



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

Percepción y conocimiento sobre eutanasia en el personal de enfermería que labora en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital del IMSS en la Ciudad de México, 2022.

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ENFERMERÍA: CUIDADOS CRÍTICOS.

P R E S E N T A

LIC. EN ENF. CARLOS YAVÉ CAMACHO MARTÍNEZ.

DIRECTOR

DR. EN. C. S. IHOSVANY BASSET MACHADO.

CO-DIRECTOR

DR. EN C.S. RAFAEL ANTONIO ESTEVEZ RAMOS.

TUTOR

DR. EN S.P. JULIO FLORES VILLEGAS.

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO MARZO 2022



CUVCH

**CONOCIMIENTO SOBRE EUTANASIA EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA QUE LABORA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PERTENECIENTE AL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO
2023.**

INDICE.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	12
II. ESTADO DEL ARTE.....	14
1.CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE EUTANASIA.	14
2.LA VIDA.....	14
2.1. Definición de la vida.....	15
2.2. La vida humana, un acto amparado en cuestiones jurídicas.	15
2.3. Margen Jurídico de la vida del ser humano en México.	16
2.4. Caracteres de la vida como derecho humano.	16
1) Natural y Vitalicio:.....	16
2) Universal:	17
3) Irrenunciable e Innegociable:	17
4) Inalienable e Imprescriptible:.....	17
5) No es concedido sino reconocido:.....	17
2.5. El derecho a la vida y calidad de vida.....	17
3. LA MUERTE	20
3.1. Definición de la muerte.	22
3.2. La sociedad ante la muerte.....	23
3.3. Aspectos legales ante la muerte.....	25
3.4. Clasificación y tipos de muerte:	26
3.4.1. Muerte clínica:	26
3.4.2. Muerte relativa:	26
3.4.3. Muerte absoluta:	26
3.4.5. Muerte total.....	26
3.4.6. Muerte cerebral o encefálica.....	27
3.4.7. Muerte celular:	27
3.4.8. Muerte somática.	27
3.4.9. Muerte Real.	28
3.4.10. Muerte Súbita.	28
3.4.11. Muerte Repentina.	28

3.4.12. Muerte Natural.....	28
3.4.13. Muerte Violenta.....	28
3.5. La religión y la muerte.	29
3.6. Según la tradición monoteísta.....	29
3.7. Tradición budista.	30
3.8. Tradición religiosa de la Grecia clásica.	30
3.9. De acuerdo con las especulaciones de lo paranormal.	30
3.10. La muerte de acuerdo con la imaginación del mexicano.	31
3.11. El derecho a morir con dignidad.	32
4. CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBI MORTALIDAD EN MÉXICO.....	34
DEFUNCIONES RELACIONADAS CON PROBLEMAS DE SALUD.....	35
4.1. Defunciones Por Alteraciones Cardiovasculares.	35
4.2. Defunciones Causadas Por Diabetes Mellitus.	36
4.3. Defunciones Por Tumores Malignos.....	38
4.4. Cáncer Cervicouterino.	39
4.5. Cáncer de Mama (CAMA).....	40
4.6. Defunciones Por Enfermedades Hepáticas.	40
4.7. Exceso De Mortalidad Por Enfermedades Del Hígado.	41
4.8. Defunciones Por Enfermedades Cerebro Vasculares.	41
4.9. Defunciones Causadas Covid 19.....	42
4.10. La Transformación De La Vida De Los Mexicanos.....	44
4.10.1 Los Efectos Sociales Y Personales Causados Por La Covid 19.....	45
4.11. Defunciones Por Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas.	45
4.12. Exceso de mortalidad por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).	47
4.13. Defunciones Por Influenza Y Neumonía.	47
4.14. Influenza Estacional.....	48
4.15. Neumonía, Una De Las Principales Causas De Muerte Y Hospitalización N México.	50
4.16. Defunciones Por Insuficiencia Renal.	50
5. IMPACTO ECÓNOMICO Y EN LOS SERVICIOS DE SALUD.	51
6. LA EUTANASIA EN MÉXICO.....	52
6.1. Antecedentes.....	53
6.2. Epocas Primitiva Y Antigua.....	55
6.3. Epóca Medieval.	56
7. LA EUTANASIA DESDE EL AMBITO LEGA EN MÉXICO.	57

7.1. Juramento Hipocrático.....	57
7.2. Pueblo Judío.....	60
7.3. Pueblo Griego.....	60
8. CONCEPTOS VINCULADOS AL TEMA DE LA EUTANASIA.....	60
8.1. Enfermo Terminal.....	60
8.2. Enfermedad En Estadio Avanzado.....	61
8.3. Cuidados Paliativos.....	61
9. PRINCIPIOS ÉTICOS RELEVANTES DE LA MÉDICA PALIATIVA.....	63
9.1. Principio de veracidad.....	63
9.2. Principio de proporcionalidad terapéutica.....	64
9.3. Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia.....	66
9.4. Principio de prevención.....	67
9.5. Principio de no-abandono.....	67
10. SEDACIÓN PALIATIVA.....	68
11. SITUACIÓN DE AGONÍA.....	68
12. VOLUNTAD ANTICIPADA.....	69
13. HOMICIDIO POR PIEDAD.....	70
13.1. Incurable.....	71
14. DERECHO A LA MUERTE DIGNA.....	71
15. TIPOS DE EUTANASIA.....	73
15.1. Eutanasia Pasiva.....	73
15.2. Eutanasia Indirecta.....	73
15.3. Eutanasia involuntaria.....	74
15.4. Eutanasia Positiva.....	74
15.5. Eutanasia negativa.....	74
15.6. Eutanasia Solutiva.....	74
15.7. Eutanasia Activa.....	74
15.8. Eutanasia Terminal.....	74
15.9. Eutanasia Paliativa.....	75
15.10. Eutanasia Voluntaria.....	75
15.11. Eutanasia Involuntaria.....	75
15.12. Eutanasia Por Omisión.....	75
16. DIFERENCIA CON OTRAS PRÁCTICAS RELACIONADAS.....	76
16.1. Eugenesia.....	76
16.2. Ortotanasia.....	76

