decir, terminar con la vida de una persona *lex artis* (*Conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en la actualidad. Por definición, es cambiante con el progreso técnico de la medicina (ver comités médicos, mala práctica)*), así como con las peculiaridades personales de cada paciente (ver salud), apelando al respeto a la libertad o a la autonomía del paciente. (Díaz, 2019)

1.3 Tipos de Eutanasia.

Dentro de los tipos de Eutanasia se encuentran los siguientes:

Eutanasia Activa: Es la realización de un acto concreto del cual resulta la muerte de una persona.

Eutanasia Pasiva: Ocurre cuando iniciamos o interrumpimos los medios que mantienen la vida del paciente.

Eutanasia Voluntaria: Cuando se atiende la solicitud del paciente expresado de modo manifiesto.

Eutanasia no Voluntaria: Ocurre cuando el paciente no puede dar su consentimiento o recusa voluntarios.

Eutanasia Involuntaria: Ocurre cuando el paciente todavía manifiesta deseo de vivir.

Eutanasia de Doble Efecto: La muerte ocurre como un efecto colateral de una acción médica cuyo fin primario era proporcionar un bien al paciente. (Francisconi, 2007)

Para efectos de una mayor comparación entre conceptos de los tipos de eutanasia otro autor destaca lo siguiente:

Eutanasia Voluntaria: Aquella que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.

Eutanasia Involuntaria (también llamada cacotanasia o coactiva): Es la practicada contra la voluntad del paciente, que manifiesta su deseo de no morir.

Eutanasia no Voluntaria: Aquella que se practica no constando el consentimiento del paciente, que no puede manifestar ningún deseo, como sucede en casos de 4 niños y pacientes que no han expresado directamente su consentimiento informado.

Eutanasia Activa: Es la que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente.

Eutanasia Pasiva: Es el dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que están indicados y son proporcionados. (Díaz, 2019)

Otro autor hace mención sobre los tipos de eutanasia entre la eutanasia pasiva y la activa.

La eutanasia positiva o activa se entiende como el acto de privar de vida a una persona por razones de dolor y sufrimiento. Es activa directa en los casos en que el efecto inmediato que se busca a través de algún medio es el deceso. En la eutanasia positiva indirecta hay una acción que tiene un efecto inmediato aliviador para el enfermo, pero que comporta simultáneamente, como efecto paralelo divergente y no buscado, la muerte o su adelanto.

La eutanasia negativa o pasiva simplemente priva al enfermo de aquellos medios médicos extraordinarios que podrían prolongar su vida, en el contexto de una muerte irreversible (distintos y dramáticos son los casos de eutanasia pasiva involuntaria por carencia de recursos y por negligencia en la atención de los pacientes irrecuperables).

Las denominaciones de eutanasia negativa y activa indirecta son cuestionables, porque ahí en realidad no hay una intención eutanásica, sino que se refieren a una realidad en

que se deja que el proceso irreversible que la muerte siga su curso, ya que no existe una esperanza de recuperación.

En la discusión sobre la eutanasia es interesante examinar otros aspectos que merecen ser considerados. En una buena parte del movimiento pro eutanasia se hacen esfuerzos para llegar a establecer criterios objetivos para decidir sobre la vida. Se procura definir que la vida tiene valor solo para quienes presenten determinadas características o capacidades, de acuerdo a algún concepto tradicional, convencional o prefijado. (Vilchis, 2001)

1.4 Posturas a favor y en contra de la Eutanasia. A)

Argumentos defensores de la eutanasia.

En nuestra sociedad generalmente existe un buen argumento a favor de aquello que implica un cambio que rompa con la tradición, y, por otro lado, una docena de argumentos en contra de ello, en ese sentido la legalización de la eutanasia sería un ejemplo.

El argumento poderoso a favor de la eutanasia, es permitir al paciente poner término a sufrimientos innecesarios y degradantes que no le permiten llevar una vida digna, sino de dolor y agonía, situación que atentaría contra el libre desarrollo de su personalidad y su dignidad como persona humana, evitando así ser sometido a un encarnizamiento terapéutico, ante los avances de la ciencia médica, y el deseo de los médicos de mantener con vida a un ser sin esperanzas de recuperación.

De esta manera, es como surge la necesidad de legalizar la eutanasia a efecto de aprobar el ejercicio de una muerte digna, bajo condiciones estrictas que impidan su abuso.

Ahora bien, por lo que se refiere a los argumentos contrapuestos, es común encontrar su fundamento en el hecho de que el médico tiene como función la de salvar vidas y no destruirlas. Sin embargo, dicha proposición que al parecer luce razonable, al reflexionar seriamente sobre ella, emergen excepciones a la regla, dependiendo de las circunstancias de cada caso.

Así, la iglesia católica señala en relación al sufrimiento y al uso de analgésicos que, a pesar de la valoración de éste, no se puede pedir una actitud heroica al enfermo, y la prudencia cristiana aconseja el uso de medicamentos que alivien el dolor, aunque como efecto secundario acorten la vida del paciente. Sin duda existen logros en la conquista del dolor, pero esta no ha sido completa, más aún cuando el dolor físico no constituye el único sufrimiento y va acompañado de otros malestares inevitables como el vómito incontrolable, la incontinencia de esfínteres, deglución dolorosa, etcétera.

En ese sentido, el médico al aplicar narcóticos y sedantes para aliviar o reducir el dolor, cuando con tal conducta se acorta necesariamente la vida del paciente, dicho galeno está practicando la eutanasia, aunque estrictamente no se trate de una eutanasia voluntaria.

Tradicionalmente, el médico ha sido el defensor de la vida, ya Hipócrates había previsto la posibilidad de que un paciente con enfermedad incurable en su fase terminal, pidiese al médico le ayudara para morir, ante cuyas súplicas el médico no se debería dejar inducir, ni a suministrar veneno, ni aconsejarle tales circunstancias.

Sin embargo, la realidad es otra y si bien la misión del médico es salvar vidas, esto no es posible siempre, ya que hoy en día los avances de la ciencia médica permiten aplicar terapias que son eficaces para combatir el dolor, prolongar la vida del enfermo, pero ineficaces para curar, con lo cual dicha misión se traduce en curar a veces, aliviar a menudo y consolar al enfermo incurable y cuando la enfermedad de éste ha llegado a su fase terminal, debe ayudarlo a morir.

El hombre tiene un derecho a la vida, lo que le permite luchar contra la muerte, pero cuando la naturaleza humana cumple su ciclo vital, ya de modo natural o por accidente, llega un momento en que el hombre tiene que aceptar la muerte y el derecho de decidir su propia muerte. (Herrera, 2004).

El problema se torna particularmente difícil cuando el sujeto sufre intensamente y la muerte no parece inminente. Es por ejemplo la situación de un paciente con cáncer inoperable de la faringe. Durante meses experimenta dificultades para deglutir, con intenso dolor. El proceso invade la laringe,

añadiéndose dificultad respiratoria y para la articulación de las palabras. Los narcóticos ya no son efectivos. Su mente está clara y anticipa la miseria de varias semanas o meses, con terribles sufrimientos para él y de angustia para los familiares y médicos tratantes. Variando las entidades clínicas la historia se repite sin cesar. Muy pocos expresan directamente su deseo de morir. ¿Cuántos no lo guardan en secreto? Muy pocos médicos se atreverían a tomar la responsabilidad de suprimir la vida del paciente en estas circunstancias, por el temor a violar disposiciones legales. Para remediar esta situación estamos urgidos de una legislación adecuada. (León, 1973).

Esta objeción no tiene seriedad alguna, ya que bastaría analizar las circunstancias bajo las cuales podría ser practicada la eutanasia, para determinar que dichos supuestos no podrían presentarse, además que, tratándose de dichas personas, lejos de practicarles la eutanasia se estaría cometiendo un verdadero crimen, que ante ninguna circunstancia podría escudarse dentro del término eutanasia.

Es por ello, que todo fundamento para legalizar la eutanasia parte de la delimitación del concepto que se tenga de la misma. Si bien, cada caso en concreto crea problemas jurídicos diversos, en opinión muy razonable también es necesario dar solución a dicha problemática, mediante la determinación de las bases sobre las cuales se puede entender como eutanasia a determinada conducta, y que debido a los requisitos más rigurosos que deberán ser observados, el incumplimiento del más mínimo elemento dará lugar a la configuración de una conducta delictiva.

No es justo, que existiendo en el mundo personas que claman se les deje morir en paz, presas de dolor y sufrimientos insoportables, no se legisle al respecto.

Otro autor destacado menciona lo siguiente, realmente tiene mucha razón en esto, acertadamente Binet-Sangle dice, que cuando el dolor es curable debe combatirse con la terapéutica y cuando es incurable con la eutanasia. (Herrera, 2004).

B) Argumentos en contra de la eutanasia

Constituye un punto esencial en las diferencias entre las posturas a favor y en contra de la eutanasia. De alguna manera, esa argumentación se sustenta no en un desprecio por

la existencia, sino en la idea de que el bien supremo del hombre no es la vida a secas, independientemente de las condiciones de ella.

El mayor problema reside en que desde el instante en que se recurre a la objetividad y se la acepta como un criterio para disponer de la vida de la gente, el asunto esencial, en sí mismo y por las extensiones y repercusiones que puede generar, es la distinción de categorías de seres humanos y la negación imperativa absolutista de una igualdad básica para estar en la vida. Además, con la aceptación, legitimación y legalización de esta aseveración como verdadera y correcta, ya la clasificación de seres humanos es cuestión secundaria y variable según las circunstancias. Hoy y aquí pueden ser algunas categorías, mañana y allá otras, eso dependerá de muchos factores, históricos, culturales, políticos y económicos.

En nuestras investigaciones sobre la vivencia de la muerte en distintas edades, el dolor proyectado hacia el paciente aparece como una de las razones más esgrimidas como legítimas por las personas a favor de la eutanasia. También el sufrimiento y la pérdida de la dignidad atribuidas al otro, incluso en circunstancias de inconsciencia en que el propio paciente no se da cuenta de lo que sucede.

Cada ser humano tiene derecho a morir, pero no de acuerdo a lo que otros desean y disponen, tampoco según la ley impersonal vigente lo mande, sino conforme a como él ha decidido su sentido de vida. Develar y construir esa muerte propia es una tarea en la que el psicólogo puede contribuir inestimablemente a los moribundos y a sus familiares. (Vilchis, 2001).

Por otro lado, existen los argumentos en contra que señalan que “el médico tiene como función la de salvar vidas, no destruirlas”, “la legalización de la eutanasia podría traer como consecuencia que se llegaran a cometer actos criminales en pacientes que no han expresado su consentimiento o bien son incapaces de expresar su deseo de morir, como es el caso de los sujetos con deformidades, y personas seniles”

Estas posiciones tan contrapuestas respecto al mismo problema son una muestra de la necesidad de profundizar en el debate sobre los temas de eutanasia, suicidio asistido y otras formas de voluntad anticipada y sobre todo evidencian la necesidad de legislar y

establecer estrategias consensuadas que satisfagan, en la medida de lo posible, a los actores sociales con posiciones encontradas.

Es importante resaltar que el aumento de la esperanza de vida y el consecuente incremento de personas que llegan a edades avanzadas y desarrollan enfermedades degenerativas que se caracterizan en su fase terminal por ser causa de intenso dolor y sufrimiento, es uno de los principales motivos que hacen necesario el establecimiento de cuidados paliativos y aplicación de medidas vinculadas con la voluntad anticipada, la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

Por otro lado, otra causa determinante que explica el creciente interés en el tema, es el incremento en las últimas décadas de la cultura relacionada con la defensa de los derechos humanos y de los principios de libertad y autonomía, especialmente la relacionada con los usuarios de los servicios de atención médica.

¿Cuáles son los principios éticos involucrados?

El principio ético fundamental que está involucrado en este debate es el denominado **principio de autonomía** que simple y llanamente consiste en el derecho que tienen las personas a decidir sobre su propio cuerpo incluida la decisión de cómo y cuándo morir.

Este derecho tiene su origen conceptual en la filosofía kantiana y está fundamentado en las manifestaciones de libertad incluidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Organización de las Naciones Unidas en 1948.

Sin embargo, el derecho de autonomía se encuentra en contradicción con la visión paternalista de la medicina tradicional que, bajo una interpretación parcial del **principio de beneficencia**, considera que el médico es el único que debe decidir sobre los tratamientos que más convienen a sus pacientes.

El juramento hipocrático ha contribuido también a la consolidación de este paradigma, en la medida en que uno de sus preceptos más conocidos establece que

“jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma

santa y pura.”

Aunado a lo anterior, la visión religiosa ha sido también un elemento fundamental en este debate ya que parte del supuesto de que la voluntad de dios es la única que crea y otorga la vida y por lo tanto es solo la voluntad de dios quien debe quitarla. Esta posición de la religión, en relación a la eutanasia ha quedado claramente manifestado por Wolfgang Huber, representante de la iglesia evangélica que expresó que “el ser humano no puede disponer arbitrariamente de la vida, ni al comienzo ni al final. La vida es un don divino. Por ello nos negamos a la eutanasia...

Así mismo, en los países en los que se encuentra despenalizada la eutanasia y el suicidio asistido, el personal de salud, en ocasiones se ve enfrentado a situaciones que entran en conflicto con sus valores éticos o religiosos por lo que puede recurrir al **principio de objeción de conciencia** y negarse a ejecutar lo solicitado por el paciente en su voluntad anticipada. (Ochoa, 2017).

1.5 Marco Jurídico que regula la eutanasia en México y a nivel internacional.

En México la eutanasia no tiene una regulación específica en nuestro sistema penal, pero algunos otros ordenamientos lo contemplan como los siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

“**Artículo 4.** ... 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 ...”

Código Penal Federal

“**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 el mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Artículo 313. Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.”

En las reformas de 1994 a la legislación penal mexicana se introdujo la fracción III al Art. 15 del Código Penal, en la que se incluyó el consentimiento del ofendido como causa excluyente de delito.

Código Penal del Estado de México

Artículo 249. “Se impondrá de seis meses a diez años de prisión y cincuenta a setecientos días de multa al inculpado de homicidio cometido:

III. Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para el homicidio cometido para salvar su vida.

