



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO**



FACULTAD DE DERECHO

**“ANÁLISIS CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA EN MÉXICO;
EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD PENAL AL PERSONAL
MÉDICO QUE LA PRACTIQUE.”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO
LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA:

CARLOS SHENG GÓMEZ VICENTE

DIRECTOR DE TESIS:

DR. EN C.S. JORGE ALEJANDRO VÁSQUEZ CAICEDO

REVISORES DE TESIS:

DR. EN D. P. RAÚL HORACIO ARENAS VALDÉS

DR. EN D. RAFAEL SANTACRUZ LIMA

Toluca, Estado de México, 2026

ANÁLISIS CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA EN MÉXICO; EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD PENAL AL PERSONAL MÉDICO QUE LA PRACTIQUE.

ÍNDICE

CAPÍTULO PRIMERO

1. MARCO HISTÓRICO - CONCEPTUAL DE LA EUTANASIA

1.1	CONCEPCIONES DE MUERTE DIGNA COMO DERECHO	7
1.2	EL VALOR FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA DIGNIDAD.	10
1.3	SALUD Y DIGNIDAD.	12
1.3.1	<i>La Salud Como Derecho Garante.</i>	14
1.4	FIGURAS PARTE EN EL SECTOR SALUD	17
1.4.1	<i>Personal Médico</i>	18
1.4.2	<i>Paciente</i>	22
1.5	EL ESTUDIO DE LA MUERTE A TRAVÉS DE LA TANATOLOGÍA	26
1.5.1	<i>Enfermo Terminal y Cuidados Paliativos</i>	32
1.6	ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA	33
1.6.1	<i>La Ética en la Medicina y su Aplicación</i>	35

CAPÍTULO SEGUNDO

2. MARCO JURÍDICO CONVENCIONAL Y CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA.

2.1	MARCO CONVENCIONAL	38
2.1.1	<i>Carta de las Naciones Unidas</i>	39
2.1.2	<i>Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)</i>	42

2.1.3 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)	45
2.1.4 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	47
2.1.5 Asociación Médica Mundial (AMM)	54
2.1.6 Organización Mundial de la Salud (OMS)	56
2.1.7 Postura Legal de la Eutanasia en los Diferentes Países.	59
2.2 MARCO CONSTITUCIONAL	65
2.2.1 Salud como Derecho Humano en la Constitución	66
2.2.2 Ley General de Salud en coadyuvancia del Código Penal Federal frente a la Eutanasia	67

CAPÍTULO TERCERO

3. APLICACIÓN MÉDICA DE LA EUTANASIA Y SU RESPONSABILIDAD.

3.1 PARÁMETROS APLICATIVOS	74
3.2 EUTANASIA FRENTE A CUIDADOS PALIATIVOS	81
3.3 PERSONAL MÉDICO COMO SUJETO DE DELITO DE HOMICIDIO	83
3.4 CONCIENCIA DEL PACIENTE.	86
3.5 RESPONSABILIDAD Y CONCIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO	87

CONCLUSIONES.	91
PROPUESTA	93
FUENTES DE CONSULTA	96

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación versa de un análisis sobre la constitucionalidad de la regulación de la eutanasia en ámbitos médicos, sobre un sector específico, destinado a los enfermos en situación terminal y cuyo pronóstico de vida no supere los seis meses, así como a la eximición de responsabilidades de los supuestos penales previstos por el Código Penal Federal, del personal médico que intervenga en la aplicación médica-eutanásica de aquellos pacientes, bajo disposiciones aplicables y reguladas.

Se constituirá de tres capítulos, que comprenderán; en primer término, lo concerniente al entendimiento conceptual que engloba el fenómeno social, desde la constitución de aquellos derechos involucrados, y cómo es que guardan estrecha relación el derecho a una muerte digna, motivo de la presente.

Bajo este orden de ideas, entendiendo a la eutanasia como un fenómeno descrito como la acción de suministrar un fármaco letal a un enfermo en situación terminal, con el objetivo de terminar con su vida, a fin de evitar el dolor en su lecho de muerte; cuya práctica se encuentra prohibida por la Ley General de Salud, equiparándola con el delito de homicidio o suicidio asistido.

En este contexto, en un segundo término explicará los principios convencionales aplicables vigentes en el sistema jurídico, así como los orígenes que dieron paso a la regulación médica en diferentes naciones, así como sus posturas éticas y aquellas que toman de los Organismos internacionales que forman parte.

Al tenor, de que las naciones se han pronunciado al respecto de la práctica eutanásica, algunos regulando dentro de sus catálogos la permisión controlada y otros atendiendo a los principios convencionales sobre privilegiar sobre la eutanasia atender a los cuidados paliativos, definidos como aquellos que se administran a los enfermos terminales, con el propósito de mitigar el dolor que les causare su enfermedad.

Finalmente, en un tercer término, a la par del tema de estudio, las causales que componen la existencia del mismo, derivado de problemáticas diversas que atañen a la misma.

Bajo este sentido, con enfoque especial en México, donde existe un desnivel en el sentido de la atención médica y las personas que la requieren, al tenor, de que no todos los enfermos que necesitan de este tipo de tratamientos tienen acceso a ellos, a pesar de constituirse como un derecho fundamental de las personas, por lo que existe una violación al derecho de la salud, al no existir los mecanismos que garanticen el acceso igualitario y eficaz a cada uno de los enfermos en situación terminal, aunado, con el gran nivel de pobreza existente en México, el cual maximiza el estado de indefensión en el que se encuentran los enfermos terminales.

Bajo otro orden de ideas, esta desigualdad da cabida a la práctica eutanásica clandestina, susceptible de ejercicio penal al no encontrarse regulada, vulnerando derechos y sancionando a médicos que así la realicen.

Proponiendo, un esquema en el que bajo una aplicación médica eutanásica regulada, se pueda versar a la protección de los derechos humanos en el lecho de muerte y a su vez se eximir de responsabilidad penal, en la que pudiera recaer el personal médico, bajo el supuesto de la aplicación eutanásica en los casos así lo requiera, solo encuadrando el delito aplicable a aquellos que no se sujeten a las disposiciones jurídicas, que permitan la eutanasia libre, consentida y legal de los enfermos terminales que la soliciten.

CAPÍTULO PRIMERO

1. MARCO HISTÓRICO - CONCEPTUAL DE LA EUTANASIA

SUMARIO

1.1 Concepto de muerte digna como derecho. 1.2 El valor fundamental del derecho a la dignidad. 1.3 Salud y Dignidad. 1.3.1 La salud como derecho garante. 1.4 Figuras parte en el sector salud. 1.4.1 Personal médico. 1.4.2 Paciente. 1.5 El estudio de la muerte a través de la tanatología. 1.5.1 Enfermo terminal y cuidados paliativos. 1.6 Antecedentes de la eutanasia. 1.6.1 La ética en la medicina y su aplicación.

1.1 Concepciones de muerte digna como derecho

Desde un estudio tanatológico, la eutanasia es considerada como la acción de un médico sobre su paciente que a petición propia solicita la misma con intención de acelerar su muerte, esta acción se realiza bajo el supuesto de que dicho paciente padeciere una enfermedad terminal e incurable, misma que pudiera causar un dolor inmensurable.

La Comisión Nacional de Bioética, define a la eutanasia como: *“el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento”* (CNB, 1992, pag.2).

Es así que se describe la importancia de estudiar dicho fenómeno y sus alcances legales, sin embargo, para comprender los mismos es necesario conocer sus antecedentes así como de algunos conceptos ligados; bajo este supuesto se debe partir estrictamente del concepto de vida y su surgimiento como derecho, y es que desde el pasado se buscó luchar por su reconocimiento, y al igual que con la lucha de otros derechos, esta determinaría un paso importante en el reconocimiento futuro de distintas garantías, ahora derechos humanos.

La vida es definida desde la visión biológica como el proceso de nacer, crecer y morir, diversos autores también mencionan que la vida se enfoca en las acciones y emociones que se generan en dicho trayecto, tal es el caso de Aristóteles (384 A.C-

322 A.C), quien consideraba a la vida como una manifestación del alma, un estado natural de las personas; estas serían conceptualizaciones aceptadas, no obstante, es hasta el 12 de junio de 1776, en la Declaración de Derechos de Virginia (DDV), cuando por primera vez se hace mención de la vida como derecho, expresando en su artículo primero.

Que todos los hombres son por naturaleza igualmente libres e independientes, y tienen ciertos derechos inherentes, de los cuales, cuando entran en un estado de sociedad, no pueden ser privados o postergados; expresamente, el gozo a la vida y a la libertad, junto a los medios para adquirir y poseer propiedades, y la búsqueda y obtención de la felicidad y seguridad (DDV, 1776, art. 1).

De este modo, se dio un amplio reconocimiento a su significado, ahora se expandiría la necesidad de hacer cumplir con lo pactado y que realmente se le reconozca el derecho a la vida de las personas, cabe destacar que, dentro de este espacio, el concepto de vida era considerado prioritario, pues se posicionaba junto con el derecho a la libertad, mostrando así la necesidad de una nación por ser reconocida y respetada.

De manera posterior, en el año de 1948, se promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948), en la cual se establece el derecho a la vida, estipulando lo siguiente: *“todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”* (art.3). Dicho así, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), consolida la vida como un derecho, incentivando su reconocimiento nacional e internacional.

De esta manera, es como se fueron adoptando distintas conceptualizaciones, países extranjeros comenzaron a retomar la idea de este derecho y la integran en sus constituciones reconociendo a sus ciudadanos, su protección y garantía.

La nación mexicana no resulta ser la excepción. Dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, 1917, art.1), se menciona que además de garantizar y promover el respeto de aquellos derechos humanos reconocidos por

la misma, México ha de reconocer los derechos humanos de aquellos tratados de los que forme parte, reforzando así su compromiso con el derecho a la vida.

Antes de la reforma del 6 de junio del 2011 al artículo primero constitucional, referente a dejar de reconocer como garantías individuales lo que son derechos humanos, formar parte de tratados extranjeros maximiza el compromiso con estos. En este contexto, México ya formaba parte de tratados que velaban por el reconocimiento de los derechos humanos, entre estos, el derecho a la vida, pues el día 9 de enero de 1981, se publica en el diario oficial de la federación el decreto mediante el cual México aprueba el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966), estableciendo:

PRIMERO. - Se aprueba el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A, el día 19 de diciembre de 1966, con las declaraciones interpretativas a los artículos 9, párrafo 5, y al artículo 18, y las reservas al artículo 13 y al inciso b) del artículo 25, que efectuará el Ejecutivo de la Unión al proceder a su adhesión (DOF, 1981).

Que se aprobara resultó en un gran paso a los derechos naturales, pues se comprende a estos como un derecho inseparable de las personas y lo cual se fundamenta en el artículo 6 de dicho pacto donde se menciona *“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”* (PIDCP, 1966).

De esta manera se definiría el derecho a la vida, lo cual resultaría en un aspecto importante para el desarrollo mexicano; más tarde, durante ese mismo año (24 de marzo), México se adhiere a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1969), también conocida como el Pacto de San José, en la cual se establece en su artículo cuarto párrafo primero que, *“Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”* (CADH, 1969, art.4). De esta forma, dicho derecho se encaminaría

a enaltecer su figura y de ella reforzar el respeto a la vida, por tanto, se debe definir a la vida como derecho, de manera en que se entienda que este se encuentra vinculado con la persona misma.

Bajo esta tesitura, resulta relevante destacar que *“el derecho a la vida que tiene un carácter no suspendible y es absoluto; es decir, no admite grados de respeto; además es inexceptable, es esencial”* (Sáenz, 2024, pág. 69), pues resulta de una importancia jerárquica de la vida como elemento base de los demás derechos intrínsecos.

1.2 El valor fundamental del derecho a la dignidad.

Bajo el esquema anterior, la vida tuvo su auge como parte del sistema constitucional, demostrando que su interés venía desde tiempo atrás; eventualmente, la necesidad de reconocimiento de derechos, marcaría el trayecto en el cual se enfocaría en adelante a la vida como un derecho, exigiendo así que dentro del mismo se involucre desde un aspecto axiológico y deontológico, de lo cual partiría que este derecho velará por diversos valores, entre ellos la vida digna, marcando así un concepto naciente del mismo, pues la dignidad sería considerada como una cualidad necesaria.

Para lograr el enfoque deseado, los conceptos de vida y dignidad, han de adherirse y complementar el derecho humano de una vida digna de la cual se reconocen diversos aspectos, los cuales se encuentran dentro de la Constitución Política, donde se estipulan los criterios reconocidos para una vida digna, como los son el derecho a la salud, a un medio ambiente sano, a la alimentación, a una vivienda, entre muchos más, además de señalar las disposiciones en las que estos derechos deben de salvaguardarse, sin embargo, es necesario enfocarse en un mismo criterio, centrándose en sintonía con el concepto a abordar; el derecho a la salud dentro de la vida digna.

De manera inicial, se debe definir a la dignidad como un valor interno, basado principalmente en el sentir emocional del ser humano, englobando sus acciones, comportamientos, así como el respeto a la propia persona; Kant señala:

En el reino de los fines todo tiene o un *precio* o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo *equivalente*; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad (Kant, 1785, págs. 47-48).

Al respecto, la autora Mónica Ruiz Esquivel, menciona lo siguiente, “*conservar la dignidad es el deber más relevante de la persona, aún por encima del deber de preservación*” (Esquivel, 2012, pág. 68), lo que interpreta que no basta con preservar la vida humana solo como un proceso biológico, si no que se debe anteponer el raciocinio de cada individuo como sujeto de derecho.

Una vez entendiendo el concepto de dignidad, se debe puntualizar que, su principal enfoque se basa en el respeto personal de una persona hacia sí misma, lo que se traduce en que toda acción que realice debe estar centrada en un bienestar emocional valorativo, así como aquellas acciones en las que se involucre su persona, se vean guiadas por el respeto de su persona e integridad, esto, desde un punto de vista de la dignidad como valor.

La ONU en la DUDH específicamente en su artículo primero, establece, que “*todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros*” (DUDH, 1948), definiendo la protección e igualdad de los derechos humanos, así como de la dignidad.

Adicionalmente dentro de la CADH, se menciona en su artículo onceavo, el derecho a la protección de la honra y de la Dignidad, en el cual se da pauta al amparo y garantía internacional de estos derechos donde el bien jurídico que se ha de tutelar se basa en el decoro de las personas con motivo de garantizar no solo de este derecho si no de aquellos que se involucran dentro de sí, el respeto de la integridad de cada persona.

Por otro lado, a nivel nacional se encuentra la importancia de este derecho plasmado en la CPEUM, específicamente en el artículo primero párrafo último, en donde se establece:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas (CPEUM, 1917, art. 1).

Por consiguiente, en el artículo tercero, fracción II inciso C) de la constitución, se establece que la educación deberá de contribuir con la dignidad de las personas, dando de esta manera el fundamento a la educación con dignidad, y enlazando con sustento en lo antes mencionado que deberá existir el respeto mutuo, y garantizar que no exista ningún tipo de discriminación.

En el mismo supuesto, este se encontrará en otros derechos, como, la vivienda digna, la alimentación, el trabajo, entre otros, todos estos, con un enfoque digno, es así que este describe de manera inmediata su gran importancia que debe ser considerada en el futuro reconocimiento de otros derechos, y que servirán para seguir garantizando un desarrollo personal más decoroso.

Bajo este esquema es que el derecho a la dignidad enfatiza el derecho a la vida y eleva sus alcances, exigiendo así que su reconocimiento englobe no solo las características del derecho en sí, sino que a su vez de aquellos elementos adheridos que complementan su garantía en sociedad y sus alcances humanísticos.

1.3 Salud y Dignidad.

Dentro del derecho a la vida y las disposiciones establecidas en la constitución, se encuentra el derecho a la dignidad humana, el cual funge un papel

muy importante dentro de diversos derechos humanos, de los cuales se retomará fraccionariamente un aspecto de la vida como derecho.

La vida digna como derecho marca puntualmente diversos supuestos que se han de cumplir y como se ha puntualizado, la constitución establece los preceptos que enmarcan los criterios a considerar para esta, aunque no se mencionan textualmente se han de encontrar dentro de diversos artículos, el derecho al trabajo, a una vivienda, a los alimentos e incluso la educación, serían ejemplos de aquellos derechos que complementan una vida con dignidad, sin embargo, la presente investigación, se habrá de centrar de forma específica en la salud, estableciéndose como parte de un derecho a la vida digna, y a su vez con un enfoque humanístico encaminado hacia la dignidad.

Si bien es cierto que la salud se reconoce actualmente como derecho, y se plasma de forma normativa, este es un derecho reciente, indicios muestran que desde la antigüedad ya se hacía mención del mismo, desde la antigua Grecia el padre de la medicina Hipócrates crea los preceptos bajo los cuales se ha de regir la medicina y por ende, la salud de las personas, diversos sucesos dieron como resultado que la salud sea reconocida como un derecho.

Es así que el primer indicio de la salud como un derecho se encuentra en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (COMS), la cual entra en vigor en el año de 1946, instituyendo dentro de su preámbulo lo referente a el derecho a la salud, estableciendo;

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (COMS, 1946, pg. 1)

Este primer apartado se abrió camino a un entendimiento de la salud como derecho, y aunque no daba un marco legal completo, si fue un antecedente importante para el mismo, ya que desde épocas anteriores y en general con las aportaciones de

Hipócrates a los lineamientos médico-éticos se intentaba hacer reconocer la importancia de las prácticas médicas para procurar un estado real de bienestar personal.

Por otro lado, derivado del entendimiento del derecho a la salud, los factores determinarían el reconocimiento del Estado por la protección de este derecho en su carácter independiente.

1.3.1 La salud como derecho garante.

En el año de 1948 gracias a las ONU, finalmente se plasma la salud como un derecho, pues con la promulgación de la DUDH se asentaría que la salud, debería de ser procurada como derecho de las personas para obtener un nivel de vida adecuado, específicamente en el artículo 25 de dicha declaración, por otro lado mencionando que se ha de contemplar para el mismo el derecho a una atención médica, el cual deberá ser garantizado y para ello, implementa los seguros de enfermedad (DUDH, 1948, art. 25), es importante establecer varios criterios de este artículo en específico, ya que si bien es cierto que no especifica a la salud en un sentido amplio, adentra la noción de su importancia en el nivel de vida.

Anteriormente, se habló de la vida digna y como está contempla diversos factores a cumplir para ser considerada adecuada. En este sentido, la misma declaración especifica aquellos elementos precisos a contemplar, mismos que se han reconocido como derechos humanos independientes, básicamente como la unión de dos derechos para formar uno nuevo, los cuales se han de complementarse recíprocamente.