16.3. Distanasia.....	76
16.4. Adistanacia.....	77
16.5. Autanasia.....	77
17. PRINCIPIOS QUE RIGEN LA EUTANASIA.....	77
17.1. Principio de Beneficencia.....	77
17.2. Principio de no maleficencia.....	78
17.3. Principio de autonomía.....	78
17.4. Principio de justicia.....	78
18. CÓDIGO DE BIÓETICA PARA EL PERSONAL QUE BRINDA SERVICIOS DE SALUD.....	79
18.1. Algunos Principios Bioéticos.....	81
19. LOS PACIENTES COMO UN CENTRO DE INTERES EN LA BIOETICA.....	83
20. RESPONSABILIDADES DE LOS INDIVIDUOS SANOS Y DE LOS PACIENTES.....	85
21. BIOETICA ENFOCADA A LA INVESTIGACIÓN EN LA SALUD.....	86
22. MARCO JURÍDICO DE LA EUTANASIA.....	87
□ Artículo 166 Bis 21.....	87
Artículo 312.....	88
Artículo 313.....	89
23. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES IMPLICADOS.....	90
□ Declaración Universal de los Derechos Humanos.....	90
□ Convención Americana sobre Derechos Humanos.....	90
□ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.....	91
24. ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA EN LA 27ª SESIÓN ORDINARIA.....	91
24.1. La Recomendación Relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos.....	91
24.2, Asociación Médica Mundial.....	92
24.3. Declaración sobre la eutanasia.....	92
25. Declaración sobre la Atención de Pacientes con fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales.....	93
26. PROTECCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LA ETAPA FINAL DE SU VIDA.....	95
27. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA EUTANASIA.....	100
28. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL SUICIDIO CON AYUDA MÉDICA.....	100
29. MARCO JURÍDICO NACIONAL.....	100
29.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	101
29.1.1. Código Penal Federal.....	101

29.2. Código Penal del Distrito Federal.	101
29.3. Código Penal del Estado de Morelos.	102
□ Artículo 310.	102
29.4. Código Penal del Estado de México.	102
□ Artículo 249.	102
30. MARCO JURIDICO INTERNACIONAL.	102
30.1. Holanda.	102
30.2. Belgica.	104
30.3. Estados Unidos (Oregon).	105
31. INICIATIVAS PRESENTADAS AL CONGRESO DE LA UNIÓN EN MATERIA DE EUTANASIA.	105
31.1. LXII Legislatura.	107
31.2. LXIII Legislatura.	108
32. LA MUERTE DESDE UN ACTO HUMANO.	108
33. CLASIFICACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA EUTANASIA.	109
34. COMPARACIÓN DE LA EUTANASIA CON EL HOMICIDIO.	112
34.1. Homicidio Consentido.	113
35. EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO Y LA EUTANASIA.	114
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	117
IV. JUSTIFICACIÓN.	119
V. OBJETIVOS.	121
VI. METODOLOGÍA.	122
VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.	124
7.1. Criterios De Inclusión:	124
7.2. Criterios De Exclusión:	124
7.3. Criterios De Eliminación:	124
VIII. RESULTADOS.	124
Figura 1.	126
IX. DISCUSIÓN.	133
X. CONCLUSIONES.	135
XI. REFERENCIAS CONSULTADAS.	141
XII. ANEXOS.	Error! Bookmark not defined.

I. INTRODUCCIÓN.

A lo largo del tiempo, las enfermedades de tipo crónico degenerativas han tenido un auge a nivel mundial, las cuales comprometen la salud y el estado de vida de quienes las padecen, debido a su incidencia existe un gran número de casos en los cuales el estado de salud de un individuo pasa de ser un malestar transitorio hasta convertirse en estado crítico.

La vida de acuerdo con las cuestiones religiosas hace referencia al estado en el cual se encuentra el alma y espíritu después de la muerte. Además de que hace énfasis en que el alma está ligado directamente con el cuerpo, lo cual forma un vínculo inseparable, por lo cual se dice que existen 2 tipos de vida: La vida del cuerpo que es mortal y la vida del alma que es eterna.

El derecho a la vida es una condición inherente de la naturaleza humana y es la primera parte esencial del principio de la existencia de la humanidad, porque su negación representa al mismo tiempo la pérdida de la condición natural que surge del estado de la materia sobre la presencia en el mundo de hombres y mujeres.

Muchos filósofos, juristas y científicos enfatizan en la primacía del derecho a la vida y su existencia como la ley lo prescribe. Eminentes miembros de la corte real y eruditos de nuestro país lo han propugnado, e incluso ha habido resoluciones de nuestro máximo tribunal que han protegido eminentemente al feto desde el momento de la concepción.

La vida del hombre es siempre superior a las estructuras que lo enmarcan. Actualmente el contexto mundial o global en el cual nos encontramos, el ser humano parece tener cada vez menor atención y valor como persona en todos los aspectos, subordinado como está, a sistemas, ideologías y fuerzas que son condicionantes y lo marginan, por lo cual el hombre queda reducido en el peor de los casos a un objeto y una demanda laboral por parte de los demás.