De acuerdo a lo estipulado en la Ley General de Salud en su artículo 166 Bis 21 que a la letra dice:

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

Precisamente, a partir de la década de los años ochenta, varios países europeos iniciaron la aprobación de leyes que regulan la práctica de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido. El país que dio los primeros pasos para la aprobación de la eutanasia fue Holanda, desde 1985, seguido después por Bélgica, Luxemburgo y Suiza.

En los años noventa y en la primera década del nuevo milenio se aprobó la eutanasia en los EUA en los estados de Oregón, Washington, Montana, Vermont y California.

En 1995 se legalizó en el territorio norte de Australia y en 1998 se aprobó en Colombia, que hasta el momento actual es el único país latinoamericano que cuenta con una ley de este tipo. Como se puede ver, la tendencia en los últimos 30 años en el mundo es hacia la aprobación de leyes que garanticen el respeto a la voluntad anticipada de los pacientes que se encuentren en fase terminal, ya sea a través de la aprobación de la eutanasia, el suicidio medicamente asistido o diferentes tipos de voluntad anticipada. (Ochoa, 2017).

En Colombia, ejerciendo la acción pública de inconstitucionalidad, el ciudadano José Eurípides Parra, presenta demanda contra el artículo 326 del Código Penal por considerar que dicha disposición viola un gran número de artículos de la Constitución.

El texto del artículo 326 del Código Penal es el siguiente:

“Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable incurrirá en prisión de seis meses a tres años”.

El 15 de Mayo de 1997, en la plenaria de la Corte Constitucional, se sometió a consideración la demanda contra una norma del Código Penal, Artículo 326, homicidio por piedad. Comenzando así el debate sobre la aprobación o no de la Eutanasia en Colombia.

En Argentina esta forma de “Homicidio Eutanásico” no está contemplada en el Código Penal, dicho código no considera al suicidio como un delito, pero sanciona con pena de prisión de 1 a 4 años a quien instigara o ayudara a otro a cometerlo y el acto se hubiese tentado o consumado. Así mismo, el Código de Ética Médica de la Confederación Médica del mismo país prohíbe abreviar la vida de un paciente y el Código de Ética de la Provincia de Buenos Aires establece que la cronicidad o incurabilidad de un paciente no es motivo para privarlo de asistencia; el profesional de la medicina está en la obligación de velar por la vida del enfermo y bajo ninguna circunstancia puede disminuir la resistencia física o capacidad mental del mismo en forma definitiva, a menos que exista indicación médica precisa, siendo conveniente en estos casos obtener la aprobación de una Junta Médica.

Desde un punto de vista legal la Eutanasia activa directa está penada por la ley española y no está permitida por ningún código ético ni deontológico. En el ordenamiento jurídico la Eutanasia se considera un homicidio y en el caso de que el médico proporcione los medios adecuados al enfermo, podría considerarse como inducción o cooperación al suicidio, recogido en el Código Penal, en su artículo 143 del Título I, relativo al homicidio y sus formas dentro del Libro II, relativo a delitos y sus penas.

La ley francesa se considerada incompatible con la Eutanasia, la práctica médica y la ética, colocando al profesional de la salud en riesgo de ser sometido a un proceso criminal

o disciplinario. En la práctica, está tolerada la “abstención terapéutica” (Eutanasia “pasiva”); la cual consiste en retirar el tratamiento (como el apoyo cardíaco o respiratorio) a los enfermos terminales.

En Francia, un enfermo puede rechazar el tratamiento, pero no a un médico, el mismo no puede forzar a una persona capaz de expresar sus deseos a aceptar exámenes médicos o tratamiento; pero el médico tiene que informar al enfermo de todas las consecuencias de su rechazo e intentar persuadirlo. El galeno sólo podrá actuar sin tomar en consideración los deseos del enfermo en caso que la vida de este corra peligro, o sea portador de enfermedad mental.

En el Reino Unido, es legal que un adulto competente rechace un tratamiento médico, aunque este acto reduzca claramente su esperanza de vida (constituyen excepciones los enfermos en tratamiento por trastornos mentales). En algunos casos, los menores de 18 años pueden dar su consentimiento para seguir con un tratamiento, aunque esto vaya contra la voluntad de los padres; sin embargo, si un joven menor de 18 años rechaza un tratamiento, los padres tienen la posibilidad de anular esa decisión.

La Eutanasia es un acto punible y tratado como asesinato, que puede ser castigado con cadena perpetua. En algunos casos, el tratamiento médico puede ser retirado legal y éticamente por los médicos cuando se demuestre que es inútil continuarlo o cuando el mismo no produzca ninguna mejoría. No obstante, es legal que un enfermo rechace un tratamiento destinado a prolongar la vida.

La práctica de la Eutanasia está penada por la ley italiana, el que incurra en dicha falta puede someterse hasta 15 años de presidio, en la discusión del proyecto de Código Deontológico Médico se prevé denegar el derecho a la objeción de conciencia a los profesionales de la Salud, en los temas relacionados con la vida. En el año 2006 el caso de Piergiorgio Welby, portador de distrofia muscular progresiva desató la discusión sobre la modificación de la ley y práctica de la Eutanasia en esta nación.

(Bont, 2007)

El país que ha dado cambios más importantes dentro de su legislación con relación a la Eutanasia es Holanda. Los primeros casos ocurrieron en los años setenta. En 1973 se arrestó a un médico por matar a su madre, una enferma terminal, con el uso de morfina, esto estableció un precedente y las cortes dictaron un conjunto de pautas que permitían a los médicos ayudar a un paciente en etapa terminal a cometer suicidio.

Para finales de 1980, al parecer se había vuelto rutinario “eutanizar” a los bebés recién nacidos con impedimentos, como espina bífida. En 1984, la Sociedad Real de Medicina emitió “las reglas de conducta cuidadosa” para la Eutanasia. Para 1990 los médicos de los Países Bajos estaban envueltos en 11.800 muertes por Eutanasia, es decir el 9% de todas las muertes en el país. Después de múltiples debates en Abril del 2002 entra en vigor la ley denominada “prueba de petición de terminación de la vida y ayuda al suicidio”, mediante la cual se exime de toda responsabilidad penal al médico que termine con la vida del paciente a petición propia o ayude a su suicidio, siempre que haya observado los requisitos legales y notifique la muerte no natural a la comisión regional de verificación de Eutanasia; se incluye a las personas de 16 y 17 años quienes podrán decidir al respecto, aunque se tendrá en cuenta la opinión de los padres, mientras que quienes tengan entre 12 y 16 años necesitarán la aprobación de los padres o tutores.

Actualmente, en los países bajos se entiende por Eutanasia la terminación por parte del médico de la vida del paciente a petición de este último, por lo que el desistimiento de un tratamiento cuando ya no tenga sentido continuar con el mismo, no se considera Eutanasia, formando esto parte de la actuación propia del médico, quien desiste de la aplicación de un tratamiento dejando que la naturaleza siga su curso natural; lo mismo cabe decir de la aplicación de medios para paliar el dolor con la posible consecuencia añadida de que sobrevenga antes la muerte. (Bont, 2007)

Después de su vecina nación holandesa, Bélgica es el segundo país del mundo en haber despenalizado la Eutanasia. Desde el 23 de septiembre de 2002, está en vigor una ley que autoriza a un médico poner fin a la vida de un paciente, siempre y cuando, se encuentre consciente y lo haya solicitado por escrito de forma reiterada.

La llegada de la ley que aprueba la Eutanasia abre una alternativa para que enfermos crónicos decidan cuándo y en qué condiciones desean poner fin a sus vidas. Pero, sobre

todo, afirman sus defensores, tiene la virtud de regular una actividad que ya existe, que es relativamente frecuente, pero que ha sido secreta y, por tanto, susceptible de excesos. Entre tanto la jurisprudencia venezolana, en ninguna de sus disposiciones contempla el término Eutanasia; sin embargo, penaliza al individuo que genere la muerte a otro de forma intencional.

El conflicto está representado por el planteamiento de nuevas normativas que modificarían el actual Código Penal Venezolano; con el Anteproyecto de Reforma

Parcial del mismo se propone la modificación del título IX “Delitos contra las personas”, ahora título II “Delitos contra la vida y la integridad personal”, dentro del cual se conservan los artículos anteriores y se incluye otro donde se autoriza el ejercicio de la Eutanasia, tanto activa como pasiva, no tipificándola como tal sino denominándola como: “dar muerte por piedad”. (Bont, 2007)

En principio hay que reconocer que el hombre tiene un derecho a la vida que le otorga la propia naturaleza, y por ende hay que aceptar que la muerte deviene un hecho natural, pues se encuentra indefectiblemente ligado a la naturaleza humana.

El derecho a la vida es sin duda un derecho universal que ha sido objeto de protección por diversos instrumentos jurídicos internacionales. En ese sentido, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, del 10 de diciembre de 1948, establece:

Artículo 3º. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Por su parte el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, del 4 de noviembre de 1950, señala:

Artículo 2º. 1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionalmente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.

2. La muerte no se considerará infringida con infracción del presente artículo, cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza, que sea absolutamente necesario:

- a) En defensa de una persona contra una agresión ilegítima;
- b) Para detener a una persona conforme a derecho para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente;
- c) Para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección

En este sentido, las leyes mexicanas dictaminan que privar de la vida a una persona es un homicidio con diversos grados de responsabilidad, con los atenuantes o agravantes que la ley imponga.

De aquí que sea necesaria su regulación no sólo en los ordenamientos jurídicos internacionales, sino en el propio, sea a través de una regulación específica o mediante su inclusión al Código Penal. (Herrera, 2004).

La Eutanasia debería estar a favor de todos aquellos que sufren en silencio hasta llegar a su muerte, pongámonos por un momento en sus zapatos y démosle el derecho a una muerte digna a todos aquellos que sin más motivo están destinados a la muerte.

CAPÍTULO II La Voluntad Anticipada.

2.1 Definición de la Voluntad Anticipada.

Podemos definir la voluntad anticipada como el documento mediante el cual una persona declara, por escrito, sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, dirigido al personal sanitario y a otras personas significativas. Lo realiza una persona llamada otorgante, capacitada para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud. Así, tales deseos deben ser respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario cuando la persona se encuentre imposibilitada de manifestar su voluntad y con la intención de que entren en vigor cuando pierda dicha capacidad.

Para Fernando Antonio Cárdenas González, la voluntad anticipada es: el pronunciamiento escrito y previo por el cual una persona física capaz da instrucciones respecto al tratamiento médico que desea o no recibir en el supuesto de padecer una enfermedad terminal o irreversible que lo ubique en un estado en el que ya no pueda expresarse y gobernarse por sí, a efecto de que se le garantice el derecho a morir humanamente y se evite a su persona el encarnizamiento o distanasia.

Antecedentes de la voluntad anticipada

Lo que hoy apreciamos en nuestra legislación como voluntad anticipada en el mundo médico inició como el consentimiento informado donde existieron diversos conflictos por no tomar en cuenta la voluntad de un ser humano en un estado de salud terminal o grave.

Para entender el nacimiento de las voluntades anticipadas debemos partir del concepto consentimiento informado en el ámbito médico, el cual arranca, a inicios del siglo xx en los Estados Unidos, en la sentencia del tribunal de Nueva York: caso Scholoendorff vs

Society of New York Hospital. En éste, el juez señaló que “todo ser humano en edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio

cuerpo y por ello un médico que realice un tratamiento sin consentimiento del paciente, comete un „asalto“ y una agresión de cuyos daños será responsable”.

De esta sentencia surgió una abundante jurisprudencia y el Código de Nuremberg (1947) para juzgar los experimentos médicos nazis, exigiendo el consentimiento voluntario del sujeto. El Tribunal de California, en el asunto Sargo vs Leland Stanford University, condenó, en 1957, a un cirujano y un radiólogo, por no informar de las posibles consecuencias de su intervención a un paciente, que derivaron en parálisis irreversible.

Según Serrano Ruiz Calderón, el origen de la voluntad anticipada puede vincularse a dos causas: al desarrollo del consentimiento informado debido a la idea de autonomía individualista en la medicina; y al temor generado por la obstinación terapéutica y a la prolongación de los sufrimientos. Del mismo modo, Sánchez González considera que la voluntad anticipada ha sido ideada y promovida en el seno de cierta cultura. Ésta es la sociedad pluralista que valora sobre todo la autonomía y los derechos de los individuos y, por ende, ha impuesto un modelo médico autonomista sobre el paternalismo médico tradicional, al grado de considerarlas como meras condiciones que el paciente impone en un contrato al médico.

En la voluntad anticipada para decidir sobre el tratamiento o la suspensión del mismo, es importante considerar la manifestación del consentimiento, pues lo que se pretende es evitar el sufrimiento y la obstinación médica para prolongarlos.

En México, cuando se dio la iniciativa de ley, se fundamentó en principios humanistas que respetan el derecho a la libertad de autodeterminación de los individuos, considerando que esta libertad se dé en forma responsable e informada.

El plan pretendió reformar el Código Penal Federal y crear la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo, también llamada Ley de Derecho a la Muerte Digna. Los requisitos para que la ley se aplique son que el paciente esté en fase terminal, le haya sido diagnosticada una muerte segura en un máximo de seis meses y que él o su familia, en caso de estar inhabilitado, hayan dado su consentimiento. (Flores, 2015)

Según Serrano Ruiz-Calderón, el origen de la voluntad anticipada puede vincularse a dos causas: al desarrollo del consentimiento informado debido a la introducción de la idea de autonomía individualista a la medicina, y al temor generado en torno a la obstinación terapéutica y a la prolongación de los sufrimientos.

Del mismo modo, Sánchez González considera que la voluntad anticipada ha sido ideada y promovida en el seno de cierta cultura la sociedad pluralista que valora sobre todo la autonomía y los derechos de los individuos y, por ende, ha impuesto un modelo médico autonomista sobre el paternalismo médico tradicional, al grado de considerarlas como meras condiciones que el paciente impone en un contrato al médico; sin embargo, además de los factores culturales, intervienen otros de tipo medicotecnológicos, tales como el imperativo tecnológico (hacer todo lo técnicamente posible para alargar la vida al máximo a cualquier coste) que conducía en la mayoría de las ocasiones a la obstinación terapéutica.