Es importante aclarar que bajo el entendimiento de este primer indicio, se ha de concluir que lo que se busca no es que la sociedad goce de un estado de vida saludable, sino del alcance a los servicios médicos, de cuidados y de medicamentos para su atención salubre, es decir, no se ha de reconocer el derecho para que todas

las personas se encuentren en perfecta salud, ya que el Estado no podría salvaguardar ese aspecto, puesto que la forma de vida de cada persona es diferente y sus hábitos no pueden ser controlados, no obstante, el Estado está obligado a garantizar el acceso a todas las personas de una atención médica, a proporcionar los medicamentos, vacunas y aquellos elementos que propicien el bienestar de la persona.

En este contexto, la promulgación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el año de 1966, implica garantizar a todas las personas la protección de los derechos que este pacto reconoce, formando así la obligación de generar certeza en salvaguardar los mismos, y así de nueva cuenta obligado a establecer bases con las que aseguren el resguardo de aquellos derechos reconocidos.

Específicamente en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se ha de mencionar que el reconocimiento del derecho a la salud no deberá de ser solo de bienestar físico si no que implica a la salud mental como parte del mismo y a su vez obliga a todos los Estados parte a reconocerlo de esta forma (PIDESC, 1966, art.12), además se estipulan cuatro medidas que deberán adoptar todos los Estados que formen parte del pacto, con las cuales se pretende dar paso a los alcances del mismo derecho de la siguiente manera;

Tabla 1:

Medidas sobre el alcance al derecho de la salud.

Libre desarrollo de los niños.	Refiere al desarrollo libre de los niños, incluyendo dentro de este también el proceso de gestación, estableciendo que los Estados deberán velar por la reducción de la tasa de mortalidad en niños y de los productos referentes al periodo de gestación comprendido hasta la semana 20 del
---------------------------------------	--

	embarazo, rescatando el derecho a el desarrollo de la vida como parte del derecho a la salud en las primeras etapas de la vida.
Fundamento a la salubridad dentro del espacio de trabajo y un medio ambiente sano.	Forman parte crucial de la salud, no directa, pero si como factores externos y de los cuales se considera que se deben de cumplir para así lograr el alcance de un Estado en pleno derecho.
Aspectos preventivos en la salud.	Da pauta a los procesos de implementación de medidas preventivas o de ataque en casos de contingencias sanitarias así como las epidemias; los seguros médicos a las personas trabajadoras que derivado de su empleo pudieran desarrollar alguna enfermedad; o aquellos casos aislados como la implementación de vacunas contra enfermedades propensas a desarrollarse, con el objetivo de evitar la generación de estas enfermedades o en su caso combatirlas.
Implementación de las condiciones necesarias para garantizar el derecho a la salud.	Fundamenta la creación de instituciones e instalaciones de asistencia médica.

Fuente: Elaboración propia, con fines académicos; (PIDESC, 1966).

Por consiguiente, aunque puedan parecer derechos aislados, todos estos forman parte de uno mismo y a su vez complementan otros, pues a manera de resumen, se puede decir que el derecho bajo este principio contempla todo lo concerniente al desarrollo de los lugares y factores en donde se desenvuelve para garantizar el acceso a los servicios de salud y atención médica.

Aquellos Estados que aprueban el pacto deberán garantizar a sus ciudadanos la protección del mismo, no solo en un aspecto social donde existan las medidas de prevención y atención médica-sanitaria, si no también hablando de los aspectos socioeconómicos de la población en general.

Bajo un aspecto conceptual, los pactos mencionados han referido los antecedentes para la atención de aquellos derechos humanos intrínsecos de las personas, y como se mencionó, es el Estado quien debe de velar por buscar las alternativas para ofrecer a las personas la seguridad de sus derechos.

Resulta de gran importancia referir lo pertinente a la conferencia internacional de atención primaria de salud, Alma-Ata de 1978, ya que no solo toma los principios mencionados donde la salud es el mayor estado físico-mental posible, si no que se enfoca en la creación de un sistema de atención primaria, donde se ve favorecido el sistema socioeconómico enfocado a la investigación biomédica, educación sanitaria, así como programas de atención, rehabilitación y prevención de enfermedades, lo que podría garantizar un mayor alcance de las personas a los sistemas de atención médica y a su vez al Estado la protección del mismo.

Es así como bajo estos esquemas se reitera la importancia de entender los orígenes conceptuales que engloban los derechos respectivos a la dignidad, vida y salud humana, los cuales, en un futuro abarcarán un espacio importante en para el entendimiento de los estudios tanatológicos con respecto a la aplicación médica de la eutanasia y las responsabilidades a los médicos que la realizan, dando paso a un nuevo derecho denominado, muerte digna.

1.4 Figuras parte en el sector salud

En adelante, es importante tomar en cuenta que los derechos mencionados se ven involucrados dentro del sistema de salud, por lo que es necesario conocer dos figuras importantes que actúan dentro del mismo, la primera como parte

brindadora del servicio y la segunda como parte solicitante y beneficiaria; figuras que mantienen cierta relación y que derivado de ello, surgen responsabilidades para ambas partes.

1.4.1 Personal médico

El primer aspecto importante que se necesita puntualizar es acerca de la conceptualización de médico, así como los principios bajo los cuales se rigen.

Primeramente, el médico se define como:

El profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y con procedimientos sencillos la mayoría de los padecimientos que el ser humano sufre en su vida, desde niño hasta la vejez, con acciones frecuentemente realizadas en el consultorio del médico o en la casa del enfermo. En la última fase de la vida, donde predominan las enfermedades degenerativas que por su cronicidad hacen más necesarios los cuidados permanentes, el apoyo y una buena relación con un médico de familia puede ser la solución sencilla y de bajo costo de la mayoría de estos casos (Sierra & Serrano, 2001, pág. 1).

Por lo tanto, el médico debe de poseer los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para poder atender y diagnosticar a un paciente.

La regulación de esta profesión en México se encuentra ajustada por las diferentes legislaciones y códigos bajo los cuales los médicos se rigen; especialmente dentro de la CPEUM en su quinto artículo, donde se encuentra el fundamento de la misma, pues establece;

Artículo 5º. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, comercio o trabajo que se le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los

derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, si no por resolución judicial.

...

La ley determinará en cada entidad federativa, cuáles son las profesiones que necesitan un título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo. (CPEUM, 1917, art.5)

Bajo este esquema es como se fundamenta el derecho a la libre elección de trabajo, siempre que su procedencia no derive de una actividad ilícita; para los casos en donde la ley estime que sea necesario contar con el título y cedula profesional para su empleo, se deberá atener a lo dispuesto por la ley, puesto que este tipo de profesiones debe de brindar seguridad a los usuarios que el personal que los atienda, en cualquier profesión, cuenta con los conocimientos necesarios así como el título que lo acredite como prestador de aquel servicio; en materia de salud esto no es la excepción, pues con este artículo se da paso a la debida reglamentación de las mismas.

De lo anterior se desprende la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional sobre el Ejercicio de las Profesiones, donde se especifica la relación que se ha de tener entre el campo laboral, así como sus exigencias con base a las normativas aplicables, pues en su artículo segundo transitorio se estipula aquellas profesiones que requieren de un título profesional, de entre ellas la medicina.

Es así como se da paso a la Ley General de Salud (LGS), donde se encuentra la exigencia a contar con el título profesional para desempeñar esta labor.

Artículo 79.- Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, farmacia, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, partería profesional, terapia física, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de

especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la atención médica prehospitalaria, medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, optometría, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. (LGS, 1984, art 79)

Bajo la premisa anterior, se fundamenta que la ciencia de la medicina sólo podrá ejercerse bajo un profesional que cuente con un título que lo acredite como médico y avale sus conocimientos en la materia, dando de esta manera certeza de una atención segura, y profesional; dichos criterios lo definen como parte importante en la sociedad a cargo de ejercer las prácticas médicas, sin en cambio, en el supuesto de que el personal médico no se conduzca bajo los criterios éticos y legales para la aplicación de esta ciencia, se puede crear una falta y derivado de la misma generar una responsabilidad, ya sea de carácter administrativo, o legal.

1.4.1.1 Juramento médico moderno.

El juramento médico moderno, es una declaración en la cual se describen los principios rectores bajo los cuales los profesionales de la salud deben basarse para el ejercicio de sus funciones; el cual se describe de la siguiente manera:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

Otorgar a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen;

Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;

Velar solícitamente, y, ante todo, por la salud de mi paciente;

Guardar y respetar el secreto profesional;

Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

Considerar como hermanos a mis colegas;

Hacer caso omiso de credos políticos y religiosos, nacionalidades, razas, rangos sociales y económicos, evitando que se interpongan entre mis servicios profesionales y mi paciente;

Mantener sumo respeto por la vida humana, desde el momento mismo de la concepción;

Y no utilizar –ni incluso por amenaza- mis conocimientos médicos para contravenir las leyes de la humanidad.

Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho. (Ginebra, 2006, págs. 2-3)

Se crea el Juramento Médico moderno bajo propuesta de la Asociación Médica Mundial (AMM), en el año de 1948, en la ciudad de Ginebra, que contempla ser el reemplazo del Juramento Hipocrático del padre de la medicina Hipócrates de Cos, el cual data de épocas más antiguas; la finalidad del nuevo juramento es adoptar una conducta ética hacia los pacientes y la profesión misma en la actualidad.

Sumado a lo anterior se encuentra el Código Internacional de Ética Médica (CIEM,1949), el cual se define como:

Un canon de principios éticos para los miembros de la profesión médica en todo el mundo. En concordancia con la Declaración de Ginebra, el Juramento del Médico y todo el conjunto de políticas de la AMM, define y aclara los deberes profesionales de los médicos hacia sus pacientes, otros médicos y profesionales de la salud, ellos mismos y la sociedad en general (CIEM, 1949, pág. 1).

Documento que se complementa como un tenor del desarrollo profesional, así como de los principios rectores, además amplía las responsabilidades de los médicos al establecer que *“El médico debe de conocer las normas y estándares éticos, legales y reglamentarios nacionales aplicables, así como las normas y estándares internacionales pertinentes”* (CIEM, 1949, pág. 1), lo que enfatiza el compromiso médico de una práctica adecuada.

Lo anterior quiere decir que el médico deberá de estar informado de todos los aspectos deontológicos que involucren su aplicación, debiendo además de conocer los marcos normativos que rigen a la misma, tanto convencionales y constitucionales, así como sus derivadas; establece que debe de estar pendiente de los estándares internacionales por parte de las organizaciones de la salud que rigen los principios de atención médica; por lo tanto, esto implica que el médico no solo posea los conocimientos teóricos y prácticos, sino que también los marcos legales y éticos en materia nacional e internacional para la atención médica certera y respetuosa.

Por lo que en materia de la aplicación medica eutanásica, *“el provocar la muerte acelerada o anticipada del enfermo destruye la confianza que debe existir en esta relación y puede generar temor o recelo de los pacientes hacia los médicos”* (Sáenz, 2024, pág. 149), siendo así que surge el debate ético-profesional sobre por qué es necesaria la certeza del paciente de recibir atención médica profesional, que no pueda verse contraria al fin último de la medicina.

1.4.2 Paciente

Por consiguiente, arraigado con la figura del personal médico, se tiene a la del paciente, la cual se describe como aquella persona que solicita la atención médica de un profesional de la salud, quien deberá brindarle los cuidados y atenciones necesarios para mejorar su estado clínico.

Jurídicamente, desde el momento en que el paciente solicita la atención médica y es atendido, se crea un vínculo médico-paciente de donde emanan derechos y responsabilidades u obligaciones.

Tabla 2

De los derechos, obligaciones y responsabilidades del paciente.

Derechos	1. Recibir atención médica adecuada. 2. Recibir trato digno y respetuoso. 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. 4. Decidir libremente sobre su atención. 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. 6. Ser tratado con confidencialidad. 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. 8. Recibir atención médica en caso de urgencia. 9. Contar con un expediente clínico. 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. (Salud, 2021)
Responsabilidades	1. Poner atención a su cuerpo y acudir al médico periódicamente, en función de su edad, sexo y antecedentes clínicos. 2. Cumplir con los señalamientos preventivos que emita la autoridad, para conservar la salud en función de su edad, sexo y antecedentes clínicos. 3. Comunicar al médico sus síntomas, antecedentes y cualquier otra información que le sea requerida de manera honesta y lo más específica posible.

-
4. Asistir en tiempo y forma a las citas, tratamientos y estudios que le sean señalados por el médico.
 5. Atender y guardar la información que el médico aporte sobre su enfermedad y tratamiento, momento en el cual podrán ejercer su derecho de ampliar y aclarar dicha información.
 6. Conservar todo documento o material de diagnóstico que le sea encomendado por el médico.
 7. Cumplir con el tratamiento acordado con el médico y en caso de interrupción u omisión, avisar al médico honesta y oportunamente.
 8. Cumplir con los trámites administrativos relacionados al diagnóstico y atención del paciente en tiempo y forma.
 9. Tratar con respeto al personal médico que los atiende, sin que esto signifique menoscabo al ejercicio de sus derechos.
 10. Utilizar las instalaciones, equipos, medicamentos y materiales médicos que se le asignen de forma adecuada, procurando su conservación y aprovechamiento. (Salud, 2021)
-

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en salud; (Salud, 2021)

Al tenor de los datos presentados, se atiende el interés de recibir la asistencia médica requerida, con el deber de preservar la salud y la vida, regido bajo los principios médico-éticos, así como los demás relativos al Juramento Médico, y el CIEM.

Es bajo esta interpretación que los pacientes adquieren la consciencia de su estado de salud, así como del alcance de su tratamiento; lo que significa que en caso de dejar el seguimiento adecuado de su tratamiento, se emite la obligación de

expresarlo con información veraz y sincera al personal médico a su cargo, permitiendo atender a una relación respetuosa y responsable y a su vez, logra resultados más efectivos, procurando una atención médica de calidad, respetuosa, digna y libre de discriminación.

Por lo tanto *“obstaculizar la libre elección de un paciente racionalmente competente si implica una falta a la moral en tanto que se transgrede la humanidad del mismo y se le rebaja a un mero medio para los fines de otros”* (Esquivel, 2012, pág. 89), ya que como se describe, es un derecho del paciente estar informado de su estado de salud y decidir sobre el mismo, advirtiéndole que ignorar la voluntad de un paciente, constituiría una violación a sus derechos y dignidad.

1.4.2.1 Historia clínica.

La LGS en su artículo 77 bis 37, describe los derechos a los que se hace acreedor el paciente como beneficiario, de los cuales, se encuentra un procedimiento que guarda estrecha relación entre los médicos y pacientes, que funge tanto como derecho y obligación; la fracción séptima de dicho artículo especifica el derecho a que el paciente cuente con su expediente clínico; el cual según la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 se define como:

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá de hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (DOF, 2012).

Bajo la interpretación del paciente, esta funge como derecho al acceso no solo de la salud, si no de información, pues obliga a los médicos a llevar un adecuado registro de la atención brindada, así como todas aquellas decisiones, pronósticos, procedimientos, entre otras más actuaciones que se le realicen de acuerdo con las necesidades del paciente, además de que dicho documento deberá de contar con la confidencialidad de la institución o prestador del servicio de salud que lo genere.

Por otro lado, es una obligación de la institución o prestador del servicio médico generar este expediente con base en las normativas éticas y legales bajo las que se rigen, principalmente la LGS, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, donde se especifican las condiciones de la integración, resguardo y uso del dicho documento.

1.5 El estudio de la muerte a través de la tanatología

La tanatología es la ciencia encargada de estudiar el proceso ante y post mortem, para ella, la muerte se define como la terminación de las funciones vitales de un organismo; existen tres funciones elementales que se describen básicamente esenciales para la vida, se les conoce como el trípode de Bichat y contemplan los sistemas involuntarios que sostienen el funcionamiento de nuestro cuerpo y nuestra vida, estas funciones son muy importantes en el estudio tanatológico, pues cada una funge un papel importante el cual complementa recíprocamente a cada sistema, pero para su entendimiento se pueden clasificar de la siguiente manera:

Tabla 3

Trípode de Bichat.

RESPIRACIÓN	FRECUENCIA CARDIACA	ACTIVIDAD NEUROLÓGICA
- Encargada del sistema respiratorio. - Consistente en proporcionarnos el oxígeno necesario para el buen funcionamiento de nuestro sistema.	- Contempla el sistema de vasos sanguíneos que transportan la sangre y el oxígeno dentro de nuestro cuerpo. - Controla nuestro pulso cardiaco.	- Refiere a nuestro sistema nervioso guiada a través de impulsos electromagnéticos que nuestro cerebro controla.

Fuente: Elaboración propia, con fines académicos.

Es importante señalar que son funciones dependientes totalmente para sobrevivir, ya que se encuentran sumamente unidas, lo que quiere decir que el fallo de cualquier sistema ya sea respiratorio, cardiovascular o nervioso, podría llegar a significar la muerte de una persona.

Para el entendimiento de los tipos de muerte es necesario conocer los estudios de la misma y conocer su clasificación clínica: para ello se desprende la siguiente clasificación de muertes clínicas:

Tabla 4

Clasificación de muertes clínicas.

MUERTE APARENTE	Se presenta cuando las funciones vitales de una persona se encuentran al mínimo, lo que puede conducir a la confusión con la muerte, también denominada catatonia, definida además como un síndrome neuropsiquiátrico.
------------------------	--

MUERTE RELATIVA	Referencia a la pérdida parcial de las funciones vitales, también se le denomina agonía; su característica principal se basa principalmente en la posibilidad de estabilizar dichas funciones lo que permitiría que de ser oportunas evitaría la muerte de la persona.
MUERTE CEREBRAL	Es la pérdida irreversible de la circulación neuronal, causando como consecuencia la pérdida de la conciencia y la vida de relación, conocido como vida vegetal; este tipo de estado aún permite que se lleven a cabo las funciones vitales del organismo, sin embargo, sin el control consciente del cerebro.
MUERTE TOTAL	Es la pérdida total de todas las funciones vitales de un organismo.

Fuente: Elaboración propia, con fines académicos.

Ahora bien, la muerte no solo puede ser provocada por los daños en nuestros sistemas, pues no hay que pasar por alto que los estudios tanatológicos diferencian a la muerte en distintos tipos, que en su mayoría contemplan dentro de sus hipótesis aquellos sistemas vitales, así como agentes externos.

La tipología dentro de los estudios tanatológicos define los diversos tipos muertes, así como aquellas causas que las originaron, ya sea internas, que pueden deberse a fallo del organismo y sus sistemas vitales; o causas externas, que referencian a aquellos agentes causales de muerte, tales como armas blancas o de fuego, condiciones climáticas, elementos químicos, etc. como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5

Tipos de muerte.