Durante el transcurso y el paso de los años, la medicina ha tenido grandes avances en cuanto al sistema de investigación e implementación de terapias nuevas y nuevos tratamientos para curar las enfermedades que se presentan cotidianamente.

De igual manera cabe destacar que se han implementado distintas maneras y medios a través de los cuales se busca someter al paciente a soportes para mantenerlo vivo cuando este se encuentra en una situación de enfermedad terminal, prolongando su agonía y aumentando el sufrimiento. Es por ello que se implementó la Ley de Voluntad Anticipada, la cual permite al enfermo o a sus familiares implementar los tratamientos o medios de soporte para mantenerlo vivo a pesar del pronóstico sobre su estado de salud. (SEGOB, 2018).

Cabe destacar que el objetivo de la voluntad anticipada no es prolongar ni acortar la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte de una persona y prioriza la atención y los cuidados paliativos otorgados al paciente que padece alguna enfermedad terminal que pone en riesgo su vida, es decir, ofrecer acompañamiento a la persona sin intervención médica durante esta última etapa de su vida. ((Art. 1 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, 2019).

El presente trabajo muestra el nivel de conocimiento acerca de la eutanasia por parte del personal de enfermería que labora en un hospital perteneciente al IMSS ubicado en la ciudad de México, en donde se llevó a cabo una encuesta de forma ex profesa a través del método cuantitativo con enfoque analítico.

II. ESTADO DEL ARTE.

1.CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE EUTANASIA.

El término “Eutanasia” ha tenido diferentes definiciones a lo largo del tiempo. Eutanasia proviene del griego “eu-thanatos” que significa “buena muerte” o “muerte sin dolor” (Bacon, 1623).

A lo largo del tiempo, las enfermedades de tipo crónico degenerativas han tenido un auge a nivel mundial, las cuales comprometen la salud y el estado de vida de quienes las padecen, debido a su incidencia existe un gran número de casos en los cuales el estado de salud de un individuo pasa de ser un malestar transitorio hasta convertirse en estado crítico.

En la actualidad la mayoría de las personas no gozan de una muerte tranquila y sin dolor en compañía de sus familias y seres queridos, tampoco en un ambiente que les brinde paz en el lecho de su muerte, sino que lo hacen en instituciones que brindan servicios de salud, siendo atendidos por personal profesional en el área, y no lo hacen de forma brusca o inesperada, sino de una manera agónica y sofocante.

2.LA VIDA.

La vida es un estado del ser, y la única ambigüedad con la muerte es que se considera un derecho reconocido por todos los seres vivos, especialmente los humanos.

Es más, se considera un derecho fundamental del individuo y no es sólo un derecho humano, sino que también está reconocido explícitamente en la mayoría de las leyes, como veremos con más detalle a continuación.

2.1. Definición de la vida.

El término “VIDA” proviene etimológicamente de los vocablos latinos vita, que significa “vida”, o de los vocablos griegos bios, igual a “vida” y zoon que significa “animal”, “ser vivo”.

El término vida proviene del vocablo latino vita y tiene varios significados. Puede significar tanto el momento de la concepción, el momento del embarazo o el período que abarca desde el nacimiento hasta la muerte de una persona, y puede referirse a un organismo, como una entidad o ser, un cuerpo o incluso el ser mismo.

También puede referirse a un fenómeno que anima y otorga vida a la materia; su existencia y la capacidad de los organismos con vida para crecer, reproducirse y mantenerse en un entorno favorable para ellos. Para estar vivo, un organismo requiere un proceso de crecimiento, metabolismo, movimiento, reproducción o no y responder a estímulos externos. (Leal, 2017).

La vida de acuerdo con las cuestiones religiosas hace referencia al estado en el cual se encuentra el alma y espíritu después de la muerte. Además de que hace énfasis en que el alma está ligado directamente con el cuerpo, lo cual forma un vínculo inseparable, por lo cual se dice que existen 2 tipos de vida: La vida del cuerpo que es mortal y la vida del alma que es eterna.

2.2. La vida humana, un acto amparado en cuestiones jurídicas.

La vida del ser humano se encuentra totalmente bajo protección, ya que engloba un valor esencial y fundamental, esto hace referencia a que se protegen todas las garantías y facultades que este derecho protegido internacionalmente reconoce.

La vida está considerada como un derecho absoluto, el cual está limitado a respetar el derecho de los demás con respecto a su propia vida.

En documento publicado anteriormente por la doctora Dolores Vila Coro en su obra titulada “Introducción a la biojurídica” todo derecho requiere un sujeto, es decir, el sujeto del derecho

a la vida hace referencia al ser humano. En su obra explica que todo ser humano tienen derecho a alguna cosa o al goce de alguna garantía desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando se encuentre con vida.

2.3. Margen Jurídico de la vida del ser humano en México.

La constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hace referencia a la Ley Suprema del Sistema Jurídico Mexicano. Hace referencia a la descripción entre los principios y los objetivos de la nación.

Establece la existencia vital de los órganos de autoridad, sus facultades y limitaciones, así como la descripción de los derechos de los individuos y las condiciones para hacerlos efectivos.

La Ley Suprema del Sistema Jurídico Mexicano fue promulgada el 5 de Febrero de 1917 por Venustiano Carranza en el teatro de la República ubicado en la ciudad de Queretaro, la cual entro en vigo en el mes de mayo de 1917.