Existen autores que conciben a la voluntad anticipada como un "proceso", y en este sentido puede definirse como el proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones.

Otros, en cambio, la consideran como un "documento". Así, la voluntad anticipada consiste en un documento por el que la persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad.

También hay quien las concibe por su carácter documental, pero limitando su contenido a un alcance negativo: es aquel documento en el que se declara el deseo de una persona de que, para que su propia muerte tenga total dignidad, no se le apliquen determinados cuidados médicos o medios extraordinarios en caso de padecer una enfermedad terminal. Es decir, cuando aún se tiene capacidad de decisión, se expresa concretamente cómo morir dignamente, sin abusos de prácticas médicas exageradas u obstinación terapéutica

que no pueden sacar adelante la vida del paciente, sino sólo retrasar, en pésimas condiciones, una muerte segura.

Considero que esta definición es sumamente pobre por referirse solamente a aquello que no se desea que se haga, y por ceñirlo únicamente al caso de enfermedad terminal; sin embargo, justifico la cita para ejemplificar los múltiples y diferentes sentidos en que es entendida la voluntad anticipada.

Una definición propiamente jurídica la considera como una declaración unilateral de voluntad emitida libremente por una persona mayor de edad y con plena capacidad de obrar, mediante la que se indican las actuaciones que deben seguirse en relación con los tratamientos y cuidados de su salud, solamente en los casos en que concurren circunstancias que no le permitan expresar su voluntad.

Por lo expuesto, se puede afirmar que la voluntad anticipada debe ser producto de un proceso de comunicación y deliberación entre los sujetos participantes de la relación clínica, en el cual, por su trascendencia, se exigen ciertas formalidades, por ejemplo, que conste por escrito. Además, se hace evidente uno de los principales problemas bioéticos del acto: elaborar una voluntad anticipada sin una deliberación entre médico y paciente, difícilmente es mejor que no tenerlo.

En definitiva, la voluntad anticipada es parte del acto médico (de comunicación, entendimiento, ayuda, asistencia, acompañamiento.) la cual se expresa o se exterioriza por medio de un documento de voluntad anticipada que es parte integrante de la historia clínica. Por tanto, hay que distinguir dos aspectos diferentes, pero íntimamente relacionados: el "proceso" (aspecto ético-médico) y el "documento" (aspecto jurídico). Es moralmente reprochable hablar de voluntad anticipada, refiriéndose a ella meramente por su aspecto jurídico, y de igual forma es socialmente cuestionable aludirla prescindiendo de ese aspecto.

La voluntad anticipada como documento, sin una comunicación previa y comprometida entre los sujetos que intervienen en la relación clínica que tienda a la deliberación moral, será vacía y fuente de múltiples problemas tanto éticos como jurídicos. Pero también un proceso deliberativo que ha permitido la elección de cursos de acción u omisión dentro

de la atención médica carente de un soporte documental revestido de ciertas formalidades, difícilmente podría aplicarse en la práctica cuando el paciente es incapaz de manifestar y ejecutar su voluntad y, además, se presentan hechos biológicos que generan gran incertidumbre moral.

En este orden de ideas, el documento de voluntad anticipada es el documento escrito por el cual, previo análisis y deliberación entre los sujetos de la relación clínica, una persona mayor de edad, con capacidad suficiente, de manera libre y de acuerdo a los requisitos legales, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que por las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En él se puede designar a un representante que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario, y que le sustituirá en caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

Así, la voluntad anticipada, a pesar de generar nuevos conflictos éticos y jurídicos, se convierte en un instrumento efectivo que evita dos extremos maleficentes en la atención médica, la obstinación terapéutica y la eutanasia aun cuando ya están prohibidos por la Ley General de Salud (LGS), y adicionalmente, permiten la planificación estratégica de los tratamientos médicos en atención a las circunstancias concretas. (Sanchez, 2010)

La voluntad anticipada es la manifestación que hace, de manera unilateral, autónoma y libre, una persona, como sujeto moral, sobre lo que quiere en caso de encontrarse en una determinada condición clínico-patológica que le disminuya o le aniquile su independencia, su autonomía, y en la que no pueda manifestar de manera directa y expresa su consentimiento.

Es una proyección en el futuro de las posibles decisiones respecto al ejercicio de sus derechos al final de la vida en relación con su salud y su integridad, y acorde con sus valores, sus creencias y sus necesidades. Tales decisiones están dirigidas a los profesionales de la salud, así como a las personas, los familiares o los allegados que puedan incidir sobre cuestiones al final de la vida del paciente.

También se define como las “declaraciones unilaterales escritas, dirigidas al personal sanitario y a otras personas significativas, donde una persona mayor de edad expresa los tratamientos que desea o no desea que se le apliquen en diversas circunstancias médicas futuras, para que dirijan la toma de decisiones médicas cuando ella ya no tenga la capacidad de expresarse por sí misma”.

Las voluntades anticipadas se denominan de múltiples formas: instrucciones previas, directrices previas, plan de cuidado avanzado, directivas médicas anticipadas, declaraciones sobre la propia incapacidad, testamentos vitales o biológicos, entre otras.

En el ámbito anglosajón, se conocen como **living will**.

De este conjunto de denominaciones, la de testamentos vitales o biológicos, entendida como “las declaraciones anticipadas específicamente originadas en caso de enfermedades consideradas extremas o terminales, según las cuales con certeza llevarán al fallecimiento del individuo” (Zappalá, 2008), ha sido la más fuertemente cuestionada, pues los testamentos desde el punto de vista jurídico tienen efecto en el momento de la muerte y regulan, por lo general, cuestiones patrimoniales, además de las requisiciones jurídicas para su validez, en contraste con el objeto de las voluntades anticipadas, las cuales son disposiciones que se hacen para ser ejecutadas en vida.

En el ámbito de la salud, living will es la posibilidad que tiene una persona para, de manera libre y espontánea, manifestar su voluntad con el fin de que surta efectos en el futuro, cuando ya no ostentare capacidad para manifestar su voluntad. Howard (2012), resume así las características de la voluntad anticipada:

- Es un acto jurídico
- Para que produzca su efecto, se requiere que el otorgante se halle en situación de incapacidad de manifestar por sí mismo su voluntad.
- Necesita la solemnidad de que la voluntad se exteriorice por escrito.
- Dicha voluntad debe ser sea inequívoca.

- Es unilateral.
- Es exclusiva de personas físicas.
- Es unipersonal.
- Es personalísima.
- Tiene destinatarios.
- Es revocable.
- Es imprescriptible e incaducable.
- Sus disposiciones son de naturaleza extra patrimonial.
- Sus efectos se producen en vida de quien la otorga.

Son diversos los contenidos u objetos de la voluntad anticipada el cuidado paliativo, la aceptación o el rechazo de tratamientos futuros, la readecuación o la limitación del esfuerzo terapéutico, la designación de una persona que represente al paciente, cuando a este no le sea posible expresar su voluntad, para la donación de órganos (con fines médicos, de docencia o de investigación); asimismo, el acceso de información a terceros, el lugar de la muerte, la aceptación o el rechazo de apoyo religioso y la terminación anticipada de la vida.

El objeto de las voluntades estará limitado por el marco jurídico vigente en cada país. (Gómez, 2016)

2.2 Marco Jurídico que regula la Voluntad Anticipada.

La Ciudad de México fue la primera entidad de la nación en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008. Esta iniciativa ha sido aprobada en 14 estados de la República, en los cuales, más de 10 mil personas han firmado el documento desde la fecha en que se estableció.

Las entidades que cuentan con esta regulación son: Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala. En el resto del país no es legal.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ESTADO DE MÉXICO CAPÍTULO I DISPOSICIONES

GENERALES

Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto:

- I. Regular el derecho de una persona a planificar los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el momento en que no sea capaz, por sí misma, de tomar decisiones;
- II. Salvaguardar el derecho a que nadie atente contra la integridad física, psicológica o moral, o someta a condiciones indignas a /una enferma/o en situación terminal;
- III. Reconocer, promover y hacer efectivos los derechos de las/los pacientes en situación terminal y los de sus familiares;
- IV. Promover el respeto a la autonomía y a la dignidad de las/los pacientes en situación terminal;
- V. Brindar asistencia tanatológica a las/los pacientes en situación terminal y a sus familiares;
- VI. Señalar los derechos y obligaciones de las/los médicos/os y del personal de salud;
- VII. Determinar las facultades y obligaciones de las instituciones de salud

Voluntad anticipada: Al acto a través del cual una persona física, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración unilateral, de manera anticipada, sobre lo que desea para sí en relación con

el o los tratamientos y cuidados de salud respectivos, ya sea en un acta o en una escritura de voluntad anticipada, en los términos que la presente Ley establece.

(Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, Artículo 4°, Fracción XXXV).

CAPÍTULO II

DE LOS DERECHOS DE LAS/LOS PACIENTES

Artículo 7.- Las/los pacientes tienen los derechos siguientes:

I. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional, procurando preservar su calidad de vida;

II. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y sobre los tipos de tratamientos por los que puede optar, según la enfermedad que padezca;

III. Recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, así como sobre los medios, procedimientos, tratamientos y cuidados relacionados con ésta;

CAPÍTULO V

DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 12.- Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, realizar su declaración de voluntad anticipada ante notaria/o, mediante escritura de voluntad anticipada, documento que puede ser revocado en cualquier momento.

Artículo 13.- Toda/o paciente, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, realizar su declaración de voluntad anticipada, mediante acta de voluntad anticipada, documento que puede ser revocado en cualquier momento.

Artículo 14.- La/el paciente que desee tener su acta de voluntad anticipada, debe suscribir el Formato ante el personal de salud autorizado y ante dos testigos, en los términos que para los efectos legales y conducentes emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación, dentro de los cinco días naturales siguientes.

Escritura de voluntad anticipada: Al instrumento original que la/el notario/o asienta en el protocolo para hacer constar la declaración de voluntad anticipada, autorizada con su firma y sello; (**Art. 4, Fracción I de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México**).

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL CAPÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES PRELIMINARES.

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

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

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

CAPÍTULO SEGUNDO

DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 7. El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y
- IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

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

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y
- IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

Artículo 9. El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá ser notificado por éste a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.

Artículo 10. En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el Notario, podrá suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en los términos del Formato que para los efectos legales y conducentes emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.

Artículo 11. Una vez suscrito el Documento o el Formato de Voluntad Anticipada en los términos de los dos artículos anteriores, la Coordinación Especializada deberá hacerlo del conocimiento del Ministerio Público para los efectos a que haya lugar, y del personal de salud correspondiente para integrarlo, en su momento, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.

CAPÍTULO CUARTO

DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 40. Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el signatario o en su caso su representante, deberá solicitar al personal de salud correspondiente se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento. El personal de salud correspondiente deberá realizar dichas disposiciones en los términos solicitados y prescritos en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en referencia al derecho establecido para ello en el artículo 16 Bis 3 de la Ley de Salud.

Artículo 41. Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes. Para los efectos del párrafo anterior se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico que el personal de salud correspondiente determine.

Artículo 42. El personal de salud a cargo de cumplimentar las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y las disposiciones de la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización. Será obligación de la Secretaría, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de

personal de salud no objetor, a fin de verificar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal. La Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley. **(Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal)**

2.3 Diferencia entre la Eutanasia y la Voluntad Anticipada.

A la eutanasia, muerte sin dolor, muerte suave, indolora, sin agonía, por medio de agentes adecuados, en 1987, la definió la Asociación Médica Mundial, como el “acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente”. En términos jurídicos, es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias de tipo familiar, social, jurídicas, éticas, religiosas y políticas; para muchos es considerada como una forma de homicidio o suicidio asistido.

En México, tanto testamento vital como documento de voluntad anticipada son términos relativamente nuevos, pero constituyen temas escabrosos por su significación. Es importante señalar que cuando una persona tiene una enfermedad terminal, aun cuando se encuentra con muy mala salud, la familia pugna por mantener su vida. Esto es algo verdaderamente egoísta, pues no consideran la calidad de vida que tendrá la persona al soportar tratamientos dolorosos.

El término eutanasia deriva del griego: eu (bien) y thánatos (muerte). Es todo acto u omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo, y que ocasiona la muerte inmediata de éste con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida. Para que la eutanasia sea considerada como tal, el enfermo ha de padecer, necesariamente, una enfermedad terminal o incurable, y en segundo lugar, el personal sanitario ha de contar expresamente con el consentimiento del enfermo. (Flores, 2015)

Voluntad anticipada: Al acto a través del cual una persona física, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración unilateral, de manera anticipada, sobre lo que desea para sí en relación con

el o los tratamientos y cuidados de salud respectivos, ya sea en un acta o en una escritura de voluntad anticipada, en los términos que la presente Ley establece.

(Artículo 4 Fracción XXXV Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México).

Podemos definir la voluntad anticipada como el documento mediante el cual una persona declara, por escrito, sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, dirigido al personal sanitario y a otras personas significativas. Lo realiza una persona llamada otorgante, capacitada para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud. Así, tales deseos deben ser respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario cuando la persona se encuentre imposibilitada de manifestar su voluntad y con la intención de que entren en vigor cuando pierda dicha capacidad.

Para Fernando Antonio Cárdenas González, la voluntad anticipada es: el pronunciamiento escrito y previo por el cual una persona física capaz da instrucciones respecto al tratamiento médico que desea o no recibir en el supuesto de padecer una enfermedad terminal o irreversible que lo ubique en un estado en el que ya no pueda expresarse y gobernarse por sí, a efecto de que se le garantice el derecho a morir humanamente y se evite a su persona el encarnizamiento o distanasia. (Flores, 2015)

Según Serrano Ruiz-Calderón, el origen de la voluntad anticipada puede vincularse a dos causas: al desarrollo del consentimiento informado debido a la introducción de la idea de autonomía individualista a la medicina, y al temor generado en torno a la obstinación terapéutica y a la prolongación de los sufrimientos.