SÚBITA	Se considera muerte súbita (MS) la que ocurre de manera inesperada dentro de la primera hora desde el inicio de los síntomas o si se produce en ausencia de testigos cuando el fallecido ha sido visto en buenas condiciones menos de 24 horas antes de hallarlo muerto. Algunos pacientes fallecen instantáneamente pero la mayoría tiene algunos pródromos (REC, 1947, pág. 1039).	La mecánica de la muerte súbita es provocada principalmente por una repentina ineficiencia del sistema cardiovascular, de la cual deriva que las funciones que se desempeñan a cargo del funcionamiento adecuado del mismo, no se desarrollen de forma apropiadamente, lo que como consecuencia provoca graves daños a los diferentes sistemas, y eventualmente el sistema cardiaco provoque el paro, causando de esta manera la muerte en una persona en aparente estado de salud.
REPENTINA	Se presenta cuando el motivo del fallecimiento es por causa de alguna enfermedad aguda o crónica, en ella se cuenta con los antecedentes médicos que explican la causa de muerte.	Su estudio toma como relación todos aquellos pronósticos, diagnósticos y/o procedimientos llevados a cabo por los profesionales de la salud, los cuales deben de estar redactados para su debida verificación en el

		historial clínico de cada paciente, con lo que se sustenta la causa de muerte.
VIOLENTA	Definida como <i>“aquella que se debe a un mecanismo suicida, homicida o accidental, es decir exógeno al sujeto, concurren en estas muertes la existencia de un mecanismo exógeno y una persona responsable del mismo”</i> (Sanchez, pág. 1). Este tipo de muertes presentan algún tipo de traumatismo, causado por algún agente externo, el cual se puede presentar en los siguientes supuestos: - Homicidio: Consiste en privación de la vida a otra persona; - Suicidio: El cual se basa en privarse de la vida por sí mismo Y;	Los agentes que causan este tipo de traumatismos son: - Mecánicos: Son causados por diversos agentes a su vez clasificados como punzantes, cortantes y contundentes, así como aquellas lesiones causadas por algún tipo de arma blanca o de fuego. - Físicos: Se producen debido a las condiciones externas como pueden ser las temperaturas altas, bajas, la electricidad o la radioactividad. - Químicos: Estas derivan de aquellas sustancias corrosivas, ácidos, venenos o tóxicos, así como los medicamentos. - Biológicos: Causados por microbios, virus,

	- Accidente: En ella se pierde la vida derivada de una casualidad.	bacterias, así como del consumo de alimentos en descomposición o el de las drogas.
MUERTE NATURAL	La Guía de Actuación en Supuestos de Muerte Natural y No Natural (GASMNyNN, 2018) la define como <i>“El resultado final de un proceso morboso de la patología humana en la que no media una fuerza extraña al organismo y no es posible inicialmente establecer responsabilidad de terceros”</i> (pág. 4).	Esta causa de muerte está determinada por defectos autónomo-funcionales como lo son las enfermedades o el tiempo, en este caso la vejez.
INDETERMINADAS	Se basa en aquella donde no es posible determinar la causa del deceso.	En ella no es posible clasificarla como suicidio, homicidio, accidente o en su caso como natural, ya que aun realizados todos los estudios pertinentes no es posible encuadrarla dentro de algún tipo de muerte, esto puede derivar por el estado en que se encuentra el cadáver, o las condiciones del mismo.

Fuente: Elaboración propia, con fines académicos.

1.5.1 Enfermo terminal y cuidados paliativos

Un aspecto importante por considerar es el estado de un paciente que se encuentra en calidad de enfermo terminal, para ello la LGS en su art. 166 Bis 1, lo define como *“la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses”* (frcc. IV), esto quiere decir que aquel paciente ha sido diagnosticado por algún médico y su esperanza de vida se encuentra determinada de manera limitada ya que bajo las condiciones de salud en las que se encuentra no existe tratamiento alguno que permita su recuperación.

Por otro lado, esta misma ley define que la enfermedad terminal es *“todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses”* (LGS, Art. 166 Bis 1, Frcc I), lo cual se interpreta como aquella condición médica, evaluada por un profesional de la salud, quien ha determinado que la evolución de dicha enfermedad es constante y no puede ser revertida, derivado de que, una vez agotadas las alternativas médicas, no se haya logrado con éxito un tratamiento curativo, por lo que el pronóstico de vida esperado.

Los términos anteriores son necesarios, pues no se habla de algún tipo de muerte en particular, las condiciones de los enfermos terminales aún les permiten sentir, ser conscientes de su estado y razonar del mismo para tomar decisiones referentes a los cuidados y tratamientos sujetos a su condición, propuestos por el personal médico a su cargo.

Esta condición de los enfermos abre paso a los cuidados paliativos definidos como *“el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales”* (LGS, Art. 166 Bis 1, Frcc. III), los cuales son un derecho que tienen los enfermos en estado terminal con la finalidad de aliviar el

sufrimiento físico, así como emocional de la persona interna en aquellos casos donde el paciente se encuentre padeciendo de alguna enfermedad terminal.

Este tipo de enfermedades mantienen al paciente en un estado de indefensión, que les causa un dolor inmensurable y que bajo todo pronóstico se determina que no existe cura y por ende se establece un periodo de vida, es en este momento donde se le aplican los cuidados paliativos como medida para controlar los padecimientos que acarrearán dichas enfermedades para evitar el mayor sufrimiento posible a los pacientes.

1.6 Antecedentes de la eutanasia

La aplicación médica de la eutanasia, aun en estos días, se encuentra en gran debate, aquella acción del médico para quitarle la vida a un enfermo terminal para muchas personas resulta en un grave atentado contra la dignidad de los enfermos, y por otro lado muchas personas están de acuerdo que dicha práctica resulta favorable en la garantía de una muerte digna, desde siempre, esta práctica no fue aceptada del todo y su debate continúa desde épocas anteriores a la actualidad.

Para entender los motivos que determinen su aplicación y a su vez la prohibición de la misma en diferentes Estados de la Nación Mexicana se ha de remitir a una época anterior para poder conocer los orígenes de la eutanasia, debiendo iniciar desde la antigua Grecia, y es que, a pesar de no tener registros claros de la aplicación de la eutanasia en aquel entonces, se puede deducir dado a la prohibición del suicidio en dicha época.

El fundamento más notorio se encuentra entre los años 460 a 370 A.C. donde Hipócrates de Cos quien fuese un reconocido médico de la época, y además considerado el padre de la medicina, redacta en el llamado *Juramento Hipocrático*, los lineamientos éticos en los cuales los médicos deben basarse para el ejercicio de

su profesión, lo cual resulta relevante ya que entre dichos principios se encontraría aquel fundamento que referiría a la administración eutanásica del médico a un paciente, describiendo; “*No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia*” (Gual, 1993, pág. 72).

La prohibición del médico para la aplicación eutanásica, en aquel entonces ya se determinaba para que el interés superior de la ciencia médica se basará en la vida humana, aunque la práctica sea distinta; el deber ser era respetar la letra de dicho juramento e incluso debiéndose basar en diversos preceptos como lo son aquellos que el mismo Hipócrates define, entre ellos el principio *PRIMUM NON NOCERE* lo que se traduce como *sobre todo no hacer daño*, dejando en un estado de doble filo al médico ya que cualquier intervención clínica implica algún tipo de daño o lesión.

Esta percepción no fue del todo en favor humanitario pues se cree que muchos médicos de la época facilitaron la muerte de sus pacientes administrándoles algún tipo de droga o sustancia, de entre las comunes el *opio* y la *cicuta*, ejemplo de esto es la muerte del filósofo Sócrates donde luego de ser sentenciado a muerte por múltiples delitos, muere envenenado a causa de una infusión de cicuta, una planta altamente venenosa; lo interesante de este caso es que dicho método era considerado en la época como uno de los menos dolorosos y su preparación demandaba una dosis precisa.

Estos indicadores de la época muestran que, a pesar de los principios éticos impuesto en el juramento, ya existía el interés de algún tipo de sustancia que causara una muerte sin dolor, que aunque no tendría los fines que ahora se buscan, darían inicio a la práctica eutanásica.

Durante este mismo periodo el filoso Platón aprueba la eutanasia cuando menciona en su libro *la república*.

- ¿No tendrás, pues, que establecer en el Estado, junto con esa judicatura, un cuerpo médico de individuos como aquellos de que hablábamos, que cuiden de tus ciudadanos que tengan bien constituidos cuerpo y alma, pero, en cuanto a los demás, dejen morir a aquellos cuya deficiencia radique en

sus cuerpos o condenen a muerte ellos mismos a los que tengan un alma naturalmente mala e incorregible? (Platón, pág. 94)

La perspectiva de Platón resaltaba principalmente de su interés filosófico donde el alma de las personas era el eje central de atención, es por ello que el planteaba que la muerte de aquellas personas que carecían de un alma valorativa no resultaría antimoral, su perspectiva entraña los aspectos filosóficos de la ética del médico, ya que desde esta perspectiva al permitir la muerte de un paciente o en su caso provocarla no resultarían en un dilema, pues las personas tendrían que ser juzgadas con base en el valor de su alma, medida con el bienestar físico de la persona.

Es interpretativo, pero bajo el entendimiento que platón plasma en su libro, pretende generalizar desde un aspecto filosófico que aquellas personas que no se encontrasen bien en su estado de salud mental, físico y espiritual, se les permita a los médicos abstenerse de su atención y evitar los tratamientos que retrasen una muerte inminente.

1.6.1 La ética en la medicina y su aplicación

Durante algunas épocas la postura acerca de la eutanasia como un método que permita una muerte sin dolor seguía siendo sin ser aceptada, sin embargo, los avances médicos continuaron y abrieron paso a su entendimiento, pues en el siglo XIX se emplea un nuevo termino que precede a la eutanasia, ya que durante estos años se comienza a estudiar los componentes médicos que darían paso a la modernidad médica y a su vez a lo que hoy se conoce como anestesiología.

El éter y el cloroformo fungieron como fármaco administrados vía inhalatoria, cuya función se comenzó a investigar por el dentista Estadounidense William T.G Morton (1846) quien utilizó el éter como un medicamento para aliviar el dolor, y James Young Simpson (1847) quien propone utilizar el cloroformo como un método de anestesia para los partos sin dolor, eso sin duda marco el inicio moderno de la

medicina y el interés por su práctica al implementar métodos que reduzcan el dolor de los pacientes, tal como sucedió con la anestesiología, de esta manera se abrió gran debate por parte de algunos médicos, al interrogar la cuestión de la muerte sin dolor, pues el fin tendría similitud con la anestesia.

Posteriormente, en la década de 1870 se propone el uso de métodos médicos que faciliten una muerte sin dolor, Samuel D. Williams ensayista inglés en su ensayo *Euthanasia* escribe: “... en todos los casos de enfermedad terminal y dolorosa, debería reconocerse el deber del asistente médico, siempre que así lo deseara el paciente... de eliminar de una vez la consciencia y proporcionarle una muerte rápida e indolora” (Jonsen, 2003, pág. 105), proponiendo de esta manera uno de los primeros argumentos en favor de la práctica eutanásica para una muerte sin dolor.

La percepción del ensayista Samuel D. Williams acertaba principalmente en evitarle el sufrimiento a aquellos pacientes que así lo solicitaran, haciendo mención que serían los médicos quienes podrían realizar dicha práctica y a pesar de no ser aceptado, influyó en la perspectiva de muchos médicos acerca de la eutanasia, así surgieron diferentes debates sobre su utilidad en la medicina moderna que pretendía la comprensión de una muerte indolora.

No fue hasta el año de 1935 que se da el primer indicio jurídico que interviene con la práctica eutanásica; Campaign For Dignity In Dying (CFDID) en Reino Unido es una asociación que pretende promover la muerte sin dolor a petición del paciente, su objetivo era implementar en las normas el derecho a una muerte con dignidad; a pesar de no ser aceptada jurídicamente, se vuelve una campaña importante contra la lucha de la muerte digna, y abre paso a otras sociedades alrededor del mundo con el objetivo que permitir la elección de muerte por eutanasia (CDID, 2006).

Durante la segunda guerra mundial en el año 1939 el político militar Adolf Hitler autoriza que se cree un programa de eutanasia yT4 también conocido como eutanasia involuntaria, el cual era un programa que se encontraba dirigido a aquellas personas con discapacidades mentales y físicas.

El fin de este tipo de aplicación eutanásica bajo la aprobación del político militar Adolf Hitler se fundaba principalmente en la muerte de aquellas personas que padecieran de alguna enfermedad mental, o padecieran de alguna discapacidad física, pues la perspectiva nazi se basaba en el perfeccionismo de su nación.

La implementación de estas técnicas de aplicación eutanásica durante la segunda guerra mundial por parte de los nazis fue un punto declive para la legalización de la eutanasia, pues diversos médicos comenzaron a cuestionar la ética de su aplicación médica, concluyendo que tal como sucedió con el partido nazi esta atentaría en contra de los derechos humanos, y que su aplicación sería antiética.

Es así como el debate de si la eutanasia debiera de ser permitida se mantuvo en un conflicto ético y humanitario; no obstante, bajo el surgimiento de los avances médicos y las nuevas alternativas para postergar la muerte de las personas con alguna enfermedad terminal, se reabre el debate de su implementación dando paso a nuevas figuras médicas para la aplicación eutanásica.

El abogado Luis Kutner propone por primera vez en el año de 1969 la figura le *Living Will* o *testamento vital*, figura que permitía a los pacientes expresar su voluntad de manera anticipada en un documento, en caso de llegar a padecer una enfermedad terminal que les impidiese expresarlo con posterioridad; dicho documento contemplaría su voluntad respecto a negarse a recibir la atención médica o tratamiento en su proceso terminal; la figura le *Living Will* se toma como base para crear la figura de voluntad anticipada que con posterioridad las diferentes naciones adoptarían dando paso a la legalización de la eutanasia en diferentes países.

Es así como la lucha por el reconocimiento legal de la figura de la eutanasia marco sus inicios, pues dio pauta a qué diversos países en adelante regularán dentro de sus normativas el derecho a una muerte con dignidad, de ahí la importancia de los conceptos y derechos puntualizados, desde cómo surge la idea de conceptualizar aspectos como la vida, salud y dignidad hasta volverlos derechos humanos garantes y protegidos a nivel internacional, lo que permitió abrir nuevas posibilidades en la práctica médica y los estudios tanatológicos.

CAPÍTULO SEGUNDO

2. MARCO JURÍDICO CONVENCIONAL Y CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA.

SUMARIO

2.1 Marco convencional. 2.1.1 Carta de las Naciones Unidas. 2.1.2 Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). 2.1.3 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). 2.1.4 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). 2.1.5 Asociación Médica Mundial (AMM). 2.1.6 Organización Mundial de la salud (OMS). 2.1.7 Postura legal de la eutanasia en los diferentes países. 2.2 Marco constitucional. 2.2.1 Salud como Derecho Humano en la Constitución. 2.2.2 Ley General de Salud en coadyuvancia del Código Penal Federal frente a la eutanasia.

2.1 Marco convencional

La eutanasia, entendida como la acción del médico hacia el paciente para quitarle la vida con el fin de aliviar el dolor insoportable que se encuentra padeciendo, plantea un gran reto jurídico, ya que su aplicación se encuentra en gran debate alrededor del mundo, pues son solo algunos países los que han regularizado el tema y han permitido la antedicha aplicación bajo estrictas normativas, sin embargo, a pesar de la distinción normativa de cada país referente a las prácticas eutanásicas, todos velan por algo en común; el estricto interés por la protección de los derechos humanos reconocidos en todos aquellos instrumentos jurídicos internacionales.

De lo anterior, se puede decir que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), es el principal instrumento jurídico convencional adoptado por diversos países miembros, en él, se han de reconocer los derechos fundamentales, como lo son el derecho a la vida, a la salud, a la dignidad, así como los relativos a la protección de la integridad de las personas, implementando de esta manera, que son aquellos tratados emitidos por la ONU, los que rigen los fundamentos para la creación, aplicación y ejecución de normativas que delimiten los alcances que tienen los mencionados derechos, así como las sanciones a los mismos en caso de violación.

Además, este organismo funge como elemento importante para la interpretación jurídica de los diversos países sobre la legitimación de la muerte digna como un derecho, así como los parámetros sancionatorios de las acciones ilícitas que conlleva en caso de su prohibición, pues su implementación interviene en la delimitación de los alcances jurídicos en materia de derechos humanos en las diferentes normativas de cada país.

Paralelamente, desde la incorporación de México a esta organización, se han reafirmado los compromisos de este país hacia una promoción, garantía y protección de los derechos humanos reconocidos como Estado miembro de la ONU, lo que no solo implica la obligación de velar por estos, sino que además, atrae una responsabilidad a la regulación del derecho interno, donde se apliquen los estándares éticos y políticos internacionales en materia de derechos humanos, reconociendo y aplicando dentro de la legislación los diversos tratados, declaraciones y pactos convencionales de los que forma parte.

2.1.1 Carta de las Naciones Unidas

De manera inicial, es necesario conocer que la nación mexicana funge como país miembro de la ONU, de donde se desprende la Carta de las Naciones Unidas, la cual es un tratado firmado el día 26 de junio del año de 1945 en San Francisco, Estados Unidos, mismo que entró en vigor el día 24 de octubre de ese mismo año; este es un instrumento jurídico internacional creado con diversos propósitos descritos de la siguiente manera:

1. Mantener la paz y la seguridad internacionales, y con tal fin: tomar medidas colectivas eficaces para prevenir y eliminar amenazas a la paz, y para suprimir actos de agresión u otros quebrantamientos de la paz; y lograr por medios pacíficos, y de conformidad con los principios de la justicia y del derecho internacional, el ajuste o arreglo de controversias o

- situaciones internacionales susceptibles de conducir al quebrantamiento de la paz;
2. Fomentar entre las naciones relaciones de amistad basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, y tomar otras medidas adecuadas para fortalecer la paz universal;
 3. Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión; y
 4. Servir de centro que armonice los esfuerzos de las Naciones Unidas por alcanzar estos propósitos comunes. (Naciones Unidas, 1945, art.1)

Estos propósitos son plasmados para definir el por qué fue creado dicho tratado, pues estos sirven como principios rectores para que, dentro de la organización, todas las actividades y órganos de desarrollen en conjunto con objetivos en común, como los son; procurar la paz, la seguridad, la cooperación y respeto de los derechos humanos, con base en la ética y jurídica que como países aceptan al formar parte de la ONU.