2.4. Caracteres de la vida como derecho humano.

Desde diferentes puntos de vista en particular el doctrinario consideran la vida como un derecho supremo, ya que esta se caracteriza por ser:

- 1) Natural y Vitalicio:** Constituye un derecho que es reconocido en la propia forma natural de la persona. Esta característica tienen una gran consecuencia, es que hace referencia a que es un derecho inmutable y con características personalistas. Cada una de las personas cuenta con esa característica y esto a su vez hace referencia a que es dueña de los derechos mientras se encuentre con vida, es decir que asume la titularidad del derecho por el simple hecho de ser un ser humano y tener vida, ya sea hombre y mujeres y desde el punto de vista científico se es dueño del derecho por poseer signos vitales.

- 2) **Universal:** Constituye a un derecho un conjunto de derechos propios de todos los seres humanos, no solo en México, sino en el mundo entero, sin discriminación, ni actos represivos hacia ningún ser humano.
- 3) **Irrenunciable e Innegociable:** Los derechos son únicos en cada ser humano, no pueden ser transferidos, vendidos o condicionados ya que pertenecen exclusivamente al ser humano como persona, el hecho de nacer no es voluntad propia de una persona, y por lo tanto no puede renunciar a este derecho, sin embargo. Puede disponer de como vivirla siempre y cuando se rija por las normas y leyes de cada comunidad.
- 4) **Inalienable e Imprescriptible:** Desde el nacimiento de los seres humanos, cada uno goza de derechos y garantías individuales, los cuales nadie puede arrebatárselos ni privar de ellos, a menos que se cometa un acto que provoque el cese total de estos.
- 5) **No es concedido sino reconocido:** Este es un derecho el cual es dependiente de la propia naturaleza de las personas que lo confieren, nadie lo puede retirar, lo que se debe hacer es dar reconocimiento y garantía por parte del gobierno federal de México y de cada país, éstos solo pueden reconocerlo y no deben desconocerlo.

2.5. El derecho a la vida y calidad de vida.

El derecho a la vida es una condición inherente a la naturaleza humana y es la parte primera y esencial del principio mismo de la existencia humana, porque su negación representa al mismo tiempo la pérdida de las condiciones naturales que surge del estado de la materia sobre la presencia de hombres y mujeres en el mundo.

No podemos entender la existencia de ningún otro derecho sin la existencia y respeto del derecho a la vida, ya que todos los demás derechos son consecuencias del cumplimiento de esta garantía.

Este derecho se basa en el axioma que considera la existencia de la vida humana desde el momento de la fecundación hasta la unión del óvulo con el espermatozoide.

Desde entonces, se ha demostrado científicamente que tenemos un organismo con un código genético específico, en el que se han marcado los rasgos humanos más distintivos.

La libertad, la igualdad de género, la salud, la educación, la propiedad y, en general, todas las garantías básicas son consecuencia y derivan de la primacía de la vida.

Se han asignado muchos significados diferentes a la vida humana, no sólo por las diferentes perspectivas (genética, medicina, filosofía, teología, etc.), sino también por la diversidad de criterios utilizados por los diferentes estudiosos en cada perspectiva considerada.

Muchos genetistas, como Jérôme Lejeune, coinciden en que la vida de cada individuo tiene un comienzo cierto y comprobado: el momento de la concepción.

Es también esta condición natural del hombre la que le obliga a desarrollar las reglas necesarias para respetar la vida desde el principio, es decir, desde el momento de su concepción.

No podemos concebir una civilización que respete la naturaleza humana si no cuenta con los elementos legales necesarios para proteger la vida de los más vulnerables: los 4.444 niños por nacer. El feto ya es otra vida, aunque esté en curso, porque, al fin y al cabo, toda la existencia del ser humano es un proceso en curso.

Muchos filósofos, juristas y científicos destacan la primacía del derecho a la vida y su existencia antes que la ley escrita. Eminentes ministros de la corte real y eruditos de nuestro país lo han propugnado, e incluso ha habido resoluciones de nuestro máximo tribunal que han protegido eminentemente al feto desde el momento de la concepción.

Hoy en día no basta solamente con el vivir y exigir que se respete nuestro derecho a vivir, sino que debe vivirse dignamente y tener una vida de calidad, lo que hace referencia a que no solo tenemos el derecho a la vida, sino que tenemos el derecho de vivirla dignamente. (Fuentes, 2018).

La calidad de vida humana es la suma de diversas circunstancias susceptibles a alguna modificación, lo cual permite que el individuo realice acciones y cumpla aspiraciones de acuerdo con su conveniencia.

En el caso de las personas que padecen algún tipo de enfermedad de carácter terminal, para las cuales no existe una posibilidad de mejoría en su estado de salud, lo mejor es que puedan tener una vida de calidad por el tiempo que les reste de vida, ya que no hay posibilidad de poder incrementar su cantidad en tiempo de vida, por lo cual incrementar su calidad de vida se convierte en la prioridad principal para el personal de salud (Leal, 2018).

El querer mejorar la calidad de vida donde ya no es posible resulta un acto de sufrimiento e incluso desesperación para algunas personas, ya que puede resultar una actitud injustificable e incluso dolorosa, pues para ello se emplean procedimientos que pueden ser invasivos en la mayoría de los casos, ya que se realiza mediante actos legales, pero deja de convertirse en un acto ético e incluso científico. (Lara, 2018).

La vida del hombre es siempre superior a las estructuras que lo enmarcan. Actualmente el contexto mundial o global en el cual nos encontramos, el ser humano parece tener cada vez menor atención y valor como persona en todos los aspectos, subordinado como está, a sistemas, ideologías y fuerzas que son condicionantes y lo marginan, por lo cual el hombre queda reducido en el peor de los casos a un objeto y una demanda laboral por parte de los demás.