Del mismo modo, Sánchez González considera que la voluntad anticipada ha sido ideada y promovida en el seno de cierta cultura la sociedad pluralista que valora sobre todo la autonomía y los derechos de los individuos y, por ende, ha impuesto un modelo médico autonomista sobre el paternalismo médico tradicional, al grado de considerarlas como meras condiciones que el paciente impone en un contrato al médico; sin embargo, además de los factores culturales, intervienen otros de tipo medicotecnológicos, tales como el imperativo tecnológico (hacer todo lo técnicamente posible para alargar la vida al máximo a cualquier coste) que conducía en la mayoría de las ocasiones a la obstinación terapéutica.

Existen autores que conciben a la voluntad anticipada como un “proceso”, y en este sentido puede definirse como el proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones.

Otros, en cambio, la consideran como un “documento”. Así, la voluntad anticipada consiste en un documento por el que la persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad. (Sanchez, 2010)

CAPÍTULO III CASOS DE LA EUTANASIA A NIVEL INTERNACIONAL

3.1 Caso de Valentina Maureira, 2015.

Valentina Maureira, la niña que le pidió a la presidenta chilena, Michelle Bachelet, que le ayudase a "dormir para siempre" falleció este jueves en el Hospital Clínico de Santiago a los 14 años.

Según informa la prensa local, la adolescente murió por complicaciones de la fibrosis quística que padecía desde los 8 años.

El caso de Valentina se conoció cuando le pidió a la presidenta Bachelet que autorizara la eutanasia, aunque poco después, la menor aseguró haber cambiado de opinión.

"Eres una gran luchadora, pero como tu dijiste "perdiste la batalla". Gracias por cada momento de alegría y felicidad que me diste a mí y a muchas personas que compartimos contigo", escribió su hermana Karime en su cuenta de Facebook.

"14 años de lucha"

La fibrosis quística afecta a múltiples órganos, especialmente a los pulmones, y genera periódicas infecciones que deterioran los tejidos.

Es una enfermedad genética incurable que causa la muerte a muchos menores, como el propio hermano de Valentina, que falleció a los 6 años de edad.

"Han sido 14 años de lucha, de día a día, y para mi familia ha sido más. Estoy cansada de seguir luchando, porque veo el mismo resultado siempre. Es muy cansador", aseguró Valentina a través del teléfono desde el hospital, en conversación con BBC Mundo, en febrero de este año.

Después de que su petición, compartida por la red social YouTube, la propia Bachelet fue a visitar a la niña al hospital

En Chile, como en la mayoría de los países del mundo, la eutanasia y el suicidio asistido están prohibidos. (News, 2015)

3.2 Caso de Brittany Maynard, 2015.

La joven tenía 29 años cuando se enteró que padecía cáncer terminal. Según le informaron los médicos, le quedarían algunos meses de vida y la enfermedad le causaría un dolor prolongado.

Ante la contundente noticia, Brittany decidió llevar a cabo un suicidio asistido.

En los Estados Unidos, su lugar de origen, apenas cinco estados avalan el derecho a una muerte digna, es por eso que se trasladó de Oakland (California), junto con su familia al vecino estado de Oregón, donde sí está permitida en esta práctica.

Antes de morir, la joven dejó en claro cuál era el legado: "Hay que cambiar esta política sanitaria y que esté disponible para todos". Sólo Oregón, el estado de Washington, Montana, Nuevo México y Vermont permiten esta práctica en los Estados Unidos.

La repercusión de este caso generó que el Vaticano expresara una vez más su postura al respecto: "El suicidio asistido no es una muerte digna, es algo absurdo. Y la Iglesia está en contra porque no es admisible el acto de quitarse la vida. No juzgamos a las personas, pero el gesto en sí debe condenarse".

Una historia que llegó a la pantalla grande.

"Vivir es un derecho, no una obligación", dice el personaje del español Ramón Sampedro, interpretado por el actor Javier Bardem en la película "Mar adentro", dirigida por Alejandro Amenábar.

El Ramón de carne y hueso tenía 55 años y había pasado 29 postrado en una cama. Sólo podía mover la cabeza después de golpearse la nuca contra roca en el agua cuando se tiró de cabeza al agua en la playa de As Furnas.

En 1994 comenzó una larga batalla para que la Justicia española autorizara su muerte, pero nunca lo consiguió. Fue entonces que con ayuda de su amiga Ramona Maneiro, bebió cianuro por medio de un sorbete y lo registró en un video. Su deseo de morir se cumplió el 12 de enero de 1998 "a escondidas, como un criminal".

En Argentina, la Ley 26.742 sobre [derechos del paciente](#), historia clínica y consentimiento informado -conocida como ley de muerte digna- tuvo como antecedente a una protagonista de tan sólo tres años que hoy se convirtió en todo un símbolo: Camila.

Nació el 27 de abril de 2009 con una hipoxia cerebral que le impidió respirar durante el parto, y entró en coma a pesar de los intentos de reanimación. A poco de cumplir cuatro meses, se le practicó una traqueotomía y se le implantó un botón gástrico para alimentarla.

Fue en octubre de 2011 cuando su nombre se conoció en todo el país. Su madre, Selva, dirigió una carta a la presidente Cristina Fernández de Kirchner, en la que le requería un cambio en la legislación para el derecho a la muerte digna.

Los médicos se habían negado de manera rotunda a desconectarla hasta que su mamá hizo pública la dolorosa historia. En menos de un año, Selva logró que la muerte digna entrara en discusión para finalmente convertirse en ley.

Fue sancionada por unanimidad por el Senado nacional el 9 de mayo de 2012 y consagra el derecho de las personas en estado irreversible o terminal, a decidir en forma voluntaria el retiro de medidas de soporte vital, o a sus tutores, en el caso de menores de edad.

Un mes después, Camila fue desconectada del respirador que la mantenía con vida y murió en el Centro Gallego. (Infobae, 2015)

3.3 Caso de Ovidio González, 2015

A los 79 años, el colombiano Ovidio González pidió formalmente la eutanasia a raíz de un cáncer que le causaba terribles dolores y le había desfigurado el rostro.

"Señores Oncólogos de Occidente S.A. Yo, José Ovidio González Correa, con 79 años de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y de manera libre y voluntaria, manifiesto mi intención de que se me realice la eutanasia. La anterior solicitud la hago bajo la gravedad de juramento, con la convicción libre y absoluta del ejercicio de mi derecho fundamental a morir dignamente".

Después de unos 19 años de que fuera sancionada la ley que legaliza esa práctica en Colombia, González Correa fue la primera persona en hacer uso de ella.

Y es que recién el 20 de abril de 2015 el Ministerio de Salud colombiano reglamentó la aplicación de esa norma de 1997, tras una orden de la Corte Constitucional.

La reglamentación establece que la entidad que practicará la eutanasia debe conformar un comité científico-legal para analizar el caso y determinar si aprueba o no la práctica.

Según el protocolo, al enfermo que cumple con los requisitos para la muerte asistida se le aplica simplemente una potente sedación.

Su petición se cumplió. Ovidio falleció el viernes 26 de junio de 2015. (Infobae, 2015)

3.4 Caso Tony Nicklinson, 2013

El 22 de agosto del presente año se dio a conocer la noticia de que Tony Nicklinson, inglés de 58 años y activista a favor de la eutanasia, falleció 10 días después de darse a conocer la sentencia del Tribunal Superior de Londres, en la cual se rechazó su petición. Aunque en Inglaterra la eutanasia está penalizada por la ley, Tony luchó para que en su caso se permitiese una excepción y que ésta fuese realizada por un médico sin las correspondientes consecuencias penales.

Tony Nicklinson sufrió durante 7 años, a partir de un accidente vascular, el síndrome de enclaustramiento o “locked-in”, con todos los movimientos voluntarios paralizados a excepción del movimiento ocular, de cabeza y de párpados. No estaban afectados su conciencia ni los ciclos de vigilia-sueño normales.

Para comunicarse, debía formular palabras a través de equipamiento altamente especializado. Al respecto, Tony calificó en diversas entrevistas su existencia como una “pesadilla permanente en vida”.

Una vez conocida la sentencia del tribunal, después de rehusarse a recibir medicamentos que le permitiesen prolongar su vida, el inglés se rindió en su lucha por ver realizado su derecho a morir y también rechazó ser alimentado. Murió diez días después, a causa de una neumonía agregada, en su hogar y acompañado de su familia.

La eutanasia es una práctica discutible y muy debatida en la sociedad, tanto en el ámbito legal como en las perspectivas médica y ética. Desde el punto de vista del debate bioético, existen diversos argumentos en contra y a favor de su realización.

Para la discusión específica del caso de Tony Nicklinson es necesario considerar la opinión y voluntad del paciente, las características particulares de su condición biológica y el contexto psicológico y social que lo rodeó. A partir de esto, se podrá postular si este caso calificaba para la realización de eutanasia, es decir, si la propuesta del enfermo fue

en su momento, al margen de la legislación existente en su país, una petición bien fundamentada.

Para ello se considera la obligación moral de paliar un sufrimiento insoportable para el paciente sin perspectiva de mejorar, y su voluntad expresa para la realización de la eutanasia. Esta voluntad debe ser bien establecida por el enfermo de manera autónoma y reiterada en el tiempo, además de haber sido discutida previamente con el equipo médico tratante sopesando todas las alternativas existentes para mitigar el sufrimiento.

El síndrome de enclaustramiento o de locked-in es una condición en la cual, por causas principalmente vasculares se presenta un cuadro clínico de tetraplejía con movimientos remanentes variables, entre ellos movimientos de cabeza y oculares verticales.

Esta condición crónica implicó que Nicklinson viviera desde hacía 7 años postrado y privado prácticamente de todo movimiento voluntario, dependiendo de su esposa, sus dos hijas y de cuidadores para ser aseado y alimentado. La conciencia se conserva en este síndrome, lo cual significa que Nicklinson no tenía limitaciones en su juicio y razonamiento que pudiesen afectar su autonomía o la plena conciencia de su estado.

En segundo lugar, esta conciencia no alterada le permitía expresar su voluntad y pensamiento y comunicarse con el entorno mediante un equipo computacional especial. Gracias a esto Nicklinson pudo dirigirse a su país y a parte del mundo, expresando públicamente su deseo de morir.

Esta determinación lo llevó a defender ante los tribunales su derecho a morir, a propagar sus ideas a través de redes sociales y a defender su postura ante la opinión pública. Siempre apoyado por su familia, afirmó que si tuviera la capacidad para suicidarse no dudaría en hacerlo, por lo que solicitaba asistencia médica directa que lo llevara a una muerte que él definía como “buena”.

Puede afirmarse con plena claridad que en este caso existió una enfermedad que le provocó al paciente un sufrimiento insoportable. Para Nicklinson seguir viviendo era una tortura psicológica, una condena “aburrida, miserable, degradante, indigna e intolerable”.

Además, se puede considerar que su voluntad para la realización de una eutanasia se mostró claramente, sin ningún tipo de presión externa y en el ejercicio pleno de su autonomía.

Él siempre consideró que esta opción, aunque ilegal en su país, era la única posibilidad para liberarse de su sufrimiento.

Dado lo descrito anteriormente, sería correcto expresar que este caso cumple con la existencia de un sufrimiento insoportable sin expectativas de mejoría para el paciente y con una voluntad expresa, manifiesta y reiterada en el tiempo.

Podría pensarse por lo tanto que el caso analizado calificaría para un acto de eutanasia, pero su aceptación exigiría además la existencia de una enfermedad que conduzca próximamente a la muerte. Sin embargo, la definición aceptada de eutanasia y las normativas legales de muchos países excluirían casos como éste en los cuales, a pesar de que la condición era irreversible, no lleva asociada la cercanía de la muerte.

Tony Nicklinson tuvo acceso a asistencia sanitaria de calidad y apoyo afectivo de su familia. El hecho de aún así haber pedido insistentemente una eutanasia permite descartar que esta petición hubiese sido hecha en un contexto de abandono en el cual no se le dieron los debidos cuidados y atención al paciente.

Él se encontraba, a pesar de lo anterior, en una condición particularmente penosa, donde no existía el deber absoluto de prolongar la vida, ya que el estar vivo ya no era una satisfacción para él sino una condición extremadamente dolorosa.

Su condición de sufriente se basaba en la pérdida de la dignidad, “no la ontológica, sino la ética y social con una vivencia que puede hacerse insoportable por el grado de dependencia humillante que puede conllevar”.

La pérdida de esta dignidad era acompañada de una pérdida drástica de la calidad de vida en comparación con la vivida por él antes del accidente, donde su trabajo, viajes y experiencias significativas con sus seres queridos dotaban su vida de sentido. Es

indudable que causar intencionadamente la muerte de un ser humano es un mal moral y un daño al don de la vida.

Sin embargo, también se podría considerar como un mal el hecho de forzar a un hombre y a su familia a una vida de sufrimiento permanente e indefinido en el tiempo. El mayor bien sería por lo tanto respetar su voluntad proporcionando a este paciente una muerte tranquila, indolora y rápida, que acabaría con su sufrimiento insoportable y sin expectativas de mejoría.

Esta acción podría también ser considerada como el mal menor y se fundamentaría en la virtud de la compasión y en el cumplimiento del fin de la medicina de proporcionar al paciente una muerte en paz.

En conclusión, en el contexto de un sufrimiento insoportable sin expectativas de mejoría se podría considerar como éticamente válido, en casos muy excepcionales y, aunque no exista una enfermedad que conduzca próximamente a la muerte, la opción de la eutanasia para el paciente si éste así lo solicita de manera plenamente autónoma.

En el caso particular de Tony Nicklinson él había expresado una petición de eutanasia seria fundamentada en una situación extrema de dolor y miseria que encontró finalmente su muerte por inanición como una forma de suicidio lento y muy doloroso. (Harmant, 2013)

3.5 Caso Martha Sepúlveda, 2022.

Después de un largo periplo que incluyó una batalla judicial en Colombia, Martha Sepúlveda consiguió este sábado que le aplicaran la eutanasia.