En contraste, una vez entendida la importancia de los principios donde se sustenta la cooperación internacional para la solución de conflictos económicos, políticos, culturales y humanitarios, resulta importante realizar un análisis del reconocimiento de los derechos fundamentales dentro la misma, pues se ha de establecer en el artículo 55 dicha promoción a los derechos humanos y libertades fundamentales, estableciendo lo siguiente:

Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la organización promoverá:

1. Niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social;
2. La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y **sanitario**, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y
3. El respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales, sin hacer distinción de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades. (Naciones Unidas, 1945, art.55)

La promoción efectiva de este artículo busca establecer los objetivos de participación universal que expide la ONU, bajo el compromiso del desarrollo y cooperación de los Estados hacia los derechos humanos, para el alcance de la paz y seguridad internacional.

Bajo un alcance más amplio a lo previamente establecido, se encuentra que el artículo consecutivo establece como propósito la obligación de los Estados miembro de la ONU, para que en conjunto con la cooperación internacional puedan alcanzar los objetivos planteados de dicho tratado, estableciendo que *“Todos los Miembros se comprometen a tomar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para la realización de los propósitos consignados en el artículo 55”* (Naciones Unidas, 1945, art.55).

Esto establece la relación vinculante de los Estados que voluntariamente ingresan como países miembro, lo que los a su vez, significa que existe este compromiso jurídico y político de la participación constante en temas de interés sobre derechos humanos, así como adoptar las políticas, programas y leyes que permitan el alcance de las metas de la Organización, ya sea mediante acuerdos multilaterales o mediante medios de derecho interno en la aplicación de leyes, reformas o políticas públicas que permitan promover el respeto por los derechos humanos.

Finalmente, el artículo 103 establece: *“En caso de conflicto entre las obligaciones contraídas por los Miembros de las Naciones Unidas en virtud de la presente Carta*

y sus obligaciones contraídas en virtud de cualquier otro convenio internacional, prevalecerán las obligaciones impuestas por la presente carta” (Naciones Unidas, 1945, art.103).

Lo que en contexto, es establecido con respecto a la superioridad jurídica que contiene esta carta sobre otros tratados; se debe a su compromiso con el interés colectivo de mantener un estado de paz, cooperación internacional y derechos humanos, así como, que cada país que funge como miembro se compromete al cumplimiento de los términos establecidos por la misma, lo que significa que los Estados miembros deberán de acatar las resoluciones establecidas en ella sobre las de otros tratados.

2.1.2 Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)

Una vez conociendo la importancia que ostentan las Naciones Unidas para con los Estados, nace la necesidad de crear diversas legislaciones que complementen los objetivos en común de los países, de ahí que se desprendan diversos tratados, convenios, pactos que contribuyen a las normativas respecto a los derechos humanos.

La DUDH se ha vuelto la base principal en cuanto a los derechos fundamentales, pues, es el marco normativo que los ha de definir por primera vez, y es de donde surge la idea de la protección de dichos derechos con perspectiva libre e igualitaria en dignidad, desglosando en sus diversos artículos las diferentes garantías que han de poseer, asimismo se crea con base en esta protección, la idea de nuevos derechos nacientes, entre ellos, el derecho a una muerte digna; esto, bajo el precepto de que se deben de encontrar en pleno ejercicio y a su vez deberán de gozar de dignidad.

Es así que la DUDH establece en su artículo primero que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y*

conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (DUDH, 1948, art 1). Lo que se interpreta como el reconocimiento de la dignidad humana como un valor esencial y personal, que cobra fuerza desde el nacimiento de cada ser humano, lo que implica que ha de prevalecer durante el desarrollo de la persona y todas las etapas que en ella conlleva.

Bajo este análisis, es que la estrecha relación de los diferentes derechos con la dignidad se da principalmente en el de la vida, lo que visto desde otro ángulo no se limita solo a las características que conlleva en sí el derecho, sino que contempla cada etapa del mismo; lo que significa que se puede considerar a la muerte como parte de este derecho y que está funge como parte de la vida, generando como consecuencia que al establecer como base el reconocimiento de la dignidad, del cual todas las personas gozaran de manera libre e igualitaria, se permitirá así la interpretación de que dicha libertad pueda ejercerse incluso en el la decisión de la muerte.

Esta idea puede resultar contraproducente cuando se menciona que *“todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”* (DUDH, 1948, art.3), dando a primera vista el entendido de protección de la vida con libertad y además, otorgando la seguridad de su cumplimiento, lo que permite agregar que dentro de la seguridad se puede contemplar el bienestar físico, así como emocional de la persona.

Es en este sentido, si el derecho protege tanto a la libertad como a la seguridad física y emocional, cobra sentido el hecho de que a falta de ellas se de origen la libre elección de la muerte sin dolor por consentimiento propio, generando así la responsabilidad ética y jurídica de los Estados para garantizar que las personas puedan ejercer el pleno goce de su derecho a la vida y contemplar dentro de este a la muerte en el mismo sentido aplicativo que otorga la seguridad jurídica del respeto por la dicha etapa.

En el entendido de esta posibilidad, al contemplar a la muerte como objeto de interés jurídico que vela por el decoro de las personas en su lecho de muerte, cobra sentido

que bajo ciertas características puedan considerarse como violatorias, pues desde el punto de vista deontológico no se admite la práctica de permitir la muerte como una acción éticamente correcta, sin embargo, mantener la vida a costa de la dignidad también resultaría violatoria de derechos.

La misma declaración menciona que “*nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*” (DUDH, 1948 art 5), por lo que se actualiza el sentido de que preservar el derecho de la vida sobre el interés de la libertad y seguridad que se describen dentro de la declaración, puede considerarse como un trato degradante de la dignidad de la persona, ya que como se mencionó, la muerte no solo se ve desde el entendido biológico, sino que se comprende como una etapa en la que deben de prevalecer los intereses éticos y jurídicos de la persona, asimismo otorgando la garantía de protección ante los tratos inhumanos.

En consecuencia, dentro del artículo quinto de la DUHD, se protege plenamente a las personas frente a cualquier forma de sufrimiento que menoscabe su dignidad, libertad y seguridad; en adición, este interés se ve avalado a la letra del artículo doce estableciendo, “*nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.*” (DUDH, 1948, art 12).

Este principio reconoce la integridad de la esfera íntima de cada persona, y por ende, de las decisiones personales de cada ser, lo que tiene como objetivo garantizar que no se vulnere la autonomía permitiendo un control externo, básicamente se adentra en el reconocimiento del derecho a la vida privada, dentro de lo que implica la toma de decisiones personales sin la interferencia de ningún tipo de órgano, Estado o incluso creencia religiosa, por lo que se fundamenta la toma de decisiones íntimas, como lo son las respectivas a la terminación de la vida.

Ahora bien, el sentido de los aspectos no se limita concretamente a lo referenciado, pues implica, que además de tener un nivel de vida adecuado, debe estar presente la existencia de diferentes condiciones generales que constituyen una vida digna,

de ahí la importancia de una interpretación más fundamentada con base en diferentes declaraciones, convenios etc., que lo amparen, así como los alcances de la misma.

2.1.3 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)

Derivado de los intereses con respecto a los derechos humanos, se crea el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), bajo el ideal del reconocimiento de la dignidad como parte intrínseca de las personas, en ella se refiere nuevamente lo concerniente al derecho a la vida digna, además de la prohibición a la tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes que se desarrollaron anteriormente; permitiendo un enfoque en un apartado distinto que fundamenta el interés jurídico de la muerte con perspectiva digna.

De manera inicial, dentro del pacto se ha de citar el artículo 17, el cual refiere lo siguiente:

1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.
2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques. (PIDCP, 1966, art 17)

Bajo el primer párrafo de este artículo refiere que nadie podrá ejercer ningún tipo intromisión que menoscabe en la dignidad de las personas, lo que en un primer momento amplía la protección de la vida privada; implicando que las decisiones que se tomen con respecto a ella sean libres y no se vean comprometida por ninguna persona, institución o Estado que damnifiquen en la autonomía de este derecho.

Importante mencionar que la autónoma funge como aquel principio que permite a las personas la libre toma de decisiones sobre su existencia, que no solo complementa la vida privada, pues permiten la libertad como derecho en las

decisiones íntimas de cada persona, por otro lado, referente a las injerencias legales es interpretativo pero no limitativo, ya que las leyes sí pueden interponerse pero deben de cumplir ciertos criterios legales para hacerlo, lo que significa, que si en la toma de la decisión de la muerte sin dolor, se interviene mediante el marco legal, este deberá estar debidamente fundada y motivada para no ser violentadora de los derechos fundamentales.

Ya que como menciona el segundo párrafo de dicho artículo, es que la ley debe apegarse a los principios de legalidad, legitimidad y proporcionalidad que eviten la arbitrariedad y por lo tanto se vuelva contraria a los derechos reconocidos por los países parte, lo que exige a los Estados, brinden mecanismos de control constitucional que eximan o minimicen los riesgos de ataques a la dignidad de las personas.

Lo que reitera, que referente a la libre toma de decisiones con apego a la dignidad y privacidad, se encuentra un apartado referente a la libertad de pensamiento, que bajo el enfoque de la muerte digna y con base en un análisis profundo; deriva que dicho derecho puede resultar ético y jurídicamente factible con respecto a los intereses de la autonomía en la toma de decisiones personales, privadas y libres.

Por consiguiente, el artículo 18 en su primer párrafo menciona que *“toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión...”* (PIDCP, 1966, art 18), reafirmando así lo concerniente a la libertad de pensamiento y conciencia, que implica, no solo, como lo menciona el artículo, la libertad de profesar la religión que uno desee, sino que también puede inferir en la postura respecto a los intereses personales del final de la vida, tomada con base en la determinación de la conciencia personal e íntima.

Este apartado, da pauta a que las personas, durante cada etapa de su vida se desarrollen en plena libertad moral, cognitiva y ética, de acuerdo con sus propias convicciones, así como con la autonomía de creencias que intervienen en las decisiones personales respecto a la vida y muerte, lo que impide a los Estados

interponer una visión distinta a las creencias personales, que determinan la libertad de conciencia.

Aunado a lo anterior el artículo 26 menciona:

Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (PIDCP, 1966, art 26)

Principalmente se habla de la igualdad ante la ley, lo que implica que todas las personas recibirán el mismo trato, y no habrá privilegios, ni exclusiones de ningún tipo; el acceso a los diferentes derechos no se verá obstaculizado por ningún tipo de factor social, involucrando de nueva cuenta la autonomía personal a la que todas las personas deberán tener acceso, y que su alcance será aplicado a todos de manera igualitaria, incluyendo a aquellas personas que se encuentran en condiciones físicas o de salud en estado terminal, que quieran poner fin a su dolor.

En un segundo momento, hace referencia a la no discriminación por orígenes, creencias, condiciones sociales, etc. lo que incluye a todas aquellas personas con discapacidades que estimen la decisión del final de su vida, lo que de cierto modo debe de exigir a las naciones que deroguen aquellas leyes que se estimen violatorias de este derecho y por otro lado a la creación que aquellas que valoren las necesidades de la sociedad con respecto a sus intereses jurídicos.

2.1.4 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

Bajo el tenor que se ha mencionado, es que dentro de los pilares fundamentales del marco jurídico internacional por el reconocimiento y protección de los derechos humanos, se ubica junto al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, como la base intrínseca de este reconocimiento.

Al respecto, el PIDESC aunado a lo mencionado por el PIDCP, ha de reconocer diversos derechos que se diferencian por ser progresivos dentro de cada Estado, pues dentro de este pacto se debe reconocer y garantizar aquellos derechos esenciales que buscan mejorar la calidad de la vida, siendo así adecuadas y justas.

Con base en lo anterior, primeramente se delimitará lo referente al punto uno del artículo segundo del pacto, el cual refiere:

1. Cada uno de los Estados Parte en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr **progresivamente**, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos (PIDESC, 1966, art 2).

Es muy importante mencionar este apartado ya que determina los alcances que el Estado debe tener para con los derechos fundamentales, así como sus obligaciones respecto de los mismos.

En un primer momento se determina la importancia de la *progresividad*; que un derecho sea progresivo describe que el mismo debe de ampliarse gradualmente, lo que significa, que el Estado debe de adoptar las medidas necesarias para lograr un cumplimiento efectivo de los derechos humanos reconocidos, imponiendo que deberá de utilizar el máximo alcance de los recursos para que esta condición se aplique en sus diversos sentidos.

Por otro lado, se refiere la cooperación internacional como medida adicional para el cumplimiento de un derecho progresivo, ya que se reconoce que algunos Estados

pueden llegar a necesitar de la asistencia de otros para poder implementar estos derechos.

En consecuencia, es que los Estados deberán de esclarecer los elementos que determinen el tiempo de acción de un derecho, atendiendo a las necesidades económicas, sociales y culturales de esta, ya que no puede ir en retroceso ningún derecho.

En este contexto, el derecho a la muerte digna se desprende de un conjunto de derechos, como el derecho a la vida, dignidad, libertad y privacidad; lo que describe un derecho progresivo, mismo que es muy importante para el análisis del derecho a la muerte.

Bajo otro orden de ideas, se encuentra lo concerniente a el derecho a la salud, ubicado en el primer párrafo del doceavo artículo del PIDESC, el cual menciona que *“los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* (PIDESC, 1966, art 12). Es trascendental, pues este derecho no se limita a las atenciones médicas si no que determina los factores que coadyuven el más alto nivel posible del mismo, lo que abre el espacio a la determinación Jurídica de la importancia de un derecho a la muerte digna garante y libre de responsabilidad.

Este derecho determina que existen factores que los países deberán de adoptar para efectuar el mejor cumplimiento de la protección y garantía de este derecho; parte fundamental es que su interpretación resalta los elementos necesarios para sustentar el derecho a una muerte digna.

2.1.4.1 Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Observación no.14).

Como parte del PIDESC se encuentra el órgano denominado Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de 1985, encargado de

supervisar la aplicación del PIDESC por parte de los Estados, los cuales deberán de rendir informes periódicos acerca de sus derechos Económicos, Sociales y Culturales; lo que por consiguiente el CDESC los examinará y auxiliará a los Estados al cumplimiento de sus obligaciones, detallando observaciones referentes a lo estipulado por el pacto para que no se afecte ningún derecho.

Del comité, se encuentran 26 observaciones que detallan los contenidos de diversos artículos, al respecto, resulta interesante desglosar lo que menciona el comité dentro de su Observación General Número 14, respecto al derecho de la salud.

Como punto de partida el CDESC menciona:

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud (CDESC, 1985, pág. 2).

Por lo anterior, el pleno goce de un derecho reside con relación a otros diversos que determinan el contexto adecuado para el ejercicio del mismo; lo que no solo implica alcanzar el más alto nivel de salud, si no por el contrario, determina los elementos o derechos que se deben de cumplir en el trayecto, para que se permita acceder a ese nivel que describe el pacto, quedando de esta manera como factores condicionales de la salud como derecho, tanto física y mentalmente.

El ejercicio de este derecho no es limitativo sólo a las condiciones del estado físico de una persona, si no que introduce una serie de elementos característicos del contenido normativo sujeto al derecho a la salud.

Para ello la CDESC describe lo siguiente:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud (CDESC, 1985, pág. 3).

En consecuencia, la interpretación cambia su enfoque al determinar las libertades como mecanismo de acción, ya que toma en cuenta las decisiones independientes sobre las condiciones del tratamiento de este derecho y a su vez determina un espacio más amplio de protección a la toma de decisiones respectivamente del estado físico de una persona, determinado los elementos de acción del mismo, que se enlistan de la siguiente manera por el comité:

Disponibilidad. Cada Estado parte deberá de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas...

Accesibilidad. ... presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados...
- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): ... los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos

o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos...

- iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud...

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que **sensibles a los requisitos** del género y el **ciclo de vida**, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y **servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico** y ser de buena calidad... (CDESC, 1985, págs. 4-6)

Esto establece que el derecho a la salud debe tener una visión además de biomédica, respetuosa, accesible, asequible y aceptada lo que también se conoce como *criterios AAAQ*, con los cuales se determina que no solo existan estos elementos de salud, sino que se encuentren al alcance de todas las personas, se respeten sus valores y se cuente con un esquema de ética, dignidad e igualdad; a su vez demanda que el derecho sea una garantía integral y exigible ante el Estado.

Se demanda de esta manera que el Estado vea por los intereses garantados de este derecho, bajo diversas obligaciones sujetas, mismas que estimaron los estatutos que permitan alcanzar el máximo grado de salud, al respecto de ello es el mismo comité quien determina cuáles serán estas obligaciones y que precisarán cada una respectivamente bajo el esquema tripartita que define; respetar, proteger y cumplir.

En este sentido, el comité clasifica dentro de la división de obligaciones, los alcances de cada Estado para con el derecho, determinando las medidas a las

cuales deberán sujetarse cada uno de ellos, así como evaluar los criterios jurídicos adoptados y exigir su cumplimiento.

Bajo este contexto, se desarrolla con base en el derecho a la salud, primeramente, la obligación de *respetar* la cual “*exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud*” (CDESC, 1985, pág. 13), y es bajo este entendido que se establece la prohibición del Estado para actuar deliberadamente frente a acciones médicas, y a su vez, sujeto a la prohibición de imponer restricciones arbitrarias al acceso del derecho a la salud, a obstaculizar la provisión de servicios de salud alternativos, la discriminación al acceso de la salud y finalmente a negar o limitar el acceso a servicios preventivos, curativos, paliativos y de atención médica en general.

En segundo término, establece la obligación de *proteger*, la cual describe “*Las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros*” (CDESC, 1985, pág. 14); facultando las obligaciones estatales para salvaguardar este derecho, optando por la aplicación de medidas que coadyuven los intereses jurídicos, aplicando mediante normativas, los fundamentos necesarios para evitar la vulneración del derecho en sus distintas vertientes tanto de aplicación, como aquellas de carácter discriminatorio e informativo.

El tercero terminó recae en la obligación de *cumplir*, en donde se “*requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud*” (CDESC, 1985, pág. 13), lo que determina que el Estado deberá adoptar dentro de sus posibilidades, aquellos mecanismos que faciliten el acceso a la salud de la población, debiendo implementar infraestructura, abastecimiento de medicamentos y atención médica, así como campañas de acceso a información salubre; mediante la aplicación de leyes, reglamentos o políticas públicas.

Bajo este orden de ideas, es que el comité establece lo consagrado por el artículo 12 del PIDESC como un derecho fundamental, integral e independiente, el cual

abarca los principios sociales, económicos y culturales del derecho a la salud; instaurando los mecanismos de acción que cada Estado debe de adoptar para el control garante del mismo, que incluye desde su respeto, protección y cumplimiento, bajo los medios de acceso a los servicios médicos, de salud, medicamentos, atención e información con el objetivo de salvaguardar este derecho humano.