Por lo cual es imperativo y necesario que sea reafirmada la dignidad y el valor del hombre como ser humano, lo cual hace referencia, a la cabalidad y totalidad de sus derechos por el simple motivo de solo serlo (García, 2020).

La dignidad del hombre como ser humano descansa en el derecho de las familias, de los pueblos y de las naciones del mundo, así como de igual manera las diversas categorías en los derechos que el hombre general: Sociales, políticos, económicos, etc. (García, 2020).

Rechazar y menospreciar, sin importar la situación y condición, los derechos del ser humano, conducirá tarde que temprano, a la ruina y desprecio de la dignidad y calidad del ser humano y del sistema político que le rige. Es vital que la dignidad de hombres y mujeres como seres humanos permanezca intacta y con un reconocimiento pleno y total de sus derechos como personas los cuales se encuentran integrados dentro del marco jurídico de cada País, estado o comunidad.

Dependiendo de la dignidad y la libertad humanas cualquier democracia y cualquier orden jurídico básico debe respetar, promover y garantizar no sólo el reconocimiento teórico sino también la aplicación libre y efectiva de los derechos humanos fundamentales, es decir, los derechos a los que toda persona tiene derecho simplemente porque es un hombre y especialmente el derecho a la vida, origen y fuente de todos los derechos humanos independientemente de a qué comunidad política, social o racial se pertenezca. (García, 2020).

Ante el oscuro, inquietante y complicado panorama que plantea la vida cotidiana de las personas marginadas, ignorantes y pobres, sin ánimo discriminatorio, urge cambiar el comportamiento, la forma de pensar y actuar de quienes gobiernan y son gobernados, considerando que diversos temas de salud, bienestar, medio ambiente, subdesarrollo y otros es el resultado lógico de la pérdida de valores, de la gran desigualdad entre pobres y ricos; en los que los principios básicos de la ética, la bioética y los derechos humanos no han sido aplicados y respetados en su debida dirección, a pesar de los notables avances de la ciencia y la tecnología modernas en muchas áreas del conocimiento, hacen un fuerte llamado a los gobiernos de todos los países del mundo a tener una nueva conciencia y un nuevo comportamiento institucional para que los sistemas de gestión de protección de los derechos humanos sean adecuadamente seguidos y aplicados, y luchar a toda costa por priorizar la calidad de vida de cada una de las personas y su dignidad como seres humanos.

3. LA MUERTE

La muerte no es una simple realidad; Nuestra sociedad quiere entender este fenómeno de diferentes maneras, buscando formas de darle significado. Las investigaciones que la ciencia

ha realizado sobre la muerte, intentando descifrar su utilidad biológica, son una ilustración de ello.

Por otro lado, la forma de representar la muerte y el más allá siempre está asociada a la vida de una persona o ser vivo en general, de acuerdo al estilo de vida de cada época y a las creencias asociadas a ellas.

El objetivo de dichas creencias es buscar organizarse a través de un sistema social, el cual es representado por el sistema jurídico, por lo cual se analiza brevemente la muerte desde esta perspectiva. (López, 2017).

En definitiva, no es posible abordar el tema de la muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido trascendental. Por lo tanto, la religión también juega un papel importante a la hora de encontrar consuelo ante una verdad inevitable, dando su propio significado al hecho de la muerte.

La inevitabilidad de la muerte se vuelve más clara si se concibe como una propiedad intrínseca del propio organismo desde su origen.

Para Metchnikoff, la ansiedad que provoca la muerte se debe a que muy pocas personas llegan al final de la existencia normal, después de “completar un ciclo vital fisiológico completo con un envejecimiento normal, que conduce a la pérdida del instinto vital” y el surgimiento del instinto de muerte natural.

Por otro lado, Erick Erikson propuso un esquema crítico en el que la resolución positiva sólo es posible si los conflictos inherentes a etapas anteriores del desarrollo adulto se han resuelto satisfactoriamente; Ofrece un esquema de vida en el que las soluciones positivas ante la muerte inevitable incluyen sentimientos de satisfacción, paz y plenitud en lugar de sentimientos de fracaso, terror y desesperación. (Hernández, 2016).

El dar una definición, un concepto o tener alguna idea sobre el significado de la muerte resulta ser muy difícil para muchas personas, debido a la ansiedad y el temor que puede llegar a provocar el solo mencionar este tema, ya que abarca diferentes aspectos y emociones, las cuales se ligan en distintos ámbitos: social, moral, religioso, ético, médico y legal, los cuales se encuentran entrelazados de una forma compleja. De igual manera cabe destacar que cada

una de estas disciplinas busca darle su propio sentido y significado, por ello es por lo que resulta muy difícil de definir.