La mujer colombiana, que padecía esclerosis lateral amiotrófica (ELA), murió a los 51 años en el Instituto Colombiano del Dolor, en la ciudad de Medellín, informó el Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en un comunicado.

"Martha Sepúlveda accedió a la eutanasia y murió de acuerdo con su idea de autonomía y dignidad", dijo la organización.

"Martha partió agradecida con todas las personas que la acompañaron y la apoyaron, a quienes oraron por ella y tuvieron palabras de amor y empatía durante estos meses difíciles", agregó.

En Colombia, la eutanasia es legal desde 1997, pero no se comenzó a practicar hasta 2015.

Sepúlveda tenía fijado que le practicaran la eutanasia el pasado 10 de octubre, pero poco antes cancelaron el procedimiento. Sepúlveda iba a ser la primera persona en Colombia que, sin sufrir una enfermedad en estado terminal, recibiría la eutanasia.

Pero el Instituto Colombiano del Dolor (IPS Incodol), la clínica privada que trataba a Sepúlveda, anunció su suspensión 36 horas antes de que ocurriera el procedimiento. El argumento del IPS Incodol fue que no se cumplía con el requisito de que su enfermedad fuera terminal.

Esa suspensión fue revocada a fines de octubre por un juez, que ordenó al IPS Incodol "cumplir con lo establecido por el comité científico interdisciplinario para morir dignamente" en un fallo del 6 de agosto. En esa resolución, un panel de especialistas había determinado que la paciente cumplía "con los requisitos para ejercer su derecho a morir dignamente a través de la eutanasia", dijo el juez.

El magistrado consideró entonces que el IPS había vulnerado "los derechos fundamentales a morir dignamente, a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana de Martha Sepúlveda", por lo que ordenó que se determinara una nueva fecha para la eutanasia.

El caso generó un amplio debate en el país latinoamericano sobre el derecho a optar por la muerte asistida.

En una entrevista emitida en septiembre por Noticias Caracol, Sepúlveda había contado sobre su deseo de morir.

"Si es desde el plano espiritual, yo estoy totalmente tranquila (...) Cobarde seré, pero no quiero sufrir más, estoy cansada. Lucho por descansar", dijo la mujer, quien agregó entonces que la certeza de morir le daba "tranquilidad".

Desde que fue diagnosticada, la mujer empezó a perder fuerza en las piernas y cada vez se le hizo más difícil caminar distancias largas, lo que empeoró su calidad de vida.

El viernes, un día antes de que le aplicaran la eutanasia a Sepúlveda, en Colombia se practicó el primer procedimiento de este tipo en ese país y en América Latina con un paciente no terminal. (News, 2022)

CAPÍTULO IV Por que no se encuentra legalizada la Eutanasia en México.

4.1 Marco jurídico por el cual no es permitido la eutanasia en México.

La eutanasia y el suicidio asistido, son prácticas que buscan poner fin a la vida de un ser humano, bajo la justificación de que el individuo así lo manifiesta, ya sea porque sufre una enfermedad incurable, problemas físicos o mentales, inclusive es aplicada a la

persona que no puede expresar su voluntad, debido a causas que no se lo permiten, como aquellos enfermos que se encuentran en estado vegetativo y la decisión para ejercerla en estos pacientes es la de un tercero, siendo a su ruego los familiares, no existiendo limitaciones de grados conctivos.

Según este artículo nos hace mención de que en definitiva queda prohibida la práctica de la eutanasia ya que no existen aún ciertos argumentos a favor por la cual pueda ser aprobada sin un fin lucrativo

Artículo 166 Bis 21. Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.

En México la eutanasia y el suicidio asistido se encuentran penalmente sancionados, pero podemos referirnos a una figura algo similar, en donde existen algunos avances importantes sobre voluntad anticipada, enfocadas a la regulación de los cuidados paliativos, que estos constituyen un planteamiento de mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros factores, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual, por lo que al considerar de lo anterior descrito que no tendrá resultados en adelante, porque los enfermos imponen el consentimiento de no recibir en ningún momento los medicamentos, dejándose morir.

La Ley General de Salud establece en su artículo 166 Bis 4 que “toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier asistencia médica, con la razón de que en un futuro si llegara a estar en situación terminal ya no le será posible manifestarse”.

De forma complementaria, la misma norma en su artículo 166 Bis 6 estipula que “la suspensión voluntaria de la ayuda curativa supone a la cancelación de todo medicamento

que busque contrarrestar de manera exclusiva el dolor o malestar del paciente”, aquí el médico especialista interrumpe, suspende, limita el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida, dejando a que todo evolucione naturalmente”.

De manera similar, desde el mes de Enero del 2008 existe la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, que junto a su Reglamento dictan, establecen lineamientos y reglas claras, con la finalidad de garantizar que se cumpla lo expresado por las personas, referente a decisiones y deseos en sus necesidades, refiriéndonos a las ganas de morir libremente, logrando deslindarse de todo tipo de agobios que los sujetan.

En el mismo tenor, ya se cuentan con leyes similares en las legislaciones de 11 estados de la república que son: Coahuila, Aguascalientes, Hidalgo, Chihuahua, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Guerrero, Colima y el Estado de México. En general, en todas estas leyes se prohíben las conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, por lo tanto, no intentan promover la eutanasia, sino a reconocer el derecho a rechazar el tratamiento terapéutico obstinado y no recibir los llamados cuidados paliativos.

Es vital poder comprender el alcance del derecho a la vida, como derecho humano, tomando en cuenta la legislación internacional en materia de derechos humanos, únicamente la que tiene ámbito de vinculación con Holanda y México, que específicamente es: La Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde también se puede relacionar para el Estado holandés el Convenio Europeo de Derechos Fundamentales:

- En el artículo 3, de la Declaración Universal de Derechos Humanos encontramos consagrado el derecho de vivir aplicado a los dos países, lo cual a la letra nos refiere lo siguiente “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. En razón se puede apreciar que no hace una apreciación de lo que consiste como tal, permitiendo que su interpretación y aplicación, dependa de las causas.

- Sin embargo en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Fundamentales, retoma el derecho a la vida, pero estableciendo las situaciones en las cuales, si se podrá aplicar una excepción a la regla, permitiendo que se pueda vulnerar, sin que el Estado las considere como conductas contrarias a derechos humanos. Nos menciona:

1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un Tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.

2. La muerte no se considerará como infligida en infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza que sea absolutamente necesario:

- a) En defensa de una persona contra una agresión ilegítima;

- b) Para detener a una persona conforme a derecho o para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente.

- c) Para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección.

Como se pudo leer anteriormente, existe una gran distinción entre lo que manifiestan las dos leyes, ya que la segunda, si permite expresamente en que situaciones se le podrá quitar la vida a una persona, lo cual es como consecuencia que en la primera no existe una especificación, permitiendo que se puedan justificar dependiendo el momento.

Por lo que podemos comprender que el derecho a la vida es la capacidad del ser humano de seguir habitando en el planeta tierra, siempre y cuando no exista alguna justificación en la que se vea la necesidad de restringirle este derecho, tal cual y como se observa en lo manifestado por la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, pero haciendo omisión de manifestarse al respecto de aquellas situaciones en donde el ser humano decida por sí mismo o mediante la ayuda de algún tercero. (Mazariego, 2019)

De todos los valores tutelados y derivados de la vida, la dignidad del ser humano ocupa un lugar privilegiado en la mayoría de las corrientes humanistas existentes (cristianas, marxistas, existencialistas, etc.), claro está todas ellas desde sus diversas ópticas, pero

apuntando en común al respeto de la integridad de la persona como eje central de la sociedad.

Es obligación de un Estado de derecho implementar los mecanismos jurídicos para que esa dignidad humana sea tutelada y no sufra menoscabo alguno, por lo anterior es que los diversos países han suscrito en su mayoría los tratados internacionales citados, ampliando el contenido de esa garantía al derecho interno de más alto rango, como lo son las constituciones políticas de cada pueblo.

La vida como bien jurídico tutelable marcado en el Artículo 1° de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos tiene, además, el resguardo jurídico del derecho penal. Además, éste concepto debe entenderse como la expresión jurídica del reconocimiento de un interés del individuo, necesario para su plena realización, en armonía con su medio social, más adelante en relación con el mismo concepto- dice este mismo autor, que bien jurídico es la totalidad de relaciones de disponibilidad de ese sujeto y por consiguiente la garantía con que ese mismo ordenamiento afianza las condiciones externas de libertad de tal individuo en concreto.

Cuestionarse acerca de la disponibilidad de ese bien jurídico es muy importante, en este sentido mientras que en países como España y El Salvador cada cual tiene el derecho y la libertad de disponer de su vida como mejor le plazca, inclusive hasta la muerte (suicidio), por el contrario en Costa Rica se sanciona como un delito e imponiéndose como sanción una medida de seguridad consistente en un tratamiento psiquiátrico, al que atentare fallidamente contra su propia vida , sin embargo, en el proyecto del nuevo Código Penal se está suprimiendo esta acción como lesiva del bien jurídico vida.

En relación con la naturaleza del bien jurídico vida, es importante mencionar tres posiciones fundamentales desarrolladas en el moderno derecho constitucional estadounidense, y que son:

12. Derecho a la vida como derecho obligatorio irrenunciable, es decir, un derecho frente a los demás, a que no nos maten y a que nos salven del peligro.

13. Derecho a la vida como derecho de ejercicio discrecional, lo que significa que si hay derecho de vivir también lo hay de morir, lo que implica en este último caso que es un derecho a no interferir en esa decisión, salvo para verificar si es o no voluntaria.

14. La vida como derecho discrecional, que se diferencia del anterior en el sentido de que no sólo la vida sería alienable sino también el derecho a la vida.

De los tres puntos de vista el segundo sería el más cercano a una organización político-jurídica de orden personalista. (Campos, 2001)

Algunos autores manifiestan que la disponibilidad de la propia vida no encuentra fundamento. Por otro lado, hay quienes sustentan que el derecho a la plena disposición de la vida se deduce, sin duda del derecho a la vida. Más aún hay quienes manifiestan que uno de los pilares del Estado Liberal y de todo Estado Social y Democrático de Derecho, que lo no prohibido está permitido, de tal forma que si ningún ordenamiento jurídico prohíbe la disponibilidad de la vida por su titular, entonces se está ante un derecho.

El derecho a la vida en la Constitución Mexicana no se establece de manera explícita en la Constitución, sino de forma implícita en los artículos 1º y 14º.

ARTICULO 1º CONSTITUCIONAL. Nuestra carta magna publicada el 5 de febrero de 1917 establecía: En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece. Para llegar a esto se tuvieron varios debates. Proyecto de Constitución se presentó como 1º, y corresponde al 1º de 1857. Derecho de todo individuo de gozar las garantías Constitucionales

ARTICULO 14º CONSTITUCIONAL. A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna. Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho. (Ramos, 2016)

4.2 Países donde es legal la Eutanasia y por que

Francia.

En marzo de 2015 aprobó una Ley de Consenso para la Sedación Terminal, en la cual se admite algo similar a la eutanasia pasiva: el derecho a realizar tratamientos y contar con sedación paliativa mientras se aguarda la muerte.

Reino Unido

La eutanasia activa es ilegal en Gran Bretaña. Únicamente se permite la eutanasia pasiva y la sedación paliativa y terminal.

Irlanda

La eutanasia pasiva está permitida. La eutanasia activa y el suicidio asistido están penados con hasta 14 años de prisión.

Dinamarca

La eutanasia pasiva es legal, así como los testamentos vitales. La figura del suicidio asistido está en un limbo legal.

Finlandia

El caso de Finlandia es excepcional. El suicidio asistido es más o menos permitido, siempre que se haga con discreción y en círculos cerrados. En teoría, los médicos no pueden aplicar la eutanasia activa de forma abierta.

Alemania

El suicidio asistido no está penado en Alemania, aunque ahora mismo hay un debate en el parlamento para regular (a favor o en contra) la práctica.

Italia

El suicidio activo asistido se considera en la misma categoría que el homicidio involuntario. La eutanasia pasiva se permite en contados casos, con tribunales de por medio.

Noruega

La eutanasia pasiva es legal. El suicidio asistido no, pero se considera un atenuante para aquellos que presten ayuda a enfermos terminales que den su consentimiento. Suecia aprobó la eutanasia pasiva en 2010, aunque mantiene la criminalización de cualquier forma de suicidio asistido.

Holanda

Holanda fue el primer país que permitió, en 1993, la práctica de la eutanasia, además de tener la legislación más clara de todas y la primera, desde el 2000 y desde abril del año 2002, cuando los legisladores holandeses, acostumbrados a la impunidad, decidieron dar un paso más y la aprobaron en el parlamento.

Bélgica

En mayo de 2002, despenalizó la eutanasia. A diferencia de Holanda, la ley belga no menciona el suicidio asistido que se considera una práctica eutanásica. Es algo más restrictiva que la de Holanda. Debe haber testigos que avalen la situación del enfermo y la comisión que supervisa cada caso está formada por dieciséis personas.

Luxemburgo

En febrero de 2008 se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia, aprobando la ley sobre el derecho a una muerte digna.

Suiza

La eutanasia es auxilio al suicidio, no tiene que contar con la asistencia del médico, quien es necesario únicamente para la prescripción del fármaco letal. Así, queda en manos de organizaciones no gubernamentales.

Hay dos organizaciones sin ánimo de lucro que lo hacen, Dignitas y Exit. El interesado envía su documentación, la cual revisan un abogado y un médico; tienen una entrevista con el paciente y éste debe acudir a Zúrich para morir. Allí se le ofrece un vaso con un cóctel de medicamentos, pero ha de ser el interesado el que coja el recipiente (o aspire el contenido por una pajita), sin ayuda.

España

En España el debate social sobre la eutanasia se encuentra en pleno apogeo, habiendo adquirido presencia en los medios de comunicación, difícilmente imaginables hace un par de décadas.

Es cierto que, al menos desde comienzos del presente siglo, este debate ha estado de una u otra forma en los foros académicos y científicos, pero nunca había suscitado el interés público de una forma tan generalizada.