2.1.5 Asociación Médica Mundial (AMM)

Ante las necesidades sociales y bajo el principio de progresividad del derecho, es que se crean diversas asociaciones, tal como lo es la Asociación Médica Mundial (AMM), misma que fue creada al siguiente tenor:

La Asociación Médica Mundial fue fundada en septiembre de 1947, días después de los juicios de Nuremberg por los abusos de la medicina en los campos de concentración y las actividades de eutanasia en la Alemania Nazi. Aunque la magnitud de lo ocurrido durante la Segunda Guerra Mundial sea extrema, el mal uso del conocimiento médico sigue existiendo hoy en día en gran parte del mundo. (AMM, 1947)

Referente a la postura ética a la cual se adentra el estudio desglosado de los derechos inherentes a las personas respectivamente de la salud, vida y dignidades que; La Asociación Médica Mundial (AMM) surge del desgaste médico-ético que se llevó a cabo durante el periodo de la Segunda Guerra mundial, donde llevaban a cabo las prácticas eutanásicas con fines meramente políticos y no de salud, es por ello que esta asociación es determinante al rechazar la postura de una eutanasia dentro de su declaración de octubre de 2019 sobre la Eutanasia y Suicidio con ayuda médica.

La ética de las acciones médicas con relación a los derechos puede determinar una postura convaliente a la eutanasia aún bajo su firme oposición, pues no determina la prohibición, si no que, hace brecha a un derecho relacionado con la libertad de

conciencia del médico, aunado a lo referente con los diversos derechos involucrados en la misma en los cuales recaen dos aspectos fundamentales, el médico y el paciente, cada uno con los derechos que implican respectivamente.

Sin embargo, la postura que se emplea en esta declaración recae sobre la libertad de conciencia del personal médico, ya que dentro de la misma oposición se establece un apartado muy significativo sujeto a este derecho; en la cual se establece que *“Ningún médico debe ser obligado a participar en la eutanasia o el suicidio asistido, ni ningún médico debe ser obligado a tomar decisiones de derivación con este fin”* (AMM, 2021); lo que indica un punto neutro muy importante, que puede resultar valioso.

Este apartado es relevante ya que no solo protege a los médicos que están en contra de la eutanasia, si no que a su vez a quienes deciden participar en dichas prácticas de acuerdo con la legalidad de cada país; así que atendiendo a que diversos países legalizan esta acción, el punto neutro puede conducir a las directrices que alcanza este apartado, mismas que se pueden desarrollar de la siguiente manera:

- En un inicio, no se prohíbe tal cual su participación; esto, con base en lo que establece que el personal médico no podrá ser forzado a llevar a cabo dicha acción o conducirla, sin embargo, si el médico actúa bajo voluntad propia y si las legislaciones de su Estado así lo permiten, este podrá participar en los procedimientos eutanásicos sin repercusión alguna.
- En un segundo momento, se atiende el derecho de la objeción de conciencia y ética médica en la misma circunstancia, dado que se ha de reconocer que existen médicos que, desde su propia ética profesional, consideran aceptable la práctica eutanásica, y protege a quienes no comparten esta ética, eximiéndolos de una obligación práctica eutanásica de los médicos aun cuando dentro de su país la dicha práctica se considere legal.
- Finalmente, protege a los médicos de una presión legal o institucional al tener que intervenir en procesos médicos que vayan contrarios a sus convicciones éticas y prácticas.

Aunque la AMM se encuentre completamente en desacuerdo con la aplicación médica de la eutanasia, sí muestra cierta flexibilidad al proteger la figura de la libre toma de decisión de los médicos sobre su propia ética en la aplicación eutanásica, lo que respalda los derechos que se desprenden del mismo, siendo que además que dentro de los intereses de la AMM, recae en mayor sentido a favor de los cuidados paliativos que refieren a los tratamientos de los pacientes en para aliviar en mayor medida su sufrimiento.

Bajo otro punto de vista, exonera a los médicos de la imposición de llevar a cabo o no, la acción de quitarle la vida a un paciente en estado terminal cuando este así lo solicite, al optar si ceder, siempre y cuando esta se encuentra aprobada por su legislación o negar e inclinarse por emplear los cuidados paliativos atendiendo a su ética profesional.

Cuando este sentido se actualiza es que se podrá apreciar que la postura médica se basa en los principios legales y personales éticos de cada uno, motivo por el cual la AMM es objeto importante de estudio para diversas legislaciones que regulan los procesos médicos y sobre todo aquellos que versan sobre la ética al final de la vida.

2.1.6 Organización Mundial de la Salud (OMS)

La salud, al ser un derecho progresivo se ve vinculado con diversas perspectivas, entre ellas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fundada en el año de 1948, la cual habla de diversos parámetros del derecho a la salud de las personas, que a diferencia de la AMM, no posee una postura en contra o en favor de esta, si no que deja el libre albedrío para que cada país tome la decisión de legalizar o no la eutanasia de acuerdo con sus normativas.

Bajo esta premisa, es que se reestablece no sólo como parte de la objetividad de los médicos, si no que ahora también se complementa con los intereses de los pacientes que padecen alguna enfermedad terminal.

Según un estudio realizado por la OMS el 20 de agosto del 2020, “*se estimó que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso medio*” (OMS, 2020). Es importante este análisis ya que dentro del porcentaje de personas que requieren cuidados paliativos, existen quienes no pueden tener acceso a ellos, ya que los medios de ingreso de sus países no siempre costean los gastos necesarios que permitan el acceso a los pacientes a dichos tratamientos.

Los cuidados paliativos son importantes por que permiten mantener la ética del médico y buscan en cierta medida minimizar el sufrimiento de las personas en su lecho de muerte, se escatima que ante la prohibición de la eutanasia en diversas naciones, se ah de optar por implementar un sistema basado en los cuidados paliativos y la voluntad anticipada.

No obstante, los riesgos se perciben dentro del derecho fundamental de la salud sobre el acceso a los tratamientos y servicios de salud, ya que aun implementando los modelos paliativos adecuados al sistema médico, el acceso a los mismos se vería limitado frente a una necesidad económica- social en los países de bajo ingreso, resultando en la vulneración de los derechos fundamentales de las personas en aquellos casos donde se estime absolutamente necesario aquellos cuidados frente a una muerte digna.

Dentro del mismo estudio, la OMS determina que “*a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben*” (OMS, 2020), lo que indica que un gran porcentaje se encuentra en estado de indefensión al no poder recibir los cuidados necesarios.

Por otro lado, la adecuación del sistema médico paliativo se ve deficiente con base a que además de la baja tasa de acceso a los mismos, el hecho de no ser integrado de manera adecuada dentro de las legislaciones limita que se pueda tomar las medidas necesarias que garanticen un adecuado sistema salubre, aunado a las limitaciones de dichos países para adquirir los estupefacientes necesarios para solventar el acceso a los mismos a cada paciente que así lo requieran.

Es así que, dentro de los principales obstáculos que enfrentan estas medidas, se visualizan en las deficiencias legales que regulan el sistema médico, y los ingresos aportados a los modelos paliativos, lo que indica que aun, a pesar de ser un sistema necesario ante la alternativa eutanásica, esta misma no se encuadra en plena facultad de aplicación.

Frente a las necesidades del acceso a la salud de cada país se adopta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (COMS) de 1946 que abre paso a las necesidades y requerimientos de cada país.

En este orden de ideas, se estipula dentro de su artículo primero que *“la finalidad de la Organización Mundial de la Salud... será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”* (COMS, 1946, art.1); en este sentido, es que la misma se vuelve interpretativa pues no obliga a los Estados parte a formar un esquema directo a lineamientos señalados por la Organización, si no que les permite alcanzar este fin, con base en sus propios marcos normativos, ya que la organización no actúa de manera directa si no por el contrario, puede ser visto como un órgano auxiliar de los gobiernos y sus sistemas de salud.

Es así que con base en las funciones de la OMS, establecidas en el artículo segundo de la COMS, se ha de determinar que la organización actúa en auxilio y coordinación con los Estados, pero no impone obligaciones a los mismos, permitiendo que cada uno sea libre e independiente a sus modelos del sistema de salud.

En conclusión, los derechos que involucra la vida, la salud y la muerte digna, se ven entrelazados por una línea delgada que no puede inclinarse equitativamente a los tres elementos, por lo que las diferentes organizaciones, pactos y tratados, develan los intereses de la protección de estos, dando oportunidad a los Estados de establecer un marco legal que permita en medida de sus posibilidades, alcanzar dichos intereses.

2.1.7 Postura legal de la eutanasia en los diferentes países.

La eutanasia se encuentra prohibida en gran parte del mundo, sin embargo, en muchos países, aun así se práctica, diversas legislaciones determinantemente prohíben esta práctica, a pesar de ello, una gran cantidad de Estados en cada nación, llegan a crear normativas que regulen su conformidad con la aplicación médica-eutanásica, en su mayoría, optando por modelos de cuidados paliativos o de asistencia médica bajo voluntad anticipada, no obstante, en muchos países y en sus diferentes Estados, se cuenta con una legislación que adopta parcial o totalmente la eutanasia así como el suicidio asistido, en este caso, se puede citar el caso de México, donde la eutanasia se encuentra prohibida a nivel federal, pero algunos Estados permiten la figura de la muerte digna.

Dentro de la aplicación eutanásica en los diferentes países, implica diversos factores determinantes en las normativas internacionales, aquellas que buscan la protección de los derechos fundamentales y que velan por apoyar a los Estados a lograr que los mismos no se vean violentados de ninguna manera, y es que se ha permitido a los países regir este fenómeno de la manera que cada uno considerase pertinente.

Es importante este análisis ya que actualmente el tema de la legalización de la eutanasia se encuentra en discusión sobre los alcances éticos, sin embargo, la aplicación de esta se determina en aquellos países que la permiten y en aquellos donde es ilegal, pero que a su vez nace la parcialidad de aquellos Estados que optan por la implementación de normas que permitan la asistencia médica en determinados casos y bajo ciertas condiciones.

En este sentido, es necesario conocer los alcances médico-prácticos de los países, con base en el sentido de su aplicación eutanásica y sus implicaciones médicas dependiendo de la postura legal aceptada.

Tabla 6

Posturas aplicativas en diversos países.

PAÍSES	MARCO NORMATIVO	POSTURA
PAÍSES BAJOS	Para el año del 2001, se convierte en el primer país en legalizar la eutanasia, aprobando su ley denominada <i>Ley de Terminación de la Vida a Petición y Suicidio Asistido (LTVPySA)</i> , la cual entra en vigor para el año 2002 el primero de abril.	Bajo el supuesto penal se establece en su artículo 20 que no encuadraran en el delito previsto en su código penal especificado en el numeral 293, sobre eutanasia; ... no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales. (LTVPySA, 2016, art 20)
BÉLGICA	Crea su propia ley de eutanasia, usando como referencia la de los Países Bajos; el 16 de mayo de 2002 el Senado Belga aprueba la <i>Ley</i>	Establece en su numeral tercero el fundamento que permite a los médicos la aplicación eutanásica sin caer en acción penal. Art.3 El médico que practica una eutanasia no comete el delito si se asegura que:

<i>Relativa a la Eutanasia (LRE)</i>	el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de formular su petición; la petición sea efectuada de forma voluntaria, razonada y reiterada, y que no resulte de una presión exterior; el paciente se encuentre en una situación médica con pronóstico de no recuperación y que padezca un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible resultando de una afección accidental o patológica grave e incurable; y que respete las condiciones y los procedimientos prescritos por la presente ley (LRE, 2002, art.3).
LUXEMBURGO	<i>Ley de 16 de marzo 2009 sobre la eutanasia y la asistencia médica,</i> resalta la obligación médica de analizar la cual nos habla de cada caso, respecto de las variantes y la voluntad los caracteres de la solicitud del paciente anticipada y el para con el médico, quien deberá de acompañamiento estudiar a fondo el asunto y si así de las personas considera pertinente, informar al durante este paciente sobre su estado y las proceso. implicaciones de la práctica (LEL, 2009)

COLOMBIA	La legalidad de la eutanasia en este país se actualiza bajo supuesto bajo las sentencias de la Corte constitucional y Resoluciones del ministerio de salud;	Sentencia C-239 de 1997: Permite a los médicos que apliquen la eutanasia y no caer en acción penal alguna, pues bajo el entendido de la corte así se podría velar más por el derecho a la dignidad de las personas en este Estado (C-239, 1997). Resolución 1216 de 2015 del ministerio de salud: Establece las directrices para formar comités a cargo de regular la administración de la eutanasia. Sentencia C-233 de 2021: La corte reestablece la jurisprudencia estipulando que la eutanasia ahora podría ser permitida a aquellas personas que padecieren de un sufrimiento intenso psíquico o físico a causa de una lesión corporal o alguna enfermedad incurable (C-233, 2021).
CANADÁ	Se encuentra permitida bajo lo dispuesto por el artículo 241.1 del Código Penal Canadiense (CPC).	Desglosa los medios de asistencia médica para morir, tales como la administración directa o en su caso la prescripción o suministro del fármaco que cause la muerte (CPC, 1985, art. 241.1). La aplicación se ve dirigida a un grupo de personas en especial, lo que indica que no cualquier persona solo por el hecho de solicitar la asistencia médica, tendrá acceso a la misma, si no que por el

		contrario solo aquellos que la hayan solicitado y se encuentren dentro de los supuestos que la ley enmarca serán susceptibles de recibir la asistencia médica para morir.
ESPAÑA	ley orgánica 3/2021 de regulación de eutanasia, de fecha 24 de marzo	Reconoce a las personas su derecho a decidir sobre el final de su vida, de la manera siguiente: La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente (3/2021, 2021, art.4).
NUEVA ZELANDA	Aprueba la eutanasia al implementar dentro de su legislación la Ley de Elección al Final de la Vida 2019 (LEFV).	Implementa el derecho a una muerte digna, estableciendo dentro de sus objetivos el de “ <i>dar a las personas que tienen una enfermedad terminal y que cumplen con ciertos criterios la opción de solicitar legalmente asistencia médica para poner fin a sus vidas</i> ” (LEFV, 2019).

Los efectos que causa esta ley no determinan la obligación médica a su aplicación, refiere pues que el personal médico tendrá el libre albedrío sobre ejercer ayuda a aquellas personas que así deseen una muerte asistida.

Fuente: Elaboración propia, con fines académicos.

Todos los modelos de aplicación eutanásica de los diferentes países que así la aprueban son similares en los sentidos del motivo médico y los procesos de solicitud, administración y asistencia de la misma, sin embargo, pese a ser similares, cada uno tiene su esencia en cuanto a los alcances que puede tener el mismo, ya que cada país se ha de regir bajo sus principios normativos y sus procesos de aceptación en cuanto a las solicitudes dependiendo de las consideraciones médicas aplicables de cada país así como de sus alcances clínicos.

Por otro lado, cada nación tiene sus modelos independientes y aceptados de acuerdo a sus necesidades sociales, esto quiere decir que todos los países tienen un modelo implementado que prohíba o permita a su vez la aplicación de la eutanasia, existen países donde dentro de sus marcos normativos mencionan que dicha práctica se considerara ilegal a nivel nacional, sin embargo, a nivel Estado se crean sus propias normativas que la amparan y son estas pequeñas legislaciones que abren el debate a la ética de la aplicación eutanásica en aquellos países en donde se realiza de esta manera, como lo es el caso de la nación Mexicana.

En este sentido bajo un ámbito internacional los Estados miembro de las organizaciones como la OMS o la ONU, salvaguardan un deber para con los derechos humanos de sus sociedades, tratando en mayor medida de implementar los mayores recursos necesarios en las diferentes áreas, como legales, sociales, económicas o culturales para que con base en las necesidades sociales se puedan proteger y garantizar estos derechos.

Por otro lado, cada país es independiente, pues los modelos y los derechos reconocidos en su singularidad recaen en el Estado, quien deberá ver los medios y los alcances de cada derecho, apoyado de las organizaciones internacionales de las que forme parte, pero no sujeto a los modelos de implementación internacional si no a los suyos respecto de cada derecho humano reconocido en su legislación.

2.2 Marco constitucional

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), divide dos partes importantes dentro de su desarrollo, la primera contemplada por los primeros 29 artículos, mismos que determinan aquellas libertades, principios y derechos humanos que todos los mexicanos poseen, y una segunda parte que va de los próximos artículos desde el numeral 30 al 136 donde se establecen la estructura, organización y el funcionamiento de la nación.

Bajo este sentido, dicha división constitucional sirve para conocer los fines del Estado, como lo son, la protección de derechos en la parte dogmática, así como los medios para lograrlos en caso de la parte orgánica, es importante este análisis porque es el régimen de la sociedad, pues, bajo la existencia de los diferentes códigos, leyes o reglamentos, necesariamente es que su creación, estructura o aplicación deben de estar de acuerdo a las normas constitucionales, de lo contrario carecerán de validez y pueden llegar a ser violentadoras de derechos.

No obstante, es el reconocimiento de las necesidades sociales frente a los derechos que se vuelven el fenómeno de estudio y la batuta para iniciativas de leyes o políticas; es así como el derecho, constantemente va cambiando y adecuando sus legislaciones ante situaciones jurídicas, vacíos legales o la anticonstitucionalidad que pudiera surgir limitando los derechos humanos reconocidos por la carta magna.

2.2.1 Salud como Derecho Humano en la Constitución

La constitución es el pilar para el reconocimiento de los derechos humanos, pues bajo la reforma del día 10 de junio del año del 2011 a la misma, se estableció en el artículo primero el término *derechos humanos* que sustituye lo antes conocido como *garantías individuales*, brindando además la obligación de su garantía, un factor importante que se señala en este artículo, lo define su tercer párrafo en el que se refiere:

Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos... (CPEUM, 1917, art 1).

Lo que en esencia, permite que los mismos derechos bajo estos principios puedan ampliar sus alcances, es decir, que el derecho va constantemente evolucionando ante las necesidades de protección, garantía y justicia.

Ahora bien, la constitución reconoce una serie de derechos humanos que a su vez se encuentran reconocidos por las diferentes organizaciones, tratados, convenciones y pactos internacionales de los que la nación mexicana forma parte, dichos derechos, implementan las bases necesarias que implican una vida digna, que aunque no se menciona textualmente, deriva del conjunto de aquellos derechos intrínsecos a las personas, desde la vivienda, trabajo, identidad, alimentación entre otros.

Bajo este esquema, la CPEUM reconoce el derecho a la salud de las personas, este se encuentra establecido en el artículo cuarto donde se especifica que “*Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud*” (CPEUM, 1917), formando parte del catálogo de derechos necesarios para una vida digna, sin embargo, se

individualiza como derecho fundamental, pues se ve vinculado directamente como una necesidad prioritaria que salvaguarda la dignidad de las personas.