3.1. Definición de la muerte.

- La muerte del ser humano esta definida como “la pérdida permanente de la conciencia (considerando sus componentes anatómicos y fisiológicos) y, de forma inherente e inseparable, la pérdida de la capacidad del organismo para funcionar como un todo”. (García 2008).
- El Diccionario de la Real Academia Española define a la MUERTE “Del lat. mors, mortis. 1. f. Cesación o término de la vida. 2. f. En el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma. 3. f. Acción de dar muerte a alguien”. (Lara, 2018).
- “Muerte. f. fin, extinción, término, cesación de la vida, al menos en el aspecto corporal. Homicidio, sea casual o intencional. Destrucción, ruina, desolación. Cese en una actividad; paralización de la misma”. (Cabanelas, 2015).
- De acuerdo con el aspecto médico. “Muerte, f. el cese integrador de la actividad del organismo, que se manifiesta por una variedad de signos clínicos.No hay estado intermedio entre la vida y la muerte: sólo puede mantenerse dicha actividad vital orgánica o deja de existir. A pesar de esta regla de todo o nada, diagnosticar la muerte puede resultar difícil a medida que se acerca el momento de la muerte.
- Se define a la muerte como la supresión de toda manifestación de vida del organismo en su conjunto. La muerte es un proceso gradual que comienza a nivel celular por el fallo funcional de un órgano vital constituyendo la irreversibilidad su característica principal, es decir, el proceso degenerativo donde ya no es posible el retorno y la revivificación. (Vidal, 1991).
- La muerte es un fenómeno natural, universal y único. Esto es natural, porque si no se intervienen causas no naturales, sucederá de una forma u otra, principalmente por

accidentes, enfermedades y/o envejecimiento, por la relación con el medio ambiente o por desgaste fisiológico. Es universal, porque por una razón u otra, todos matan y morirán. Es único, porque el concepto de muerte se considera “el fin de la vida” que sólo le sucede a cada persona una vez.

La muerte es algo muy natural. Si la muerte fuera inevitable, los organismos competirían ferozmente por los recursos o incluso no habría vida alguna.

Desde una perspectiva científica, la vida es un punto de equilibrio autosostenible en el que los organismos persisten mientras puedan tomar del medio ambiente lo que necesitan.

La muerte es un aumento de la entropía o del gradiente de desorden en un sistema vivo. Al final, el desorden aumenta y el sistema colapsa.

Esto sucede en todos los sistemas termodinámicos que la física es capaz de describir, y también sucede con los organismos vivos: eventualmente se descomponen y mueren, devolviendo toda su energía química y el material para el ciclo se acumula en sus cuerpos.

Un gran depredador eventualmente morirá, dejando su cuerpo salvaje y desgarrado a formas de vida más primitivas, que descompondrán y reciclarán sus componentes bioquímicos. Así, la muerte permite que la materia y la energía circulen en ciclos naturales. (Castillo, 2019).

3.2. La sociedad ante la muerte.

Si bien algunos animales tienen comportamientos de muerte innatos, en los humanos, sus actitudes y comportamientos hacia la muerte están determinados culturalmente; Estas costumbres cambiaron de época en época, a veces la muerte era vista como un hecho natural e inevitable, otras veces como un enemigo que había que derrotar. La cultura da forma a nuestra experiencia de pérdida y a los rituales que la rodean. Con el tiempo, la muerte se convierte en una experiencia introspectiva y meditativa. La vida es una preparación para la eternidad.

La muerte siguió siendo vista como una intervención deliberada y personal de Dios, y así continuó durante toda la Edad Media; Dramatizado en un momento de dolor, en alusión a la

lucha entre ángeles y demonios que se disputan el alma del moribundo. Por eso es importante tener una “buena muerte”, para tener la esperanza de conquistar el reino de los cielos. (Hernández, 2006).

Hablando particularmente sobre el tema de la eutanasia la actitud ante este ha ido cambiando progresivamente con el paso del tiempo en los distintos países y comunidades del mundo, en algunos países la eutanasia ha sido tomada en cuenta como un derecho constitucional, como es el caso de países europeos como lo es Holanda. En el caso de México la percepción ante el concepto de muerte es distinta, puede verse desde un marco legal, hasta un marco espiritual y religioso.

Se han planteado y formulado distintas opiniones con respecto al tema de eutanasia, elaboradas por distintas personas de diferentes eras, comunidades, países y sociedades, pero existen muy pocas opiniones con respecto al personal médico quienes de alguna manera se encuentran con mayor frecuencia en contacto con este fenómeno diariamente en sus centros laborales.

Hablando sobre el tema de eutanasia y suicidio medicamente asistido existen diversas opiniones planteadas por médicos y enfermeras, las cuales llevan a 2 posturas antagónicas por parte del personal de salud: la opinión que algunos tienen en contra de la eutanasia esta fundamentada en el hecho en que practicar la eutanasia en México con o sin el consentimiento del paciente o familiares estaría siendo catalogada como un homicidio doloso, aunque esta se haya aplicada bajo el consentimiento del paciente o familiares; ya que la tarea y función principal del personal sanitario es el salvar las vidas de las personas que necesitan de sus servicios, no destruirlas.

Quienes estan en contra de la legalización de la eutanasi como una práctica por parte del personal sanitario, tomarón como argumento que con la creación y avance en materia de tecnologia y equipamiento en los centros donde se brinda atención sanitaria, además de la creación de distintos medicamentos de acción hipnótica, vasopresora, anéstenica, traquilizante y sedante, los cuales permiten que el dolor y las molestias presentadas por el paciente a causa de su enfermedad puedan ser controlados para ser tolerados por el pacientes.

Hoy en día la muerte es considerada tabú por la sociedad, incluso quienes saben que están a punto de morir no tienen derecho a hablar de ello; Es el caso de los enfermos terminales que acuden al hospital para intentar luchar hasta el final, a pesar de las circunstancias adversas. (Hernandez, 2018).

3.3. Aspectos legales ante la muerte.

Las leyes son aspectos sociales que fueron creadas por el hombre con el objetivo de regular el comportamiento y funcionamiento de una sociedad, por lo tanto, todos los aspectos relacionados con la vida y la muerte están relacionados y regidos por un marco legal. (Gómez, 2018).