Oregón, Washington, Montana y Vermont

Oregón: en 1994 se aprobó por referéndum, con 51% de los votos. La Oregon Death with Dignity Act (odda), que legalizaba el suicidio asistido, en 1995, fue declarada inconstitucional, pero en 1997 se aprobó nuevamente; esta vez, con 60% de votos. Washington: en 2008, el electorado votó a favor de la Iniciativa 1000 para legalizar el suicidio asistido en el Estado, aprobando la Washington Death with Dignity Act.

Estado de Montana: el 5 de diciembre de 2008, un juez dictaminó que los enfermos terminales tienen el derecho a la libre administración de dosis letales de medicamentos recetados por un médico, sin que pueda haber sanción legal contra los profesionales.

En mayo de 2013, el estado de Vermont se convirtió en el tercero del país en permitir el suicidio asistido por médicos. Esto habilita a los pacientes terminales para solicitar medicación letal.

Quebec

El 5 de junio de 2014 la Asamblea Nacional de Quebec aprobó la ley de la ayuda médica al final de la vida. El principio fundamental de la ley es “asegurar cuidados a las personas al final de la vida, respetando su dignidad y su autonomía”.

Con esta ley, el Estado queda comprometido a prestar o a permitir que se presten estos cuidados finales si lo necesita el enfermo, con respeto a su voluntad. La ley entiende los cuidados del final de la vida como los cuidados paliativos, la sedación paliativa e incluso la ayuda médica para morir.

El derecho a morir con dignidad aparece en la ley como la expresión de un derecho fundamental.

Argentina

Se aprobó la Ley de Muerte Digna en mayo de 2012. Permite a los pacientes con enfermedades terminales rechazar procedimientos para prolongar artificialmente sus vidas, en caso de sufrimiento.

Chile

El derecho penal chileno no considera la eutanasia; por tanto, cualquiera de sus tipos será considerado como homicidio.

Brasil

La resolución adoptada por el Consejo Federal de Medicina (cfm) permite a los médicos desconectar los aparatos que mantienen vivos de forma artificial a pacientes sin posibilidad de cura en estado terminal.

Japón

El 11 de junio de 1996, la legalización de la eutanasia vuelve a estar en el centro del debate público en Japón, a raíz de la acción ejecutada por un médico que inyectó a un paciente terminal de cáncer una sustancia que le causó una muerte casi instantánea.

Colombia

El único país del mundo que reconoce a la eutanasia como un derecho fundamental por el Tribunal Constitucional. Una sentencia de 1998 entiende que la eutanasia activa constituye un derecho de los enfermos directamente derivado del reconocimiento constitucional de la dignidad y la libertad individuales. Sin embargo, el nuevo Código Penal de 2000 hace caso omiso del alto tribunal y penaliza la eutanasia; por ende, la situación no es nada clara. (Flores, 2015)

4.3 Países donde no es legal la Eutanasia y por que

España

No está regulada y el apoyo al suicidio está penado. Sólo se cuenta con el llamado testamento vital. Se trata de un documento que debe presentarse a un notario (en los sitios donde no hay registro oficial específico) en el cual se indica qué tratamientos de prolongación artificial de la vida se utilizan. En ningún caso se contempla la eutanasia activa.

Alemania

No está permitida la eutanasia, la clase política no parece dispuesta a regularla en tanto recordaría las prácticas del régimen nazi. Los alemanes que así lo desean suelen ir a morir a Suiza.

Reino Unido

En la Gran Bretaña la eutanasia está prohibida y se castiga con hasta 14 años de prisión. Sólo escapa a esta prohibición la decisión. La eutanasia activa es ilegal. En septiembre de 2015 no se aprobó una ley que pretendía regular el suicidio asistido. La web del Servicio de Salud Británico recoge las opciones disponibles para los ciudadanos británicos en el resto del mundo.

Grecia y Rumanía

La eutanasia o asistencia al suicidio pueden penarse hasta con 7 años de prisión.

Polonia

Se castiga con penas de entre 3 y 5 años de cárcel, aunque, en casos excepcionales el tribunal puede aplicar una atenuante a la pena, incluso anularla.

Portugal

No se permite la eutanasia activa ni la pasiva. Suspender el tratamiento sólo está permitido en casos excepcionales.

Irlanda

No está regulada en la ley; toda forma de asistencia a la muerte o al suicidio es ilegal. Es condenable hasta con 14 años de prisión.

Suecia

El país nórdico aprobó la eutanasia pasiva en 2010, aunque mantiene la criminalización de cualquier forma de suicidio asistido.

Austria

Actualmente, es ilegal, como también el suicidio asistido. Está expresamente prohibido por las leyes, incluso más allá de sus fronteras.

México

Está penada, aunque en el Código Penal Federal no está definida como tal. Sólo se menciona en el artículo 312 que “quien prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado, con la pena de 1 a 5 años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de 4 a 12 años”.

Australia

En 1995 se legalizó la eutanasia voluntaria en el territorio del norte de Australia con la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales. Duró nueve meses y posteriormente fue declarada ilegal por el senado australiano.

Noruega

El artículo 235 del Código Penal noruego establece que quien, con su consentimiento, causa a otro la muerte o una lesión grave o que, por piedad, causa la muerte a un enfermo incurable o le ayuda a suicidarse, podrá ser sancionado con pena menor al mínimo previsto o con la conmutación de la pena por servicio a la comunidad.

Dinamarca

El Código Penal danés de 1930, en su artículo 239, regula el homicidio consentido sancionándolo con prisión de hasta 3 años, pero, si existen motivaciones piadosas, detención con una duración de mínimo 60 días. Si la muerte es consentida y operan los móviles de piedad, equivale al perdón judicial. (Flores, 2015)

4.4 Propuestas de solución hacia la eutanasia.

La solución a los sufrimientos que comporta la enfermedad no debe pasar por admitir el matar o la ayuda al suicidio de las personas enfermas. Matar nunca es una solución y aún menos el suicidio. El reto social y médico está en el desarrollo de una Medicina Paliativa eficaz, que admita la condición doliente del ser humano y que procure el control del dolor y el alivio del sufrimiento”.

La verdadera alternativa a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico es la humanización de la muerte. Ayudar al enfermo a vivir lo mejor posible el último periodo de la vida. Es fundamental expresar el apoyo, mejorar el trato y los cuidados, y mantener el compromiso de no abandonarle, tanto por parte del médico, como por los cuidadores, los familiares, y también del entorno social. Muchos casos de petición de eutanasia se deben a una “medicina sin corazón”.

La eutanasia se basa en la desesperación y refleja la actitud de “ya no puedo hacer nada más por usted”. Hay que ayudara vivir, pero no siempre es fácil; también habrá que dejar morir, pero matar es una solución demasiado sencilla.

La respuesta ante la petición de eutanasia no es la legalización son una mejor educación y atención sanitaria y social. La medicina Paliativa procura responder a cualquier necesidad de los enfermos cuando se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad o en situación terminal.

La extensión de los programas de Cuidados Paliativos es muy importante para poder atender mejor a estos enfermos. Precisamente en España, el Plan Nacional de Cuidados Paliativos que están elaborando el Ministerio de Sanidad, el Insalud y los representantes de todas las comunidades autónomas, tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal.

Hay que ser respetuosos con la vida y también con la muerte. Al final de la vida, se deben suspender los tratamientos que según los conocimientos científicos no van a mejorar el estado del paciente; y únicamente se deben mantener los calmantes, la hidratación, la nutrición y los cuidados ordinarios necesarios, hasta el final natural de la vida.

La despenalización de la eutanasia comportará una decadencia ética progresiva. Gonzalo Herranz describe en cuatro fases las situaciones por las que pasaremos en saco de ser despenalizada:

1. Se presentará la eutanasia como un tratamiento que sólo puede aplicarse en ciertas situaciones clínicas extremas, sometidas a un control estricto de la ley.
2. Tras pocos años, la reiteración de casos irá privando a la eutanasia de su carácter excepcional. La habituación se producirá de que es una intervención no carente de ventajas, e incluso una terapéutica aceptable.

La eutanasia le ganará falazmente la batalla a los cuidados paliativos por ser más indolora, rápida, estética, y económica convirtiéndose para el enfermo en un derecho exigible a una muerte dulce, para los allegados en una salida más cómoda, para algunos médicos un recurso sencillo que ahorra tiempo y esfuerzos, y para los gestores sanitarios una intervención de óptimo cociente costo/eficacia.

3. Para aquellos profesionales que acepten la eutanasia voluntaria, la eutanasia se convertirá, por razones de coherencia moral, en una obligación indeclinable. Esta fase comporta la eutanasia involuntaria. El médico razona que la vida de ciertos pacientes capaces de decidir es tan carente de calidad, tienen ta alto costo, que no son dignas de ser vividas. Es muy fácil expropiar al paciente de su libertad de escoger seguir viviendo.

4. Se generalizará este concepto a otros enfermos y la eutanasia sustituirá a la medicina. (ACEB), 2016)

La regulación jurídico penal de las conductas eutanásicas deberá descansar en el respeto y reconocimiento a los principios y derechos universales del hombre, como el derecho a la vida, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la libertad de pensamiento y el derecho a la dignidad de la persona humana, sin los cuales la persona no podría vivir dignamente y alcanzar sus fines, pues el desconocimiento de esos derechos implicaría la degradación de la persona en su calidad de ser humano.

Con base en el reconocimiento de esos derechos por la Carta Magna, incluyendo el derecho a la disponibilidad de la propia vida, en los casos y por las razones expuestas en la presente investigación, es necesario precisar el término eutanasia y determinar los requisitos bajo los cuales podrá ser considerada una conducta como eutanásica.

Se entenderá por eutanasia “La acción u omisión que realizan una o más personas motivadas por un sentido de piedad o humanitario, en consideración a otra persona que lo solicita en pleno uso de sus facultades mentales, debido a los graves sufrimientos de su enfermedad incurable en fase terminal o su grave minusvalía, que de forma directa o indirecta provocan su muerte sin sufrimientos”.

De esta definición surgen cuatro elementos trascendentes: I.

Que se trate de un sujeto:

a) con una enfermedad irreversible en fase terminal, bien definida y sin posibilidad de cura, certificada tanto por el médico tratante como por dos médicos más, para lo cual se elaborará una lista de aquellas enfermedades que se consideren incurables.

b) con graves minusvalías, que no le permitan llevar una vida digna y tenga asegurada una existencia dramática.

II. La solicitud seria, expresa y reiterada del sujeto pasivo, en pleno uso de sus facultades mentales, excluyendo cualquier caso de eutanasia involuntaria.

III. Que se practique en consideración o en interés de la víctima.

IV. Que la provocación de la muerte sea con el mínimo sufrimiento físico. Requisitos que de no existir alguno, se estará frente a alguna figura delictiva. Para los efectos del punto anterior, es necesario que el médico que intervenga en los casos de eutanasia, elabore un informe especialmente dirigido a comprobar que la declaración del paciente solicitando la aplicación de la eutanasia ha sido completamente voluntaria, reiterada y bien meditada.

En los casos de pérdida irreversible de la conciencia, cuando falte esta declaración por escrito, el médico deberá demostrar que en una fase anterior habló con los familiares del paciente sobre la posibilidad de aplicar la eutanasia activa y que fue solicitada verbalmente. (Ramos, 2016)

Con el paso del tiempo, la ciencia ha aumentado sus campos de investigación hasta el punto en que la biomedicina ha logrado intervenir en la reproducción humana y en el mantenimiento de la vida de forma artificial.

Pero, la utilización descontrolada de estas técnicas médicas puede provocar el quebrantamiento de los límites impuestos por la propia naturaleza y violar los valores éticos y morales con los que se ha formado la sociedad.

El debate sobre si la eutanasia es ilícita, aun cuando se practica con fines piadosos y a solicitud del paciente, justificándose con el inexistente “derecho a la muerte”, es antiguo y ambiguo en la ley. La muerte no es un derecho, sino un hecho jurídico sin la participación del hombre, una consecuencia natural de la vida.

Todo ser vivo es mortal; la muerte es la supresión de un ser humano. Quitar la vida es la violación del principio de la defensa de la vida. Los conceptos absolutos establecen que nadie ni nada puede autorizar la muerte de un ser humano, ya que se trata de una violación a la dignidad de la persona humana.

Para muchos es un delito contra la vida, un atentado contra la humanidad. El debate ha estado abierto por mucho tiempo, y continúa. En México, el derecho a la vida, a la integridad física y moral desde el momento de la concepción, es garantía constitucional que el Código Civil recoge y el Código Penal protege, otorgándole al concebido el derecho a nacer.

Así lo establece el Código Civil, considerando la llamada ficción nasciturus, la cual consiste en que “al infante concebido se le tiene por nacido para los fines que le convenga”. El Código Penal sanciona la muerte deliberada en cualquier etapa de la vida, desde su estado embrionario hasta la adultez.

Por dichos motivos, la eutanasia, en cualquiera de sus modalidades, es para muchos una instigación al suicidio, acto punible. Los aspectos relacionados con el final de la vida deben ser objeto de regulación jurídica para evitar inadecuados procedimientos y garantizar la protección integral que la persona necesita.

La ética y la moral son conceptos que constituyen los pilares de la medicina y el derecho.

Corresponde a la ética tratar las cuestiones acerca del bien y del mal, estudiando racionalmente el plano del deber ser, lo cual es exigible de acuerdo con la naturaleza humana. Nace de las normas naturales, llamadas así porque están inscritas en la propia naturaleza humana, como exigencias propias de su naturaleza esencial.

Por su parte, la moral se define como la disciplina que trata el bien en general y las acciones humanas en orden a su bondad o malicia; se puede definir también como la teoría de los deberes interiores o la conducta dirigida o disciplinada por normas.

El debate sobre si la muerte asistida se encuentra en un marco de lo bueno o lo malo no termina. Por décadas, distintos grupos han puesto en mesa de discusión la validez o invalidez de este tema, los fundamentos son la ciencia y la experimentación, la religión, las buenas costumbres, la ley. Pero, mientras las discusiones continúan, la práctica y la voluntad de los pacientes crece cada día más.