Ahora bien, ante dicho derecho se desprende la Ley General de Salud (LGS), la cual se ha de encargar de promover los elementos necesarios para garantizar el máximo alcance del mismo, en términos del artículo cuarto constitucional.

En adición, la LGS se encargada de establecer dentro de sí, los criterios necesarios que garanticen el cumplimiento de este derecho, cuyo propósito se ha de regir en lograr que la sociedad alcance el más alto acceso posible a los servicios médicos de atención, equipo, medicamento, información e incluso accesibilidad económica con los servicios de seguro médico.

Respectivamente, la legislación de salud se basa en un modelo de atención de acceso, modelo contempla dentro de sí a la salud, no solo como un estado de bienestar físico en el que se encuentren ausentes las enfermedades o alteraciones fisiológicas o psicológicas, si no que contempla alcanzar un bienestar físico y social.

El art 2 de LGS, expresa en términos generales los fines que pretende, en la cual se interpreta que la salud se vuelve un derecho integral que va más allá de la visión superficial, puesto que incluye el bienestar general que permita acceder a una mejor calidad de vida, con base en la educación salubre de las personas, bajo una política preventiva impulsada por la investigación, formación y difusión en materia de salud.

En esencia, vela por salvaguardar la integridad y dignidad de las personas en sus amplios sentidos físicos, emocionales y sociales, garantizados por el régimen del Estado y su control en el ámbito salud, bajo el amparo constitucional del artículo cuarto y los preceptos de la LGS.

2.2.2 Ley General de Salud en coadyuvancia del Código Penal Federal frente a la Eutanasia

Una vez entendidos los alcances de la LGS respecto a la protección y garantía del derecho a la salud, se puntualiza el sentido, de que es esta misma legislación quien prohíbe la práctica eutanásica, pues refiere textualmente que se ha de encontrar prohibida dicha práctica, bajo los siguientes términos:

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. (LGS, 1984)

Siendo de esta manera que bajo la adición de este artículo a la legislación de salud, es como queda prohibida la práctica eutanásica y su equivalente el suicidio asistido, atendiendo que bajo el supuesto de caer en dicha hipótesis, el partícipe del delito se volverá acreedor a la sanción determinada por el delito en cuestión que se equipare a dicha acción dentro del Código Penal Federal (CPF).

Bajo este tenor, lo concerniente a lo señalado por el artículo 166 Bis 21 de la LGS queda fundamentado por el numeral 302 de CPF, en el cual se establece que *“comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro”* (CPF, 1931), en sentido general sin exclusión alguna.

Consecuentemente refiere la penalidad por la consumación del delito bajo el siguiente término:

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 (LGS, 1984).

La interpretación de este apartado refiere dos aspectos importantes; en primer término, se considerará delito tanto a prestar ayuda como a la persuasión del activo sobre el pasivo para quitarse la vida, en este sentido, no se requiere que el suicidio haya ocurrido para considerarse consumado, pues recae en el supuesto todo aquel que ayude o induzca al mismo.

En segundo término, la acción se agrava en sentido que esta recae en la ayuda al grado de provocar directamente la muerte, lo que en síntesis, genera que la pena a la que se vuelve acreedor aumente significativamente, en esta hipótesis, el sujeto pasivo si debe consumir la acción sobre del sujeto pasivo para encuadrar el delito.

La penalidad puede ser más agravante en los casos del supuesto de homicidio o lesiones calificadas, mismas que serán consideradas bajo lo dispuesto por el artículo 315 del CPF, que a la letra refiere que, “*se entiende que las lesiones y el homicidio, son calificados, cuando se cometen con premeditación, con ventaja, con alevosía o a traición*” CPF, 1931), mismos que se definen como elementos de la acción para agravar la situación jurídica del imputado, pues como lo refiere el artículo 320 de dicho código “*al responsable de un homicidio calificado se le impondrá de treinta a sesenta años de prisión*” (CPF, 1931).

Para el caso de menores de edad, se atiende a lo dispuesto por el art. 313 del mismo código, donde se determina que “*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*” (CPF, 1931), cuya penalidad asciende de los treinta a los sesenta años de privación de la libertad.

Dicho supuesto implica, que incluso el personal médico que se encuentre dentro de sus funciones y que estime necesario llevar a cabo una intervención médica que tenga como fin poner un límite a la vida de su paciente, aún bajo su consentimiento, se vuelva acreedor a la sanción determinada por el delito de homicidio u homicidio calificado, determinado bajo los supuestos penales del CPF.

Por otro lado, aquel médico que solo prestase instrucciones de la administración del fármaco o similar, que permitan que sea el paciente quien se automedique y conduzca a la muerte, aun cuando esta no se consuma, puede volverse acreedor a la sanción privativa cometida por la inducción al suicidio, determinada por el artículo 312 del CPF.

Bajo otro orden de ideas, la libertad que le ofrece el Estado a los pacientes frente a la eutanasia es la alternativa de optar por los cuidados paliativos o sobre el libre albedrío de sus tratamientos en general, no obstante, los factores interventores en los mismos, desde los costos, intervenciones y tratamientos pueden resultar poco rentables.

En el sentido de la prohibición de la eutanasia y su penalidad, es que los diversos Estados optaron por sus alternativas que motiven el derecho de una muerte digna, para el año del 2008 la Ciudad de México aprueba la llamada *Ley de Voluntad Anticipada*, esta ley fue publica en Gaceta Oficial del Distrito Federal el día 07 de enero del 2008 y su finalidad principal se basa en un fin del medio de la ortotanasia, el cual implica que se debe de respetar el proceso de la muerte en su curso natural, proporcionando en mayor medida los cuidados paliativos.

Los fines técnicos de la misma, tienen en común los relativo a lo dispuesto por las diferentes normas salubres, pues el medio al que atiende se basa en un documento escrito ante notario, en el cual aquellos enfermos en etapa terminal que se encuentren en sus facultades mentales para así solicitarlo, o en caso de no contar con la capacidad podrán solicitarlo los familiares o representante legal según lo dispuesto por la ley en su artículo 7; atendiendo a los factores que complementan este documento, se deriva de la historia clínica, donde una vez firmado el documento de voluntad anticipada deberá de ser anexada a la misma, con el fin de existir el sustento de la voluntad plasmada en ella.

Es así, como la legislación pretende atender a los dispuesto de la vida digna con especial atención a los cuidados paliativos, donde cada enfermo es libre de decidir sobre su estado, si es su deseo continuar, cesar los tratamientos médicos y si así lo consideran iniciar los cuidados paliativos.

Referente a ello se encuentra lo previsto por la NOM-011-SSA3-2014, publicada en el DOF el 09 de diciembre del año 2014, cuyo objetivo describe:

... establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar, a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud,

servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padezcan una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica (NOM-011-SSA3-2014).

Esta Norma ha de complementar, no solo el derecho del paciente a recibir los cuidados paliativos en su etapa terminal, si no que adentra ahora en un aspecto importante que es la capacidad de los profesionales de la salud para prestar el servicio a los pacientes, estableciendo que deben de contar con los conocimientos y capacitación técnica especializada para poder llevarlos a cabo, así como contar con los elementos necesarios para el desempeño de la misma.

Adicionalmente a dichos requisitos, el médico deberá prescribir un plan de cuidados paliativos, el cual deberá de ser consentido por el paciente o en su caso los familiares o el representante legal, en atención a la reducción del dolor que causare la enfermedad que padeciera el enfermo.

Se integra además la implementación de la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico*, publicada el 15 de octubre del año 2012, cuyo objetivo se basa en “... *establecer los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico*” (NOM-004-SSA3-2012).

De esta manera, la norma determina que todos los usuarios del servicio de la salud deben de contar con un expediente clínico o historia médica, misma que es obligación de la institución de salud generar, la cual deberá de contener los datos personales del paciente, así como el registro de todas las actuaciones, intervenciones o tratamientos llevados a cabo por el médico hacia el mismo.

Es importante resaltar, que cada paciente debe de contar con el mismo y es responsabilidad de la institución conservarla; ahora frente a la voluntad anticipada es en este expediente clínico donde deberá de obrar el documento firmado que establezca los criterios del enfermo terminal, sobre los cuidados paliativos que está llevando, que llevará o que dejará de llevar.

Finalmente se encuentra la *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*.

Esta norma establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico... para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitación o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos (NOM-012-SSA3-2012).

Dicha norma nos permite conocer los alcances que puede llegar a tener el personal médico frente a los procesos clínicos, resulta de una forma de experimentación controlada en el uso de medicamentos, tratamientos o intervenciones en los pacientes que así lo permitieran, con el objetivo de obtener una mejora en los avances médicos, ante los cuidados, procesos en general y aquellos como los paliativos.

Son estos aspectos facultativos en la norma, los que ponen en duda acerca de la ética médica en los avances médicos, pues en esencia, la ética moderna se ve controvertida por diversos factores, tales como la costumbre, las tradiciones, la moral, e incluso la religión, y es que derivado de estos, es que se cae en un estado de desconocimiento aun a pesar de los factores normativos que rigen a los médicos.

Bajo esta interpretación, es que han surgido varias discusiones que ponen en debate la alternativa de permitir la aplicación controlada de la eutanasia, como

sucedio en el año del 2017 bajo amparo de la Constitución Política de la Ciudad de México (CPCDMX), donde se establece en su artículo sexto apartado A numeral 2 lo que para muchos fue el equivalente a legalizar la eutanasia pues en la misma se determinó que “...la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna” (CPCDM, 2017);

La polémica comienza en el momento en que la Procuraduría General de la República (PGR), menciona que dicho apartado restaba de una acción de inconstitucionalidad frente a los preceptos de la Constitución Federal, respectivamente bajo el proyecto de impugnación llevado a cabo se determinó el reconocimiento de la muerte digna, sin embargo, no equiparado a los términos de eutanasia o suicidio asistido, si no como elemento del desarrollo personal dentro del derecho de la vida digna.

Bajo este tenor, es que diversos Estados alrededor de la nación han aprobado la *Ley de Voluntad Anticipada*, que favorece a los cuidados paliativos y el acompañamiento de los enfermos terminales hasta el momento de su deceso, involucrando el concepto de muerte digna, ahora no como sinónimo de eutanasia, si no como parte del proceso paliativo al final de la vida.

En conclusión, la alternativa de la voluntad anticipada fue adoptada por diversos Estados en atención a salvaguardar los derechos e intereses de los pacientes frente al estado terminal, atendiendo a la prohibición de la eutanasia en la nación; dejando de lado el entendido de que “los derechos humanos tienen su fundamento en la premisa de que cada persona tiene una dignidad humana inherente y se deben reconocer, respetar y proteger por el simple hecho de pertenecer a la especie humana sin ninguna característica, requisito, propiedad o cualidad adicional” (Sáenz, 2024, pág. 167), pues bajo el interés de la dignidad sobre cuidados paliativos, existe un gran desnivel debatico.

CAPÍTULO TERCERO

3. APLICACIÓN MÉDICA DE LA EUTANASIA Y SU RESPONSABILIDAD.

SUMARIO

3.1 Parámetros aplicativos. 3.2 Eutanasia frente a cuidados paliativos. 3.3 Personal médico como sujeto del delito de homicidio. 3.4 Conciencia del paciente. 3.5 Responsabilidad y conciencia del personal médico.

La intervención médica en los procedimientos eutanásicos, son la clave de numerosas discusiones alrededor del mundo, no obstante, a pesar de que se encuentre prohibido en la mayoría de los países, no significa que la misma no se lleve a cabo en una práctica desregulada e inclusive clandestina.

Lo consecuente recae en los diversos factores y estadísticas que canalizan los grupos vulnerables en México, y los motivos que incitan a la práctica eutanásica aun frente a su prohibición en la nación.

3.1 Parámetros aplicativos

En México existe una basta cantidad de personas, de acuerdo con los datos obtenidos por Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI), para el año 2020 existía una cantidad de 126,014,024 personas, cifra que se actualiza cada día con el crecimiento poblacional.

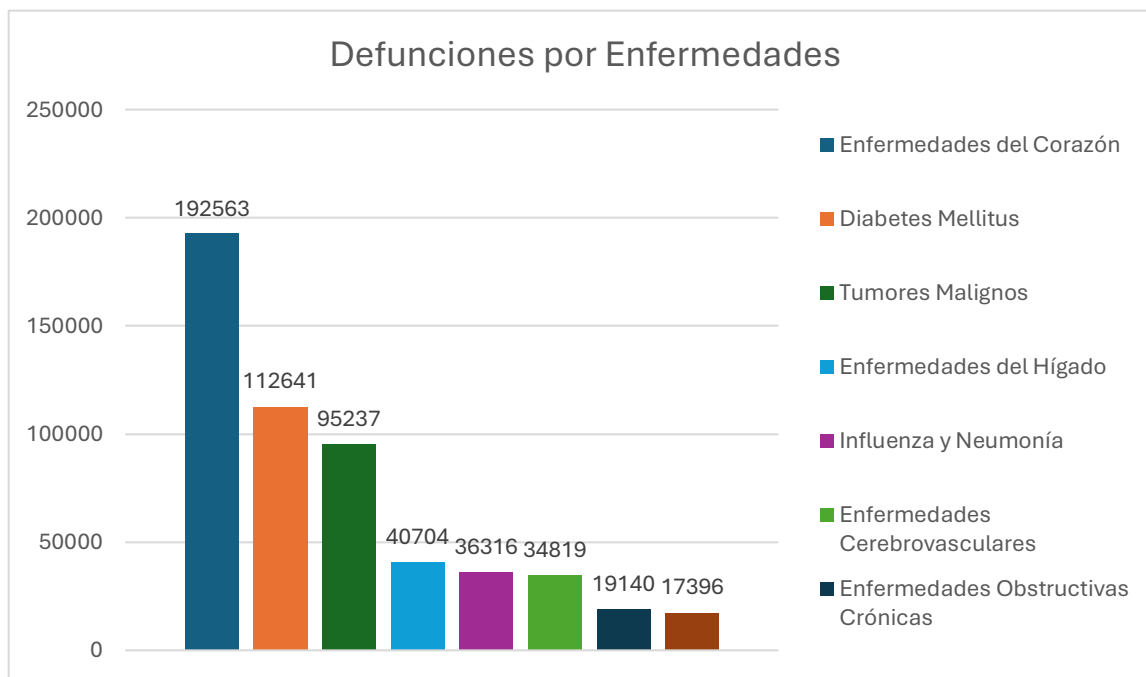
Aunado, existe una tasa de mortalidad que para el año 2024 se registró un total de 818,437 defunciones, de las cuales un total de 89.6% fue por enfermedades y problemas relacionados con la salud y un 10.4% por causas externas (INEGI, 2025).

Lo que referencian estas cifras, es que la mayor cantidad las personas en México fallecen por alguna causa derivada de su estado de salud, mismas que recaen en

las enfermedades y sus complicaciones, de entre las principales según la Estadística de Defunciones Registradas (EDR) se encuentran las Enfermedades del Corazón con un total de 192 563 muertes; Diabetes Mellitus con 112 641; Tumores Malignos con 95 237; Enfermedades del Hígado 40 704; Influenza y Neumonía 36 316; Enfermedades Cerebrovasculares 34 819; Enfermedades Obstructivas Crónicas 19 140; e Insuficiencia Renal 17 396 (INEGI, 2025).

Gráfica 1

Estadísticas de defunciones registradas.



Fuente: Elaboración propia, con fines académicos; Estadísticas de defunciones registradas (INEGI, 2025).

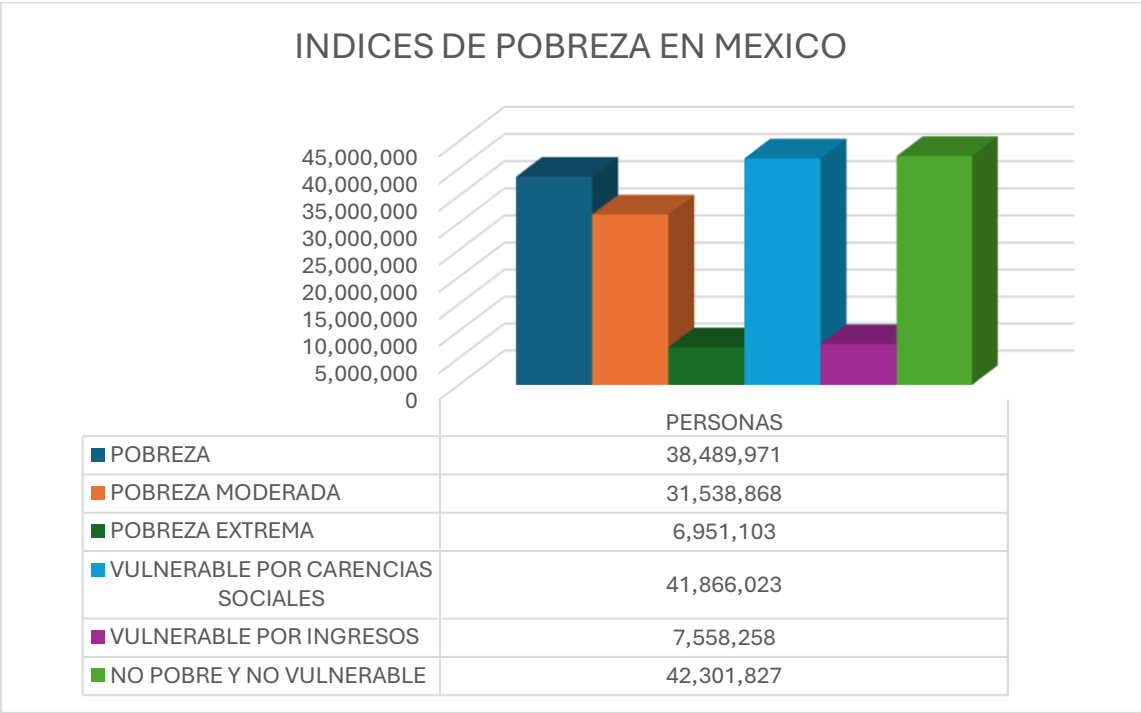
Los datos indican que al menos una cantidad de 548 816 personas alrededor de nuestra nación mueren a causa de alguna enfermedad crónica que eventualmente se vuelve en un estado terminal, estadísticamente a los datos proporcionados por el INEGI.

No obstante, existe un factor muy importante que referencia y afecta directamente al mismo, el cual se indica por el nivel social o de pobreza de las personas.

El INEGI en su estudio acerca de la pobreza multidimensional 2024, publicado en agosto 2025, indica los tipos de pobreza en los que México se encuentra, dimensionado por diferentes condiciones.