En México de acuerdo con lo redactado en la Ley General de Salud 2024 en su artículo 343 que habla acerca de la pérdida de la vida por parte de una persona, redacta que la pérdida de la vida ocurre cuando existe una muerte encefálica en un individuo o bien el paro cardíaco irreversible por parte de una persona. De igual manera especifica que la muerte encefálica se especifica y se concreta de las siguientes maneras:

- 1) Ausencia completa y permanente de la conciencia.
- 2) Ausencia permanente de la respiración espontánea.
- 3) Ausencia total de los reflejos del tallo cerebral, manifestado de distintas maneras como lo es la arreflexia del tallo pupilar, ausencia de movimientos oculares y ausencia de respuestas ante estímulos nociceptivos.

La muerte es un acontecimiento natural que ocurre en todo ser vivo, que de manera directa pasa a convertirse en un hecho jurídico, puesto que a partir de ella surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones e incluso responsabilidades para las personas, depende el tipo y las causas en la que ocurrió la muerte de un individuo.

En el ámbito legal como parte de la preparación ante la muerte se estipula la elaboración de un testamento, mediante el cual después de la muerte de una persona, otra, tomará posesión de sus bienes y pertenencias después de su fallecimiento. Es un documento legal que expresa la voluntad después del fallecimiento de una persona.

3.4. Clasificación y tipos de muerte:

3.4.1. Muerte clínica:

Esta ocurre cuando la actividad cardíaca y respiratoria se detiene, los reflejos desaparecen o se suspende la vida sexual. Sin embargo, las reacciones metabólicas persisten y pueden reactivarse, a menos que la hipoxia (falta de suministro de sangre al cerebro) supere los 8 minutos. (Daniel, 2017).

3.4.2. Muerte relativa:

Esta es una condición en la que los signos vitales no se pueden ver fácilmente, por lo que se puede considerar que la persona está muerta. Un examen minucioso revelará que la víctima aún está viva, lo que puede ocurrir en casos de enfermedad cerebrovascular, intoxicación, anestesia, paro respiratorio o actividad cardíaca, mala circulación; sin embargo, el individuo puede recuperar sus constantes vitales y la conciencia.

3.4.3. Muerte absoluta:

Hace referencia cuando existe una muerte cerebral diagnosticada por parte de un profesional sanitario o bien un estado vegetativo que provoca que el paciente se convierta totalmente dependiente de algún aparato médico que ejerza sus funciones vitales como respirar o alguna droga vasoactiva que mantenga su corazón en funcionamiento y además que se vuelva totalmente dependiente de un cuidador primario.

3.4.5. Muerte total.

Se refiere a la culminación de la vida, cuando ya no existan células vivas que realicen el funcionamiento del organismo.

3.4.6. Muerte cerebral o encefálica.

La Ley General de Salud vigente, capítulo IV, en su artículo 343 explica que la muerte encefálica o cerebral se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

La muerte cerebral hace referencia al cese irreversible de todas las funciones cerebrales de un organismo vivo, una de las causas principales para determinar una muerte cerebral es la ausencia total en el aporte del flujo sanguíneo y por ende de oxígeno hacia la masa encefálica por lo cual pierde su capacidad funcional en el organismo. (CNN, 2017).

3.4.7. Muerte celular:

Al detenerse totalmente los procesos fisiológicos de la respiración y el flujo sanguíneo por parte del corazón y los pulmones, comienzan en el organismo una serie de procesos los cuales culminan con una apoptosis celular (muerte de las células del organismo). Posterior a ese proceso comienza la autólisis, por una destrucción debida a la acción de las enzimas propias de las células que quedan libres por el ausentismo de las constantes vitales del organismo.

3.4.8. Muerte somática.

Este concepto indica que la persona ha dejado de funcionar como individuo, de manera irreversible al cesar todas sus funciones vitales, ya sea de forma natural o por alguna enfermedad.

3.4.9. Muerte Real.

Hace referencia a la consecuencia del cese total de la circulación y la ventilación espontánea por parte del un organismo vivo, además del mal funcionamiento por parte del sistema nervioso como consecuencia de este proceso. Existen algunos signos que indican que el paciente presenta una muerte real, los cuales pueden ser:

- Ausencia de pulsaciones tanto en el antebrazo a nivel de la arteria radial, como en el cuello sobre la carótida.
- Falta de movimientos respiratorios torácicos de 10 o 15 minutos.
- Falta de ruidos y trazo cardiacos.
- Ausencia de reflejos oculares (óculo y foto motores).

3.4.10. Muerte Súbita.

Se refiere a la muerte ocurrida de forma repentina en una persona aparentemente sana en su estado de salud, est puede ser causada por distintas formas, como pueden ser, un accidente de cualquier tipo, homicidio, enfermedad, etc. (Rodríguez, 2001).

3.4.11. Muerte Repentina.

El concepto es similar al de una muerte súbita, ya que, esta se refiere a una muerte que ocurre de forma brusca, en una persona con un antecedente que tarde temprano la provocaría (enfermedad en fase terminal de carácter agudo o crónico).

3.4.12. Muerte Natural.

Es prducida como consecuencia de una enfermedad de carácter crónico degenerativo o por el mal funcionamiento progresivo del organismo de un individuo, y esta es agena a toda causa traumática, externa o violenta.

3.4.13. Muerte Violenta.

Una muerte debe entonces considerarse violenta si es resultado de una fuerza externa, una fuerza química o física, o debe considerarse natural cuando es causada por cambios biológicos, inmunológicos, degenerativos o infecciosos, es decir, es aquella que se presenta en una persona que aparentemente goza de buena salud física, la cual pierde la vida a causa de agentes externos, puede ser provocada o auto inducida. (Lara, 2018).