Como se ha tratado antes, el derecho es el instrumento idóneo para ofrecer un control a ciertos temas. Sin embargo, los avances científicos han rebasado a la tarea de los juristas y al derecho en general. En este momento se encuentra indefenso ante ciertos temas que amenazan con romper los esquemas morales y éticos que rigen a la sociedad. (Flores, 2015)

Dicen los defensores de la eutanasia que ésta es un método por el cual un paciente con alguna enfermedad terminal que está pasando por un sufrimiento insoportable, pueda morir con dignidad y tranquilidad sin tener que prolongar más un sufrimiento inútil que solo termina por degradar su condición física, moral y espiritual.

Pero, ¿es correcto que los médicos o cualquiera persona pongan fin a la vida de una persona en fase terminal con grandes sufrimientos, si así lo pide el enfermo?

Este último interrogante nos hace plantearnos: ¿el enfermo, hoy día, (con en el avance de la medicina, concretamente, de las Unidades del Dolor) padece grandes sufrimientos a la hora de morir? En este contexto, ¿el médico tiene que acceder siempre a la petición del enfermo?

Con todo, los principales argumentos, que se utilizan a favor de la eutanasia, son:

- a) Toda persona es autónoma;
- b) Toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida;
- c) La falta de calidad de vida que conllevan algunas enfermedades;
- d) No es justo el someter al hombre a circunstancias dolorosas, cuando se tiene el poder de evitarlo.

Pero, estos argumentos omiten las implicaciones sociales que tiene la eutanasia. Por su parte, algunos medios de comunicación, que están a favor de su legalización, utilizan, más o menos, el siguiente silogismo:

Premisa mayor: Una parte de la sociedad piensa que la vida es sagrada e indisponible; otra parte, en cambio, piensa que cada persona es soberana de sí mismo y, por tanto, puede disponer de su vida.

Premisa menor: En una democracia pluralista, como la nuestra, es intolerable que el legislador favorezca a una de las dos partes.

Conclusión: Por tanto, la legalización de la eutanasia es la única solución que garantiza la libertad individual, eso no hace que todos tengan la obligación de pedir la eutanasia.

Sin duda, este silogismo es atractivo y tiene apariencia de verdad, sin embargo, la premisa mayor es falsa. Prescinde de uno de los contenidos esenciales de la eutanasia: sus efectos sociales. Este “olvido” hace que el silogismo sea incorrecto.

Por otro lado, es un engaño establecer un debate con argumentaciones (repetidas muchas veces) exclusivamente sentimentales y ejemplos extremos y minoritarios de enorme impacto emocional, que buscan la mal entendida compasión, dejando de lado argumentaciones de tipo racional, en las que no sólo se hable de la intención o fin del que obra, sino también del objeto de la acción eutanásica.

Pensar que la eutanasia sólo redunda en uno mismo es un grave error. La eutanasia no es sólo un asunto puramente privado o individual, en aras de una falsa autonomía del paciente, o un “derecho” de una persona que ha pedido morir de manera expresa y libre, sino que tiene una importante repercusión social.

En efecto, la eutanasia no sólo afecta al sujeto que toma la decisión de terminar con su vida, compromete siempre a un tercero al que no se puede negar su posibilidad de determinar si está a favor o no de la acción eutanásica y del suicidio asistido.

Además, la posible legalización de la eutanasia elude la cuestión clave y central de este asunto, o lo que es lo mismo, el objeto de la acción: la eutanasia supone eliminar por la vía rápida, terminar o acabar con, matar... al enfermo terminal, al anciano, al

tetrapléjico.... lo pida el mismo, sus familiares, un representante del paciente, un juez o los “jefes” del hospital.

La vida humana es un bien común de la sociedad. Los retos sociales y éticos, como la eutanasia, están todos interconectados y nos obligan a que proclamemos nuestra responsabilidad unos hacia los otros. El ser humano por ser tal debe cuidar del otro y la sociedad tiene que preocuparse, especialmente, por el cuidado de los enfermos, ancianos y discapacitados. Eso es lo que hace que nosotros y la sociedad seamos verdaderamente humanos.

Por tanto, el tema de la eutanasia nos sumerge en una ética de la responsabilidad colectiva, del cuidado esencial para con los demás. El cuidado del otro, tratado y concebido como un ser humano, hace que se crezca en humanidad. De ahí que nadie, ni uno mismo, pueda erigirse en dueño absoluto de su vida, como si la vida humana fuese exclusivamente autorreferencial o como si la vida de cada uno no significase nada para los demás. Nuestra vida “vale” para los demás.

Es el otro quién nos define y nos da forma como ser humano. No nos podemos entender y entendernos sin el otro. Nuestro existir influye en la vida de los otros. Eso se debe a que el ser humano no es un ser aislado, sino que es un ser que vive en sociedad, en convivencia con los demás.

No se es independiente de los demás, como si no se tuviese relación con los otros. Las acciones de un ser humano influyen en uno mismo y en los demás. La vida de cada uno y, por lo tanto, también su manera de morir, afecta a todos.

La vida, como bien común, debe de tener las características de universalidad y de gratuidad, de ahí que de este bien común nadie pueda ser excluido. Solo puede alcanzarse e incrementarse a partir de la colaboración de los diversos miembros de la comunidad.

La vida es un derecho, de primera magnitud, de todos los seres humanos. O, dicho de otro modo, es el primero de los derechos fundamentales, porque sin vida no se podría

hablar de los otros. Todo ser humano es responsable de la vida de sí mismo y de los otros.

Más todavía, el Estado tiene la obligación de proteger y promover el bien común, ya que éste redundaría en beneficio de la población.

En definitiva, la vida humana no sólo tiene una dimensión individual, sino también social-colectiva. Justamente, la responsabilidad social consiste, sobre todo, en hacerse cargo de la vida humana débil y frágil de quien ya no tiene capacidad de cuidar de sí mismo.

El ser humano es un ser social, y su obrar no está exento de responsabilidad moral hacia el conjunto de la sociedad. Por eso, disponer de la propia vida con la finalidad de morir entra en conflicto con la consideración de la vida como bien común. (Zurriarán, 2019)

Los principales argumentos a favor de la eutanasia están relacionados con el derecho a una vida y a una muerte dignas, fundamentados en la autonomía del paciente, en su derecho de no sufrir y, en último término, a exigir la eutanasia como un acto piadoso o bien a disponer de su vida.

1. Derecho a una Vida Digna

Este argumento supone asumir que la dignidad personal en determinadas circunstancias estaría por debajo de lo que podría ser exigido para vivir, lo que permitiría que le fuese aplicada la eutanasia.

2. Derecho a una Muerte Digna

Si por muerte digna se entiende la cesación inmediata y definitiva del dolor, entonces la eutanasia se convierte en la "terapéutica más fácil y efectiva". Pero, si por el contrario, se asume la muerte con grandeza de ánimo, encarándola, ejercitando en ella todas nuestras capacidades personales, se constituye en el último paso dentro del camino hacia la plenitud humana; último si es que no se posee la certeza de quienes- dentro del marco de la doctrina cristiana- ven en la muerte el umbral que los conduce a la presencia de Dios.

3. La Autonomía del Enfermo

Aquellas legislaciones que autorizan la eutanasia lo hacen bajo la condición de asegurarse del " carácter expreso y serio de la petición" por parte del enfermo, como en el caso español. A este respecto, afirma Herranz que una petición, apasionada y conmovedora, de muerte puede hacerla un enfermo bajo los efectos de un cansancio crónico, de un insomnio tenaz, de una disnea agobiante, de un estado nauseoso, de una depresión no diagnosticada o deficientemente tratada. Una petición expresa y seria de muerte puede ser la consecuencia de una terapéutica incompetente del dolor y otros síntomas, o del abandono afectivo por parte de los familiares y cuidadores. Incluso puede hacerla el enfermo como recurso psicológico y dramático para centrar sobre sí la atención de los demás, o como represalia por desatenciones presentes o agravios pasados. Por otra parte, atender la petición del enfermo que ve en la muerte la mejor alternativa es olvidar que elegir la muerte no es una opción entre muchas, sino un modo de suprimir todas las opciones.

4. Derecho a evitar el dolor

El dolor físico del enfermo puede ser tratado eficazmente. La medicina dispone de un completo arsenal terapéutico capaz de controlar el dolor en un 95% de los casos. En la actualidad, a la utilización de las drogas analgésicas hay que añadir los llamados agentes coadyuvantes, que vienen a neutralizar o paliar los efectos psicológicos y físicos añadidos a los cuadros de dolor.

5. Derecho al Suicidio

El problema radica aquí en que la eutanasia no es un suicidio sino un homicidio; acto éste que exige del médico un juicio sobre si es razonable o no la petición, o lo que es igual, si el paciente debe o no ser matado. En este punto cabe recordar las apreciaciones de Pastor en el sentido de que el derecho-deber de la vida aparece como el primero y más fundamental de todos los derechos que posee la persona; un derecho que es anterior al respeto de la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente, ante todo, de su propia vida. De lo anterior se deduce que la petición de eutanasia por parte del paciente y/o su ejecución por parte del médico

no es un derecho de la persona, sino una acción arbitraria que va en contra de todo el ser personal.

6. Eutanasia como Acto-Piadoso

Acortar la vida de una persona para liberarla de una vejez o enfermedad angustiosa es un argumento que, con un poco de sentimentalismo, puede convencer, pero es, en sí mismo, la solución menos humana y la que pone de manifiesto la incapacidad del médico en tratar y aceptar la muerte natural del enfermo. Este "acto piadoso" comporta además la emisión de un juicio valorativo por parte del médico, sobre la condición del paciente, que es susceptible de error. En este punto, aceptar la eutanasia equivaldría a subordinar la vida humana al mundo de la subjetividad y el relativismo. (Velez, 2018) Propuestas de solución personales:

- 1.- Legalizar la Eutanasia en México, ya que pacientes en fase terminal no tendrían que sufrir para llegar a su muerte.
- 2.- La eutanasia sería una forma rápida para dar por terminada la vida en un ser humano.
- 3.- Ayudaríamos al enfermo a tener una muerte digna.

CAPÍTULO V LA EUTANASIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA (COVID 19).

5.1 Muerte digna en tiempos de pandemia COVID 19.

El mundo nos recibe con sonrisas y un espacio acogedor para hacer nuestra llegada a la tierra lo más bondadosa posible. No suele ocurrir lo mismo con nuestra partida. Por lo menos en México. Un gran número de mexicanos son despedidos de la vida sin el espacio y los cuidados apropiados, sin medicamentos para paliar el dolor ni las suficientes opciones a para hacer una buena transición.

Es la nuestra una cultura que desatiende a sus moribundos y también a sus viejos; una cultura que celebra a los muertos pero que, paradójicamente, no habla de la muerte. El 46.3% de los mexicanos piensa acerca de la muerte menos de una vez al año y el 30.1% una vez al mes. Es también significativo que el 45.3% nunca haya hablado de su muerte y que sólo un 0.8% lo haya hecho con su médico.

En este contexto no es de extrañar que nuestro sistema de salud haya sido diseñado para una población eternamente joven e inmortal. Esto es... hasta que una feroz pandemia nos tomó por sorpresa. Entonces la muerte salió de su escondrijo, nos miró a los ojos y comenzó a manifestarse de manera despiadada. ¿Le devolveremos la mirada y haremos amistad con ella? La normalidad es efímera, va construyéndose de manera permanente. Hoy nos toca construirla a partir del COVID-19.

Un aspecto crucial de esta “nueva normalidad”, como han dado en llamarla nuestras autoridades, serán cambios radicales en la manera como los mexicanos concebimos la muerte y vivimos el proceso de morir. ¿Qué otra reacción cabe cuando hemos visto al desnudo la vergonzante realidad sanitaria de nuestro país? Cuando hemos sido testigos del enorme sufrimiento que esto ha ocasionado a centenares de mexicanos y sobre todo a aquellos enfermos graves que no han tenido acceso a los fármacos necesarios para paliar su dolor y han muerto en soledad porque el acompañamiento de sus familiares les estaba vedado.

El término de cuidados paliativos que bien puede considerarse el parámetro de referencia para conocer el nivel de atención que una sociedad brinda a sus enfermos crónicos o

terminales, ni siquiera ha permeado entre la población. El concepto resulta ajeno a la población en general ya que únicamente el 24% de la población conoce el término; incluso a un buen número de médicos y les resulta ajeno.

Menos aún ha permeado el significado profundo y los servicios implícitos en estos cuidados: la infraestructura hospitalaria de nuestro país es simplemente inadecuada para atender como es debido a nuestros enfermos terminales o crónicos que suelen ser, en buena medida, personas de edades avanzadas.

Esta situación ha sido dolorosamente evidenciada por el COVID-19, como veremos más adelante. Por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD-México) es una organización civil que definió inicialmente su misión de promover el derecho a morir con dignidad a partir de la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

Esto ocurrió en el 2009; sin embargo, la realidad sanitaria de nuestro país, desenmascarada por el COVID-19 en el 2020, nos obliga a ampliar esta perspectiva que ahora nos resulta estrecha y hasta miope, para cumplir cabalmente con nuestra misión de promover una muerte digna. En el contexto post pandemia, las actividades de DMD-México no deben reducirse a promover la legalización de la muerte médicamente asistida. Hoy deben abordar también algunos de los temas sanitarios degradantes en torno a la etapa final de la vida de los mexicanos algunos de los cuales abordaremos más adelante.

Cuando buscamos una muerte digna, opciones como el derecho a la muerte médicamente asistida en sus modalidades de suicidio y eutanasia, son necesarias; pero también son insuficientes. Para que una muerte sea digna es preciso que todas las etapas anteriores de la vida, y principalmente las finales, puedan vivirse en un entorno bondadoso de acuerdo a los requerimientos esenciales de los seres humanos.

Hace falta, por ejemplo, que todas y todos tengamos acceso a fármacos que nos permitan vivir sin dolor el proceso de una enfermedad larga; que todos y todas contemos con espacios y medios materiales suficientes para florecer y decidir qué queremos hacer con nuestras vidas sin ser orillados o cohercionados por las circunstancias a optar por la vida

o la muerte cuando no lo deseamos. Las vidas de los viejos y los enfermos crónicos o terminales importan hasta el último suspiro.