Gráfica 2

Indicadores de pobreza multidisciplinaria.



Fuente: Elaboración propia con fines académicos; Indicadores de pobreza multidisciplinaria (INEGI, 2025).

Inicialmente un gran porcentaje mostrado, indica que una cantidad importante de las personas viven en situación de pobreza, factor importante de analizar ya que es un grupo vulnerable o propenso a la violación de sus derechos, principalmente del acceso a la salud.

Por su parte un gran número de personas vulnerables por carencias sociales, de las cuales define el INEGI son:

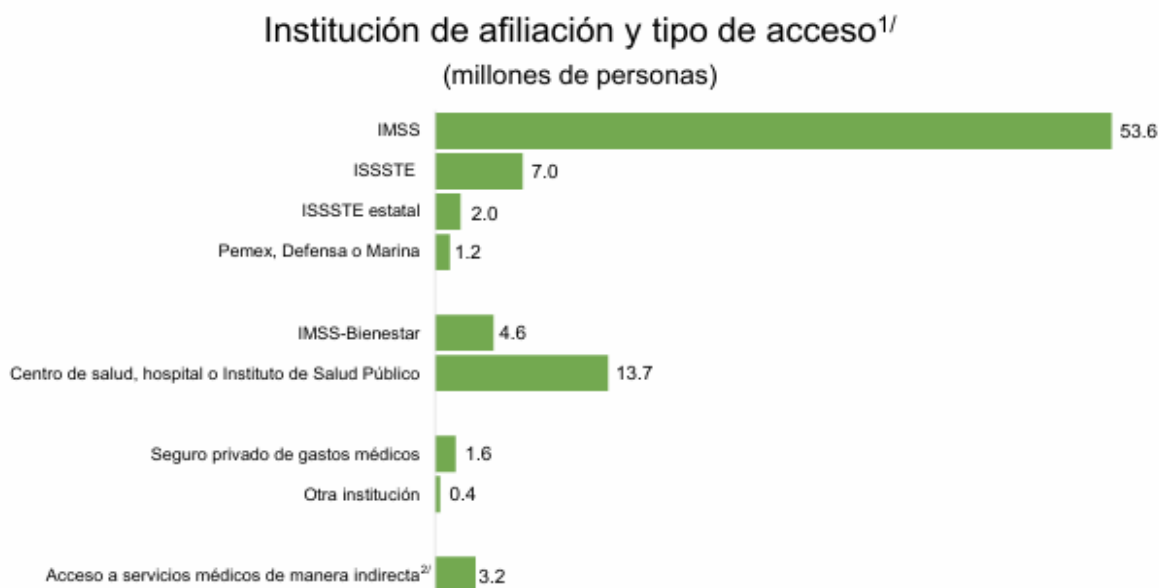
- Rezago educativo
- Acceso a los servicios de salud
- Acceso a la seguridad social
- Calidad y espacios de vivienda
- Acceso a los servicios básicos en la vivienda
- Acceso a la alimentación nutritiva y de calidad

Los elementos base se caracterizan por la falta de acceso a los derechos de una persona, tratándose de educación, alimentación y servicios básicos de la vivienda, pues sin estos elementos se estima que la calidad de vida es deficiente e inclusive insalubre en muchas ocasiones.

Por su parte, tratándose de los elementos de salud un estudio importante realizado por el mismo instituto, nos dice que un gran porcentaje de la población cuenta con afiliación a algún tipo de seguro social, siendo el de mayor porcentaje el Instituto Mexicano para el Seguro Social, (IMSS).

Gráfica 3

Institución de afiliación y tipo de acceso.



Fuente: Carencias por acceso a los servicios de salud, 2024 (INEGI, 2025).

La población solo hace el muestreo de las personas que cuentan con algún tipo de seguro social o acceso a alguna institución médica; sin embargo, aún se desconoce el porcentaje de la población que no cuenta con ningún tipo de acceso a la salud.

Tomando como referencia el IMSS que se ubica como el Instituto de mayor porcentaje, cuya población es de 53.6 millones de personas; principalmente referenciado a la NOM-016-SSA3-2012 en la que se establecen las características mínimas de infraestructura y equipamiento.

El IMSS, es un instituto encargado de brindar atención a los servicios de salud de las personas afiliadas en México, no es mentira que la situación de aglomeramiento de dicha institución es un problema social, no obstante, para dar ese enfoque es primeramente es necesario conocer la situación de este.

El IMSS en su *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2024-2025*, menciona que existen un total de 1850 unidades de atención médica, distribuidas por su nivel de atención, informa que al cierre del año 2024 contaban

con un inventario de 435,886 elementos de equipo y mobiliario destinados a la atención médica, quirúrgica, o procedimientos de exploración diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes (IMSS, 2025, págs. 209, 210).

Ahora bien, tomando en consideración la cantidad de personas que requieren del servicio médico y la cantidad de establecimientos e infraestructura existente, se puede decir que existe un desnivel parcial entre la atención y los elementos infraestructurales; además se ha tomar en consideración la naturaleza de cada unidad, así como el destino de cada elemento estructural utilizado para las diversas especialidades médicas, por tanto, los espacios de atención y sus elementos se encuentran en un foco de atención a los alcances de las necesidades del mismo.

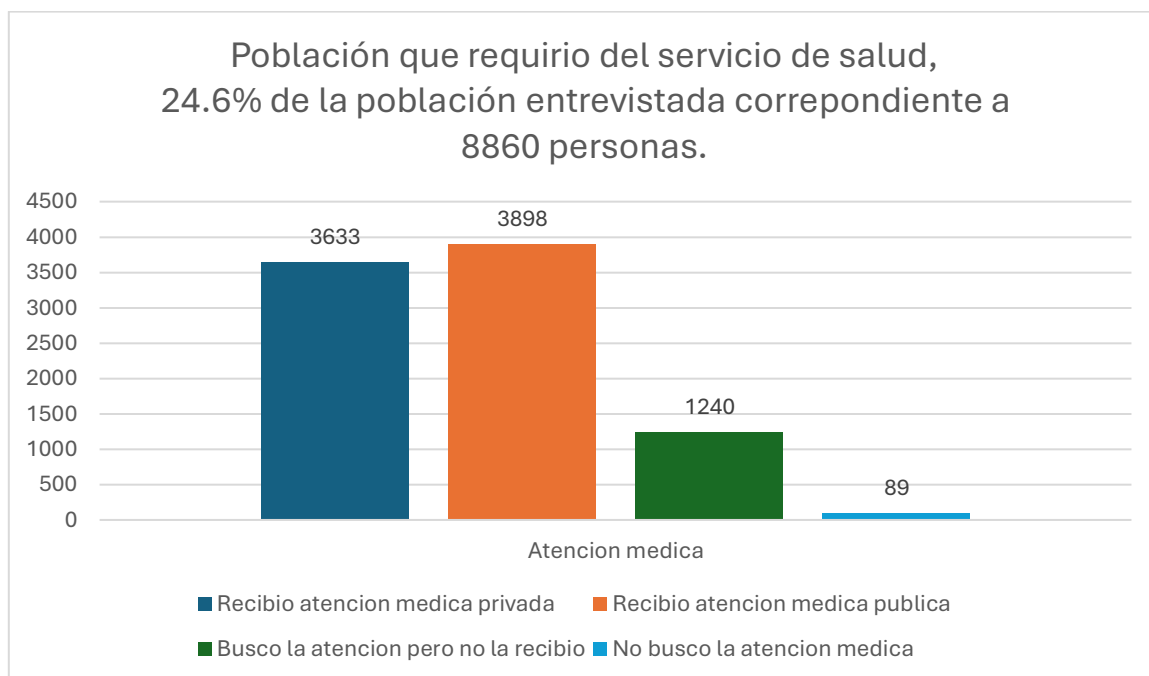
En el año 2022 en fecha de junio 22, se presentaron los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT), en el cual se llevó un análisis de la atención primaria de acceso a la salud de las personas, en donde se muestra que “de 24.6% de la población que informó haber tenido una necesidad de salud en los últimos tres meses, 86% buscó atención, 85% recibió la atención y 44% recibió atención en servicios públicos” (ENSANUT, 2022).

Por lo tanto, de una población requirente de los servicios médicos, del porcentaje que busco la atención, un número menor a la mitad de ellos recibió la misma en algún instituto médico público, siendo que los demás optaron por instituciones privadas.

Bajo este tenor, el nivel de atención referente a los servicios de salud es desproporcional a los niveles de demanda del mismo, tal y como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica 4

Utilización de los servicios de salud en México.



Fuente: Elaboración propia con fines académicos; *Utilización de los servicios de salud en México*, (ENSANUT, 2022)

Factores que indican, del total de personas que requerían del servicio de salud público, una cantidad baja obtuvo el acceso a esta, otra parte opto por los servicios privados y un tanto mas no obtuvo los mismos, por tanto, se puede deducir que no es lo suficientemente eficaz para la atención de cada uno de sus derechohabientes, por otro lado, se indica que existe un porcentaje importante que no obtuvo el acceso a el servicio médico, ya sea privado o público, mismos que se encuentran en un estado de indefensión y violación de su derecho fundamental.

Mediante estos indicadores, es como se corrobora que con los muestreos obtenidos no se garantiza a todas las personas el acceso a la salud pública, catalogado como un derecho fundamental, respectivamente.

Aunado a ello, los factores de riesgo son altos, derivado a la aglomeración de las personas en los mismos espacios, lo que en consecuencia genera que existan focos de atención donde se ubican aquellos cuyos diagnósticos certifican alguna

enfermedad en situación terminal, y que pudieran no tener acceso a los servicios médicos.

3.2 Eutanasia frente a cuidados paliativos

Organizaciones internacionales de las que México forma parte, establecen que se debe de optar por los cuidados paliativos frente a la prohibición de la eutanasia, sin embargo, la factibilidad de aquellos tratamientos puede variar según diversos factores que pueden ir desde el lugar, la economía o el servicio médico.

Aquellas personas que se encuentran padeciendo de alguna enfermedad en fase terminal, requieren de cuidados especiales y tratamientos necesarios para mitigar los efectos de la misma enfermedad.

Los enfoques antiéticos de la eutanasia son los que impiden que sea permisible en la nación, no obstante, el derecho es progresivo, y bajo este principio es que se puede optar por alternativas parciales en situaciones donde se requiera de la aplicación de fármacos que terminen con la vida.

Caso similar sucede con aquellas enfermedades que requieren de algún fármaco controlado, caso similar sucede con el glaucoma que presenta como alternativa para el Tratamiento de la Presión Intraocular (PIO), factor importante en el glaucoma, el uso del cannabis por sus componentes que permiten la reducción de la PIO en cierto periodo.

Ahora, si bien es cierto, dicha enfermedad no depende de su totalidad en el uso de esta estupefaciente, lo cierto es, que es una alternativa a la misma, lo cual se contrasta al momento en que la ley prohíbe el uso o consumo de estupefacientes, pero permite su investigación y uso medicinal, estipulando que:

La secretaria de Salud deberá diseñar y ejecutar políticas públicas que regulen el uso medicinal de los derivados farmacológicos del cannabis sativa,

índica y americana o marihuana, entre los que se encuentra el tetrahidrocannabinol, sus isómeros y variantes estereoquímicas, así como normar la investigación y producción nacional de los mismos (LGS, art. 325 Bis).

Esto permite establecer la facultad a la secretaría de la Salud para el uso de estupefacientes en la medicina actual, lo que puede versar en avances médicos controlados, ante los elementos considerados ilegales en contraste con las enfermedades terminales y los cuidados paliativos, lo cual puede ser el espacio legal que fomente la aplicación médica e investigación de los fármacos que pongan fin a una vida sin dolor.

Es así como se pone en tela de juicio, sobre la facultad de la secretaría de la Salud para la investigación médica con sustancias psicotrópicas, y la ética social sobre el bien jurídico en el derecho a la vida.

Existen sustancias altamente tóxicas no reguladas como lo son el opio o la cicuta, utilizadas como elementos terminales de la vida, no específicamente en el ámbito médico o eutanásico, si no como elemento delictivo; no obstante, si se realizara una investigación controlada, regulada y orientada a los fines médicos y necesidades sociales de los grupos vulnerables en el sector salud, sería posible adecuar un sistema eutanásico ante los cuidados paliativos.

La problemática recae en los principios éticos que versan sobre el derecho a la vida, sin embargo, bajo el principio de la progresividad es posible mirar hacia una construcción estructural médica que salvaguarde el derecho a una muerte digna.

El sector salud, tiene como deber salvaguardar sobre todo la vida del paciente, pero si ese derecho, en casos de los enfermos terminales, no es posible y además le está generando secuelas dolorosas, porque no optar por permitirles una muerte digna y sin dolor.

En conclusión, es verdad que la ética y moral restringen estos aspectos, tal y como las diversas organizaciones internacionales puntualizan, frente a este supuesto la opción más elocuente se advierte de los cuidados paliativos, sin embargo, dentro

de la nación mexicana, se muestra con las estadísticas que un gran porcentaje de las personas viven en algún tipo de pobreza, factor importante, ya que además el índice de personas con acceso a los servicios médicos también resulta muy bajo.

Esto quiere decir, que al no contar con el acceso a los servicios públicos médicos, y con los recursos para optar por los servicios particulares de salud, se vuelve un derecho privado llevar un tratamiento paliativo al cual no todos podrán tener acceso, vulnerando así su derecho a la salud y por ende a una vida digna y los demás que forman parte de ellos, motivo que los orilla a buscar alternativas como la eutanasia a pesar de su ilegalidad, equiparándose a los supuestos del delito de homicidio o inducción al suicidio.

3.3 Personal médico como sujeto de delito de homicidio

En un fondo más práctico, se debe entender que la eutanasia es ilegal en todo sentido aún bajo instrucciones médicas, bajo este supuesto, cualquier persona puede ser sujeto de delito al prestar auxilio o inducir a las personas para terminar con su vida y esto no es diferente para los médicos, ya que su código impide suministrar fármacos que deterioren la salud de su paciente o en su caso dejar de hacer bajo los mismos efectos.

En este sentido, se estaría a lo dispuesto por el artículo 312 del C.P.F, que establece el delito de homicidio e inducción al suicidio, con una pena de hasta doce años, ahora bien, en el entendido de la práctica médica eutanásica, el personal médico puede verse frente a los supuestos de un homicidio calificado al poderse acreditar la premeditación, ventaja, alevosía o a traición, previstos por el artículo 315 del C.P.F. tal como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 7

Homicidio calificado, supuestos que debe cumplir.

Premeditación	Hay premeditación: siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer (CPF, art.215, parr.2).	Bajo este sentido, se actualiza este supuesto al momento en que un médico lleva a cabo o presta instrucciones sobre la aplicación eutanásica, aun conociendo sobre los efectos de la aplicación eutanásica.
Ventaja	Se entiende que hay ventaja: I. Cuando el delincuente es superior en fuerza física al ofendido y éste no se halla armado; II. Cuando es superior por las armas que emplea, por su mayor destreza en el manejo de ellas o por el número de los que lo acompañan; III. Cuando se vale de algún medio que debilita la defensa la defensa del ofendido; IV. Cuando este se halle inerme o caído aquel armado o de pie; V. El activo sea un hombre superior en fuerza física y el pasivo una mujer o persona menor de dieciocho años;	En este sentido bajo el estado de salud y por el manejo de herramientas, fármacos o sustancias se puede acreditar la existencia de ventaja en el supuesto de la aplicación eutanásica.

	VI. El homicidio y las lesiones se ocasionen en situaciones de violencia familiar; y
	VII. Exista una situación de vulnerabilidad motivada por la condición física o mental o por discriminación (CPF, art.216).

Alevosía	La alevosía consiste: en sorprender intencionalmente a alguien de improviso, o empleando asechanza u otro medio que no le dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer (CPF, art.218).	Volviendo al estado médico en que se encuentre el paciente que no le permita evitar la voluntad de decidir sobre la aplicación de la eutanasia y es su representante legal quien decide la acción, se puede implicar la alevosía al personal médico al no perderse defender el paciente sobre esa decisión.
-----------------	---	---

Traición	Se dice que obra a traición: el que no solamente emplea la alevosía si no también la perfidia, violando la fe o seguridad que expresamente había prometido a su víctima, o la táctica que ésta debía prometerse de aquél por sus relaciones de parentesco, gratitud, amistad, o	Puede derivar de la relación médico-paciente en el supuesto que se alegue la deslealtad del médico en la preservación de la vida del paciente.
-----------------	---	--

cualquier otra que inspire confianza
(CPF, art.219).

Fuente: Elaboración propia con fines académicos.

En este sentido en un supuesto médico, se le puede acreditar la comisión del delito de homicidio calificado, pudiendo llegar a una penalidad de hasta sesenta años de prisión; resulta entonces que la vertiente que limita su práctica recae en que el médico puede caer en el supuesto penal y por ende ser acreedor a una penalidad privativa de la libertad.

3.4 Conciencia del paciente.

Entendidos los elementos que determina la prohibición, penalidad y sanción de la eutanasia en el ámbito médico, resalta un punto crucial frente a la conciencia del paciente, pues ya analizados los factores determinantes en que se encuentran y aún más en el sector de aquellos que padecen de enfermedades graves con un diagnóstico terminal, se percibe existe un riesgo alto de falta de atención médica apropiada a este grupo vulnerable.

Por otro lado, ante la dificultad de acceso a los servicios médicos paliativos, se toma como referencia la práctica eutanásica como una posible vía de solución a este fenómeno, pues su disposición crearía una brecha a su regulación, especificando que de esta manera no se volvería legal, si no un elemento controlado cuyos fines médicos y jurídicos serán salvaguardar el interés de la dignidad humana frente a la muerte en los casos de enfermedad terminal.

Siendo así, que ya que no sería una obligación, si no una opción secundaria ante la posibilidad de un tratamiento paliativo, con lo cual, se permitiría llevar a cabo bajo el entendimiento de los alcances de la conciencia del paciente o su representante legal en cuyo caso sea necesario.

Es así como la conciencia del paciente es crucial para la práctica médica eutanásica, derivado, de que una vez que el personal médico le informe sobre su estado de salud, así como el diagnóstico que determina el estado de enfermedad en carácter terminal, se prevea un punto elemental en el mismo, el cual se basa en la voluntad del paciente y la decisión consciente de la aplicación de la eutanasia como vía alterna a los tratamientos paliativos.

Siendo así, que una vez que el paciente sea informado, podrá tomar libremente la decisión de solicitar o no la aplicación médica de la eutanasia, ya que como bien es además un derecho que la misma LGS les prevé.

Este derecho a los enfermos en situación terminal nace de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 166 Bis 3. fracción VI que estipula que el paciente enfermo puede *“dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida”* (LGS, art.166 Bis 3, frcc. VI), lo que aunado permite al paciente anteponer su decisión sobre su estado de salud.

Significa que sin importar la situación en que se encuentre, el grado de avance o las afectaciones que tenga su enfermedad, siempre y cuando exista la voluntad expresa por el mismo, será obligación del personal médico respetar aquella voluntad.

Ahora, en los casos en que la persona enferma no se encuentre en sus capacidades para tomar libremente una decisión, está de acuerdo con la ley podrá *“designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación”* (LGS, art.166 Bis 3, frcc. X).

De esta manera, la situación médica del paciente puede ser resuelta bajo su propia voluntad o designación de su representante, lo que da pauta a concientizar sobre los alcances de sus derechos frente a el derecho a una vida y muerte digna.

3.5 Responsabilidad y conciencia del personal médico.

El personal médico juega un papel muy importante dentro de la perspectiva de la aplicación de la eutanasia a los enfermos en situación terminal, pues llevar a cabo dicha práctica les puede conducir hacia una responsabilidad en el ámbito penal, pues tal como afirma la autora Mónica Ruiz, *“lo que se muestra con respecto a la prohibición de la eutanasia activa es que se trata de un caso de paternalismo injustificado que vulnera la capacidad del paciente para ser autónomo”* (Esquivel, 2012, pág. 79), lo que puede dar un sentido crítico sobre la regulación legislativa que permita que el médico respete la autonomía del paciente sin ser criminalizado.

Lo que además, indica que para llevar a cabo cualquier intervención sobre un enfermo en estado terminal, debería de contar con la solicitud expresa y escrita del paciente o su representante en cuyos casos se amerite, lo cual solo puede diferir en casos de urgencia médica, tal como lo estipula el artículo 166 Bis 11. en los siguientes términos:

En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución (LGS, art.166 Bis 11).

En estricto sentido, las facultades sobre el paciente a las que puede acceder el médico sin su consentimiento se limitan a aquellos casos en que se estime se suma urgencia, sin embargo, esto no exime al médico de las responsabilidades que pudieran generarse sobre su actuar.

Por tanto, atendiendo a un estado de negligencia médica se podría interpretar a las acciones contrarias a la ética, principalmente sobre el planteamiento del uso de analgésicos usados con el fin de mitigar el dolor de un enfermo en situación terminal.

En adición la ley les permite a los médicos el uso analgésico del catálogo de los opioides, cuyos fármacos derivan principalmente de componentes que pueden

causar efectos secundarios sobre el paciente, así como dependencia; El uso de estos fármacos debe ser extremadamente riguroso y controlado pues el mal uso de ellos, o en su caso una administración del mismo en las dosis inadecuadas podría causar la muerte del paciente.

En los términos de la ley se describe su uso de la siguiente manera:

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

Podrán hacer uso, de ser necesario de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.

En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables. (LGS, art.166 Bis 16)

Bajo estos términos se desprende que el uso controlado de estos fármacos está permitido, dejando sujeto a lo dispuesto por las disposiciones penales en casos de que su administración sea con fines de terminar con la vida del paciente.

No obstante, en el sentido estricto el apartado dispone que el alcance máximo de los mismo si permite su administración aun cuando está reduzca o acorte la esperanza de vida, lo que indica que mientras en su uso directo no causare la muerte estará permitido reducir la vida del paciente hasta un límite antes de su fallecimiento con el objetivo de mitigar el dolor.

No obstante, ante las necesidades sociales y las disposiciones médicas, a pesar de parecer contradictorio al principio médico de preservar la vida, atendiendo al interés jurídico de la dignidad humana, es un medio necesario que, a pesar de acortar la vida, siempre que exista el consentimiento del paciente, pueda llevarse a cabo al tenor de un interés legítimo.

Por lo tanto, frente a un estado de eutanasia solo se delimita por la acción que causare la muerte y la acción que acorte la vida, siendo esta la única diferencia.

Los principios éticos finalmente se adentran en las acciones de los profesionales de la salud, pues derivado de la figura denominada objeción de conciencia, es que el personal de la Salud respecto a sus principios éticos y morales tome la libre decisión de aplicar un procedimiento que vaya en contra de esos principios, en lo respectivo a un deber concreto, pues cualquier omisión contraria puede resultar en una negligencia médica.

Esta afirmación puede ser aplicable a los confines de la eutanasia, pues en el supuesto de que un enfermo terminal la solicitare y sea valorado como fuente alternativa, se estaría dispuesto a los intereses jurídicos de salvaguardar el derecho a una muerte con dignidad, sin embargo, si la misma va en contra de los principios del médico, se podría tomar la facultad de rechazar ser participe en la acción sobre el paciente, dejando cabida a sus intereses éticos, pero no dejando de lado que dicha acción puede ser retomada por homologos cuyos principios no vayan en contra de dicha práctica.

En retrospectiva, es así como la conciencia médica frente a la aplicación de la eutanasia velaría por el respecto a las prácticas éticas y morales de los profesionales de la salud, pero deja abierto el derecho a los paciente y médicos llevar a cabo esta práctica en el estricto sentido regulado, necesario y ético de un interés juico al naciente derecho de la muerte con dignidad.

CONCLUSIONES.

PRIMERO. - Conforme al marco normativo vigente en México, y las disposiciones aplicables que fomentan un interés legítimo hacia la protección de los derechos humanos; se permite a los Estados la creación de normativas que integren dentro de su catálogo lo concerniente a derechos socialmente necesarios, pues en coadyuvancia con los diversos órganos internacionales, se estarían salvaguardando los derechos de las personas y con ellos sus intereses.

SEGUNDO. – Las determinaciones de los altos índices de pobreza y acceso a la salud en México son alarmantes, pues bajo el régimen salubre, es un derecho humano reconocido tener acceso a los servicios gratuitos de salud, por ende, la basta población en paralelo con las instituciones publica médicas, son deficientes para la atención médica-ciudadana, lo que resulta de una violación a este derecho.

TERCERO. – Bajo un estricto sentido, la eutanasia dentro de un régimen estructurado puede velar por un interés jurídico de preservar la dignidad humana en el lecho de muerte, no vulnerando preceptos constitucionales ya que, aquellas personas en estado terminal se encuentran en estado de indefensión y catalogados como grupos vulnerables, al no estar en pleno goce de sus derechos intrínsecos, dejando cabida a la dignidad como único derecho integro posible de salvaguardar.

CUARTO. – En atención a los principios rectores del derecho, así como las disposiciones y necesidades sociales, la permisión eutanásica, en salvaguardia de la dignidad, puede consentir al personal médico su aplicación, sin repercusión alguna, siempre y cuando esté de acuerdo el paciente y se sujeten a las disposiciones aplicables.

QUINTO. – La regulación de la eutanasia, frente a los cuidados paliativos en los enfermos en estado terminal, fundamentada ante los fenómenos sociales de la pobreza, acceso a la salud y demás relativos; permitiría eximir a los médicos cuya ética no se encuentre en contra, de la responsabilidad penal que pudiera general esta práctica, regulando así que sea solamente bajo disposición médica sea posible la aplicación eutanásica.

SEXTO. – La permisión regulada de la eutanasia en casos médicos necesarios y fundamentado bajo petición y los estatutos aplicables, estaría atendiendo a la salvaguarda del derecho a la dignidad de las personas, frente a la vulneración de sus derechos de salud, atención médica y demás aplicables que conforman el derecho a una vida digna, misma que el enfermo en estado termina no se encuentra en pleno goce.

PROPUESTA

Ante la vulnerabilidad de los derechos de enfermos en situación terminal, los índices de acceso a los servicios de salud y los factores de riesgo que influyen como la pobreza, el Estado debe buscar la forma de proteger y salvaguardar estos derechos, procurando la dignidad de estas personas en su lecho de muerte; de tal manera, que sea posible llevar a cabo la práctica médica eutanasia sobre los enfermos terminales que la requieran, sin sanción penal al personal médico que la aplique.

Por consiguiente, la continua propuesta se presenta de acuerdo con el estudio del fenómeno planteado, con la cual se permitiría una regulación eutanásica en los supuestos de enfermedad terminal, sin responsabilidad penal alguna al personal médico bajo el siguiente término.

Adicionando al artículo 166 Bis 21 de la LGS, un segundo párrafo referente a la exclusión del personal médico que, por petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca del paciente o tutor legal, solicite la aplicación médica de la eutanasia, siempre y cuando sea por razones humanitarias y la persona padeciera una enfermedad terminal.

Por otro lado adicionar, un apartado que contemple los factores necesarios que se deben cumplir, para que esta práctica pueda ser llevada a cabo, garantizando que conforme al principio de objetividad ética se guíe de acuerdo la ética legal socialmente necesaria; por otro lado, dejando cabida al principio de objeción de conciencia del médico que se negare a participar, no equiparándose a negligencia médica.

Luego entonces, debiendo quedar la adición de la siguiente manera:

Actual:

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.

Adición:

No será sujeto de acción penal, el médico que haya llevado a cabo la práctica eutanásica, si se cumplen los siguientes elementos de fondo:

- I. El enfermo en situación terminal haya solicitado de forma escrita, libre, reiterada, seria e inequívoca la aplicación de la eutanasia; siempre y cuando sea mayor de edad y se encuentre en pleno goce de sus facultades mentales.
En caso de no encontrarse consciente, podrá ser solicitada por el representante, o familiar a cargo del enfermo terminal, de no existir representante alguno podrá ser tomada por el médico a cargo, solo en casos de urgencia médica.
- II. Que el enfermo se encuentre padeciendo de un dolor insoportable derivado de la enfermedad.
- III. Que el pronóstico de vida del enfermo sea menor a seis meses según lo dispuesto por el artículo 166 bis 1, fracciones I y IV.
- IV. Que el médico, haya informado al paciente sobre su estado de salud.
- V. Se le informe al paciente los alcances de la aplicación eutanásica, así como el procedimiento, estando de acuerdo de forma consciente o bajo su representante legal, debiendo expresar por escrito su conformidad.
- VI. Exista una segunda opinión imparcial de un médico, que bajo diagnóstico estime pertinente la aplicación eutanasia.
- VII. Se informe al paciente por escrito la hora y fecha de la intervención médica, quien podrá revocarla en cualquier momento previo a la intervención.
- VIII. Se envíe el expediente clínico con la solicitud y los informes de los médicos interventores al Comité Hospitalario de Bioética (CHB), quien bajo previo análisis emita constancia de aprobación de la acción.

- IX. El centro hospitalario deberá garantizar en todo momento la confidencialidad de los documentos y datos de las personas solicitantes, debiendo garantizar la intimidad de los enfermos durante el proceso.
- X. Deberán obrar las constancias de informe y conformidad en la historia clínica del paciente, para su debido cotejo, quedando la responsabilidad a cargo del hospital para salvaguardar la misma.

En casos de objeción de conciencia médica, no se entenderá como negligencia, siempre y cuando el médico a cargo haga del conocimiento al CHB, los motivos por los cuales no puede intervenir en el proceso, debiendo hacerlo por escrito una vez sea presentada la solicitud por el enfermo o su representante para la aplicación de la eutanasia.

Al tenor del párrafo anterior, se remitirá el expediente a un segundo médico, quien dará seguimiento a la solicitud del paciente, bajo las mismas disposiciones.

FUENTES DE CONSULTA

1. 1216, R. (2015). *Lineamientos para hacer efectivo el derecho a morir dignamente*. Colombia. Obtenido de <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/sentencias>
2. 3/2021, L. O. (2021). *Ley Organica 3/2021, del 24 de marzo, de regulacion de la eutanasia*. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf>
3. AMM. (1947). *Asociación Médica Mundial*. Obtenido de <https://www.wma.net/es/>
4. C-233. (2021). *sentencia C-233/21*. Colombia. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm>
5. C-239. (1997). *sentencia C-239 1997*. Colombia. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-239-97.htm>
6. CADH. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Obtenido de https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf
7. CDESC. (1985). *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de <file:///C:/Users/kirit/Downloads/G0043937.pdf>
8. CDID. (2006). *Campaign for Dignity in Dying*. Obtenido de <https://www.dignityindying.org.uk/news/voluntary-euthanasia-society-changes-name-70-years-become-dignity-dying-23-jan/>
9. CIEM. (1949). *Código Internacional de Ética de la AMM*. Obtenido de <file:///C:/Users/kirit/Downloads/codigo-internacional-de-etica-medica.pdf>
10. CNB. (1992). *Comisión Nacional de Bioética*. Obtenido de <https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/eutanasia.pdf#:~:text=Por%20tal%20raz%C3%B3n%2C%20es%20necesario%20definir%20la%20eutanasia,petici%C3%B3n%20de%20%C3%A9ste%2C%20para%20terminar%20con%20su%20sufimiento>
11. COMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York. Obtenido de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

12. CPC. (1985). *Código Penal Canada*. Obtenido de <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-46/>
13. CPCDM. (2017). *Constitución Política para la Ciudad de México*. México. Obtenido de https://www.congresocdmx.gob.mx/archivos/legislativas/constitucion_politica_de_la_ciudad_de_mexico.pdf
14. CPEUM. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.
15. CPF. (1931). *Código Penal Federal*. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>
16. DDV. (1776). *Declaración de los Derechos de Virginia*. Recuperado el enero de 2025, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2698/21.pdf>
17. DOF. (1981). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el enero de 2025, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4603452&fecha=09/01/1981#gsc.tab=0
18. DOF. (2012). *NOM-004-SSA3-2012*. Obtenido de https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
19. DUDH. (1948). *Naciones Unidas*. Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
20. ENSANUT. (2022). *Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022*. Obtenido de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/04-Utilizacion.de.servicios-ENSANUT2022-14813-72275-2-10-20230619.pdf>
21. Esquivel, M. R. (2012). *Autonomía y bienestar en la práctica médica. La eutanasia como caso de estudio bajo una interpretacion Kantiana*.
22. GASMNyNN. (2018). *Guía de Actuación en Supuestos de Muerte Natural y No Natural* (. Obtenido de <https://medicosrioja.com/wp-content/uploads/2018/06/GuiaMuerteNatural-ok.pdf>
23. Ginebra, D. d. (2006). *Juramento Hipocrático*. Obtenido de [https://liberumasociacion.org/wp-content/uploads/2022/06/CONVENCION-DE-GINEBRA-JURAMENTO-HIPOCRATICO-ACTUALIZADO-1.pdf#:~:text=La%20IIAsamblea%20General%20de%20la%20Asociaci%C3%](https://liberumasociacion.org/wp-content/uploads/2022/06/CONVENCION-DE-GINEBRA-JURAMENTO-HIPOCRATICO-ACTUALIZADO-1.pdf#:~:text=La%20IIAsamblea%20General%20de%20la%20Asociaci%C3%91)

B3n%20M%C3%A9dica%20Mundial%2C,al%20recibir%20sus%20diplomas%2C%20un%20juramen

24. Gual, C. G. (1993). *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Gredos. Obtenido de <https://archive.org/details/hipocrates-tratados-hipocraticos-i/page/n5/mode/1up?view=theater>
25. IMSS. (2025). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2024-202*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20242025/19-informe-completo.pdf>
26. INEGI. (2025). *Estadísticas de defunciones registradas*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_CP_ene-dic.pdf
27. INEGI. (2025). *Indicadores de Pobreza Multidisciplinaria*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/desarrollosocial/pm/>
28. Jonsen, A. R. (2003). *Ética de la Eutanasia*. Obtenido de <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/10/2002-etica-eutanasia.pdf>
29. Kant, M. (1785). *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Madrid. Obtenido de https://ia802303.us.archive.org/28/items/john_rawls_-_teoria_de_la_justicia/fund_metaf_costumbres.pdf
30. LEFV. (2019). *Ley de Elección al Final de la Vida*. Obtenido de <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html>
31. LEL. (2009). *Ley de Eutanasia Luxemburgo*. Obtenido de <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>
32. LGS. (1984). *Ley General de Salud*. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
33. LRE. (2002). *Ley del 28 de mayo del 2002 Relativa a la eutansia completada por la ley del 10 de noviembre de 2005*. Obtenido de <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>

34. LTPySA. (2016). *Ley de Terminacion de la Vida a peticion y Suicidio Asistido*. Obtenido de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>
35. MAID. (2024). *Medical Assistance In Dying*. Obtenido de <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html>
36. MyT. (2025). *Plan T-4. El asesinato de los "no aptos"*. Obtenido de https://www.myt.org.mx/memoria_url/plan-t4
37. Naciones Unidas. (1945). *Carta de las Naciones Unidas*. Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/un-charter/full-text>
38. NOM-004-SSA3-2012. (s.f.). *Expediente clínico*. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-004-SSA3-2012.pdf>
39. NOM-011-SSA3-2014. (s.f.). *Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/marconormativo/NormasOficiales/4359.pdf>
40. NOM-012-SSA3-2012. (s.f.). *Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
41. OMS. (2020). *Cuidados Paliativos*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
42. Penal, L. (1961). *Ley Penal*. Obtenido de <https://www.legislation.govt.nz/act/public/1961/0043/latest/DLM329347.html#DLM329347>
43. PIDCP. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Obtenido de https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf
44. PIDESC. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Economicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/instruments->

mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

45. Platón. (s.f.). *La república*. nueva acrópolis. Obtenido de https://drive.google.com/file/d/0B40__7bsEjrVWnBGU2M3RFo5d3M/view?resourcekey=0-70XKv694LMYf6Jfc-Il7VA
46. RCP. (2000). *Signos Catatónicos Prevalencia en Trastorno Mental*. Colombia. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n3/v29n3a04.pdf>
47. REC. (1947). *Revista Española de cardiología*. Obtenido de <https://www.revespcardiol.org/es-muerte-subita-articulo-S0300893212004277-pdf>
48. Rojas, J. P. (2021). *Historia de la anestesiología*. Ciudad de México. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032021000400288
49. Sáenz, S. E. (2024). *El Estado ante el final de la vida. Aspectos jurídicos y bioéticos sobre la eutanasia y el suicidio asistido*. UNAM.
50. Salud, S. d. (2021). *Carta de los Derechos de los Pacientes*. Obtenido de https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/aval_ciudadano_carta_derechos.pdf
51. Sanchez, J. A. (s.f.). *concepto de muerte natural, violenta y sospechosa de criminalidad. Fenómenos cadavéricos y su evolución*. Obtenido de <https://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento29637.pdf>
52. Sierra, R. P., & Serrano, O. R. (2001). *EL PAPEL DE LA MEDICINA GENERAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2001/ponencia_may_2k1.htm
53. UIV. (2024). *¿Enfermedad crónica o aguda? diferencia y ejemplos*. Obtenido de https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/enfermedad-aguda-o-cronica-diferencias-y-ejemplos#concepto_cronica