Sin embargo, los contextos cultural, sanitario y legal actuales no son los que se requieren para que los mexicanos vivamos las etapas finales de nuestra vida en un ambiente apropiado y para que cuando llegue el momento de partir podamos hacerlo de manera digna: la muerte es el momento de sellar nuestras vidas y eso no es cualquier cosa.

Estas preocupaciones no son nuevas; han estado ahí desde siempre. Muchos estudiosos han escrito ampliamente sobre el tema. Sin embargo, habían permanecido semiocultas hasta que los reflectores del COVID-19 las iluminaron y alcanzaron notoriedad.

5.2 El derecho a morir y también a vivir

En las últimas semanas, entre los meses de junio y julio de 2020, uno de los temas que mayor presencia mediática ha tenido es el del vejeísmo o etarismo, fue puesto en el escenario en el contexto de la escasez de ventiladores. ¿Quiénes deben tener prioridad cuando los ventiladores no alcanzan? En algún momento pareció que se estaba planteando que cualquiera... menos los viejos. La reacción de gran parte de la población fue inmediata.

El debate surgió con las declaraciones del gobernador americano Dan Patrick quien dijo estar dispuesto a sacrificar su vida en aras de la vida de sus nietos en caso necesario.

Sus palabras fueron retomadas por la prensa mundial que, como suele ocurrir, las difundió con su propio aderezo perturbador traduciéndolas (en esencia) de la siguiente manera: "Las personas mayores deben (deberían) sacrificarse en beneficio de las generaciones más jóvenes." Era como si las circunstancias del COVID-19 nos estuvieran pidiendo a los viejos de manera indiscriminada, tomados como un grupo social homogéneo... lo mismo que pedían las circunstancias de tiempos de guerra a los jóvenes: ofrendar nuestras vidas en aras de la supervivencia de los demás.

O sea, si en las guerras se sacrifica los jóvenes; en tiempos del coronavirus se sacrificaría a los viejos. La ética social a todo lo que da: el pragmatismo. El planteamiento me

resultaba paradójico: los viejos mexicanos no podemos optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido dado que son prácticas ilegales y, sin embargo, se nos pide (¿exige?) sacrificarnos en aras de nuestros conciudadanos jóvenes. Llevado a extremos, una negativa a aceptar nuestra suerte podría incluso implicar algún castigo (como les ocurría a los soldados que desertaban), que en nuestro caso consistiría, al menos, en el repudio social.

Un prominente intelectual estadounidense, el matemático y traductor Arthur Goldhammer, lamentó su destino de ocurrir una situación tal, diciendo: “Me encuentro en ese grupo de viejos cuya libertad podría ser sacrificada en aras del „ajuste cualitativo de años vida“ de las generaciones más jóvenes y las exigencias de la economía”.

El derecho a vivir con dignidad o, dicho de otra manera, el derecho a no ser forzados a morir, es el anverso de una moneda cuya otra cara es el derecho a morir con dignidad. Porque, para dar un ejemplo, como apunté al principio, parecería factible que se nos obligara a los viejos a morir en aras de los demás; aunque también se nos obliga a morir, si bien de manera indirecta, cuando por falta de atención médica eficiente y de medicamentos para paliar el dolor no nos queda otra alternativa que la muerte pues no hay quien aguante siquiera un dolor de muelas por un tiempo largo.

Podemos también pensar que a los viejos se les está de hecho orillando a morir cuando nuestra cultura los mira como material de desecho pasados los 60 años.

Desde esta perspectiva, para ser fiel a su misión de velar por los derechos humanos hasta el final de la vida, DMD decidió ampliar su horizonte; en adelante ya no sólo mirara hacia una muerte digna vía la legalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido, sino que mirará además hacia el derecho a vivir, a que nadie sea orillado a morir, por las razones que sea, si no quiere hacerlo.

Bajo este planteamiento dirigimos nuestra atención hacia lo que está pasando en esta era del coronavirus en las áreas de cuidados intensivos y paliativos de los hospitales; hacia la atención que se les está otorgando a los moribundos y en especial a los ancianos.

Para hacerlo realizamos una serie de entrevistas a pacientes recuperados del COVID19, a médicos internistas y geriatras de hospitales públicos y privados, así como enfermeras intensivistas y de cardiología, con el fin de conocer su punto de vista. A manera de introducción de este estudio me aproximaré a lo que ha sido la construcción social de la muerte en tiempos del COVID para tener un marco de referencia antes de transcribir la síntesis de dos de estas entrevistas.

5.3 La construcción social de la muerte en tiempos del COVID-19.

La muerte involucra todo lo humano; se conceptúa de acuerdo con el sistema de valores de cada persona, se relaciona con la propia historia de vida y las experiencias previas. El concepto muerte se modela también de acuerdo con estándares o perspectivas de cada grupo social, de cada época y de cada lugar.

La muerte es representada en la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales y del colectivo. En las diferentes latitudes y en cada momento de la historia de la humanidad, es posible reconocer una red de significados culturales relacionados con la muerte. El concepto abarca una constelación de aprendizajes, memorias, emociones y nociones tanto en el plano individual como en el colectivo, las cuales están insertas en un contexto cultural y en las experiencias de cada individuo.

Los cambios sociales y ambientales modifican la construcción cultural de la muerte. Las guerras, los estados de excepción, los desastres naturales y las pandemias matizan la experiencia colectiva e individual de la fragilidad humana.

Desde esta perspectiva cabe preguntarnos, ¿qué elementos han modificado nuestra experiencia de la muerte durante la pandemia de COVID-19? ¿Cuál y cómo ha sido el contexto donde están ocurriendo las defunciones? Pasa que la oleada de muertes generada en la epidemia, la incertidumbre y la inseguridad derivados de la aparición de una nueva enfermedad intratable, la vulnerabilidad de los enfermos, la pobre capacidad resolutiva de los servicios de atención en salud, el contacto cercano con personas infectadas, los cambios de comportamiento al interior de la comunidad, entre otros, no pueden sino haber modificado el significado de vivir y de morir a nivel individual.

A partir del COVID-19 los mexicanos llevamos a cabo acciones en respuesta al miedo, a la incertidumbre y al sentimiento de impotencia ante la posibilidad de la muerte. Nos cambiamos los zapatos, lavamos nuestras manos, usamos mascarilla, desinfectamos los empaques de los alimentos, lavamos y desinfectamos las superficies de hogares y centros de trabajo, entre muchas otras.

Tanto las recomendaciones de la autoridad sanitaria, las experiencias que tenemos con las personas que enferman y las modificaciones en el día a día de los lugares públicos han modificado nuestros comportamientos sociales, también están matizando nuestras relaciones interpersonales y las actitudes frente a la vida y la muerte.

En un país en donde hasta hace muy poco no se hablaba prácticamente de la muerte hoy, al interior de sus hogares, las familias hablan sobre las voluntades anticipadas en caso de enfermar de gravedad y dan directrices de tratamiento en escenarios adversos. Hoy la muerte toca a las puertas y el contacto que tenemos con ella se ha vuelto recurrente y cotidiano.

En el pensamiento colectivo, la muerte comienza a interiorizarse, a convertirse en una realidad y a exaltar el miedo, tan intrínsecamente humano. Sin embargo, este contacto con la finitud no parece estar caminando hacia la resignación. A nivel comunitario, parece que más bien se da la respuesta contraria.

Los líderes políticos buscan culpables, se atacan entre ellos, observan la responsabilidad de no estar preparados o la negligencia de un puñado de culpables. Los medios de comunicación dan por sentada una salida a través del desarrollo de una vacuna y se preguntan cuándo se contará con ella.

El imaginario colectivo busca sobreponerse a la adversidad: aminorar el daño en los infectados, encontrar la cura o tener la vacuna. A diferencia de otras pandemias en la historia de la humanidad, el COVID-19 no se toma como un castigo divino o un mal inevitable. Por el contrario, se entiende como un enemigo que altera el equilibrio al que es posible vencer y a eso enfocamos todas nuestras energías. Incorporar a la muerte en la vida no parece considerarse una alternativa.

El imaginario colectivo mira hacia la inmortalidad. Las posiciones encontradas en la construcción individual y colectiva de la muerte guardan relación con la identidad de los fallecidos. Para acercarse a la muerte hay una sola condición: la individualidad del muerto tiene que ser presente y reconocida. No hay perturbación cuando el muerto es anónimo. La afirmación de la individualidad hace la conciencia de la muerte y la creencia en la inmortalidad.

El estado de guerra o las muertes que acontecen diariamente en la pandemia son un ejemplo de la disolución de la presencia de la muerte por el predominio de la afirmación social sobre la afirmación del individuo.

La vida humana se escandaliza, se consterna frente a la muerte. Los diversos rostros de la muerte irrumpen en más de una disciplina teórica y estremecen a más de un discurso científico, religioso, político y artístico. (Espinosa, 2021)

CONCLUSIONES

Si bien la eutanasia es una acción mediante la cual se le quita la vida a una persona con el único fin de detener su dolor y sufrimiento, debería de buscarse la manera de que se logre legalizar en México con propuestas que vayan encaminadas con el único fin de que sea un derecho la muerte digna sin necesidad de llegar a sufrimiento extremo. La eutanasia no debe de verse como una forma de asesinato hacia alguien, debe de ser una salida que el paciente en fase terminal o con esperanza de vida muy baja tengan a su alcance para poder descansar en paz. Más en estos tiempos de pandemia del Covid-19 y SarsCov-2 donde los síntomas eran muy fuertes al grado de que gente se moría en segundos, estoy casi segura que hubo personas que en algún momento les paso por su mente el poder aplicar la eutanasia cuando sus esperanzas de vida eran casi nulas y su vida se veía debilitada.

Es por eso que en mi nació el interés de este tema que a lo mejor no está regulado como tal en nuestro marco jurídico mexicano, pero que los legisladores deberían de tener un poco de conciencia sobre el derecho a la muerte digna en pacientes con enfermedades degenerativas. El derecho a una muerte digna debería ser un derecho que debería de estar plasmado en la constitución ya que todos en algún momento de nuestra vida preferimos mejor morir que pasar días, meses, años sufriendo en cama y lo que es peor saber que solo esperas el día de tu muerte.

REFERENCIAS

- 1.- Bont, M., Dorta, K., Ceballos, J., Randazzo, A. (2007). *Eutanasia: Una Visión Histórico-Hermenéutica*. *Comunidad y Salud*, 5, 11.
- 2.- Díaz, B., Briones K. (2019). *La eutanasia: una mirada desde el derecho*. *Revista de la Facultad de Jurisprudencia*, 1, 99-120.
- 3.- Engelhardt, D. (2002). *La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente*. *Acta Bioethica*, 8, 55-66.
- 4.- Vilchis, L. (2001). *Sobre la eutanasia*. *Revista de Psicología*, X, 177-187.
- 5.- Francisconi, C. (2007). *Eutanasia: Una reflexión desde la mirada Bioética*. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 7, 110-115.
- 6.- Herrera, J. (2004). *La necesidad de legalizar la eutanasia en México (UN ESTUDIO A LA LUZ DE LOS DERECHOS UNIVERSALES DEL HOMBRE)*. *Revista UNAM*, 54, 1-17.
- 7.- León, A. (1973). *Ética en Medicina*. *Científico-Médico*, 1, 249-250.
- 8.- Ochoa, J. (2017). *Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario*. *Boletín Conamed-Ops.*, 10, 1-6.
- 9.- *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Art.4. 5 de Febrero de 1917. (México).
- 10.- *Código Penal Federal*. Art.312-313. 14 de Agosto de 1931. (México).
- 11.- *Código Penal del Estado de México*. Art.249. 20 de Marzo de 2000. (México).

1.- Flores, L. (2015). *Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C.*, 9, 155-178.

2.- Sánchez, J. (2010). *La voluntad anticipada en España y en México. Un análisis de derecho comparado en torno a su concepto, definición y contenido. Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 44, 701-734.

3.- Gómez, A. (2016). *Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado. Revista Latinoamericana de Bioética*, 16, 128-153.

4.- *Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México*. Art.2, Artículo 4, Fracción XXXV, Fracción I, Art.7-12-13-14.3 de Mayo de 2013.

5.- *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. Art. 1-3-7-8-9-10-11-40-41-42.7 de Enero de 2008.

1.- *BBC NEWS*. (2015). *Muere la niña chilena que le pidió la eutanasia a Bachelet. BBC NEWS*, 2.

2.- *Infobae*. (2015). *Los casos que hicieron historia sobre eutanasia y muerte digna. Infobae*, 2.

3.- *Infobae*. (2015). *Los casos que hicieron historia sobre eutanasia y muerte digna. Infobae*, 2.

4.- *Harmant, M., Beca, J.* (2013). *Eutanasia: el caso Tony Nicklinson. Facultad de Medicina*, 1, 1-5.

5.- *BBC NEWS*. (2022). *Martha Sepúlveda: muere tras una eutanasia la mujer colombiana que sufría de ELA. BBC NEWS*, 2.

1. *Mazariego, A, Gonzalez, M, Paz, L.* (2019). *La eutanasia y el suicidio asistido en*

México. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 6, 1-9

2. Campos, J. (2001). *Consideraciones acerca de la Eutanasia. Medicina legal de Costa Rica*, 18, 10.

3. Ramos, K. (2016). *EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA; ARTICULOS 1º Y 14º. Sociología Jurídica*, 1, 58.

4. Flores, L. (2015). *Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México. IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C*, 9, 155-178.

5. ACEB), *Associació Catalana d'Estudis Bioètics*. (2016). *Razones del "no" a la Eutanasia. Associació Catalana d'Estudis Bioètics (ACEB)*, 1, 1-13.

6. Velez, A. (2018). *LA EUTANASIA: EL DEBATE ACTUAL. Persona y bioética*, 1, 2.

1.-Espinosa, A. (2 de septiembre de 2021). *El derecho a morir y el derecho a vivir en el covid-19: las vidas de los viejos y los enfermos crónicos o terminales importan hasta el último suspiro. UNAM*, 1, 377-394.