3.5. La religión y la muerte.

Las religiones intentan dar una explicación a la muerte, al mismo tiempo que ofrecen algún consuelo, algo que nos permita vivir en paz, sabiendo que la muerte es simplemente impredecible e inevitable. (Castillo, 2013).

Freud (1932-1936) menciona que “la religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más elevadas de los seres humanos”. Debido a que tiene una fuerza mayor es por lo que se propone brindar a los hombres, y menciona que la religión cumple tres funciones principales:

- 1) Brindar una satisfacción natural del hombre del saber, esto debido a que le brinda conocimiento sobre el origen y la forma del universo y el fin de acuerdo con cada cultura en el mundo.
- 2) Dar tranquilidad y consuelo ante la angustia que hombre siente con respecto a la vida terrenal, dandle paz en el sufrimiento y prometiendole un buen fin y continuación después de su muerte.
- 3) Imponerle reglas y brindarle consejos de como debe conducirse por la vida para poder gozar de los privilegios de una vida eterna después de su muerte.

3.6. Según la tradición monoteísta.

Compartida por las religiones del cristianismo, el judaísmo y el islam, la muerte es el momento de separación entre el cuerpo y el alma, siendo el primero perecedero y efímero, pero la segunda eterna y sublime. (Castillo, 2018).

Sin embargo, cabe destacar que algo característico de estas religiones es que de acuerdo con la creencia una vez que el alma es separada del cuerpo al momento de la muerte de la persona esta se eleva al reino de los cielos para ser sometida a juicio ante Dios, el cual determinará si puede gozar de una vida eterna en el paraíso divino o el alma del pecador será sometida a las llamas del infierno para ser atormentado por toda la eternidad bajo el dominio de Satanás.

3.7. Tradición budista.

También conocida como “Vedica”, hace referencia a que la vida es como una rueda que gira entorno al universo espiritual, ya que es un ciclo de reencarnaciones, en el cual las personas que mueren regresan a este mundo terrenal pero no como lo fueron en un principio, sino en una forma distinta. Para aquellas personas que vivieron sus vidas de una mala forma y brutal descendieron en la escalera de la vida, los cuales de acuerdo a las creencias reencarnaron en criaturas cada vez más simples (gusanos, insectos, etc).

En cambio, para aquellos que persigan la iluminación, se elevarán por las escaleras de la vida para subir hasta alcanzar el “Nirvana”, lo cual hace referencia al paraíso en la religión budista.

3.8. Tradición religiosa de la Grecia clásica.

Las almas de los difuntos viajaban a través de una barca tripulada por Caronte, el cual dirigía las almas al inframundo el cual era gobernado por el Dios Hades, en el cual durante ese viaje era una eternidad de obscuridad y almas malignas que se preparaban para la reencarnación al mundo terrenal, este proceso era llamado “Transmigración de las almas”. En el inframundo las almas de los condenados podían beber las aguas de Eteó (el río de los olvidados) y con eso curar sus heridas del pasado y sus pecados cometidos para posteriormente reencarnar al mundo de los hombres (Castillo, 2018).

3.9. De acuerdo con las especulaciones de lo paranormal.

Existiría un mundo de los muertos, al cual iremos todas las personas después de nuestra muerte, en el cual algunos podrían morir en paz y olvidar su vida pasada, en cambio otros se aferrarán a ella siendo atormentados por una muerte violenta o prematura o por algún amor difícil de olvidar de una hacía una persona que aún se encuentra con vida y es así como aparecerán las llamadas almas en pena.

3.10. La muerte de acuerdo con la imaginación del mexicano.

Para comprender plenamente la concepción actual de la muerte en el imaginario mexicano es necesario retroceder en el tiempo. Desde la época prehispánica destacó el pueblo nahua, cuyo especial pensamiento sobre la vida y la muerte los hizo singularmente integrados con el devenir del propio universo. Su concepción cosmológica ve al ser humano como el centro alrededor del cual todo gira y, por tanto, el ser humano da sentido a todo. Los humanos son responsables, junto con la muerte, de la longevidad del universo entero.

Para los antiguos mexicanos la muerte no era dolorosa ni aterradora, no había razón para evitarla o retroceder sino afrontarla con franqueza y rectitud. Eso es algo que, aunque no sea agradable aún podemos aceptarlo con tranquilidad, la vida es muy corta.

Sus rituales funerarios y de duelo reflejan la sabiduría del pueblo para apaciguar el vacío que dejan los muertos en su ausencia y así continuar con la vida normal. Con la invasión española todo se trastocó, se impusieron nuevos conceptos. Un mundo extraño y desconocido impactó el mundo familiar y literal.

Mediante el sincretismo intentamos salvar lo que se podía salvar; En medio de las enormes dificultades, presiones y decepciones, hay algo que lo supera todo.

Hoy, a lo largo de los siglos, estos elementos sincréticos han adornado las tradiciones e ideas mexicanas.

El mas allá se torna como una visita esperada para los seres humanos, no es visto como un lugar cruel y condenatorio, no esta considerado como un lugar de penas y de sufrimiento eterno por lo que no se debía tener miedo al momento de llegar a él, lo importante de esto era él como morir, no tener miedo al lugar al que llegaría nuestra alma.

No era lo mismo morir de causas naturales que morir por voluntad de los dioses, ni tampoco morir en la infancia que, en la vejez, lo mas valioso era morir durante la guerra entregando la vida por su pueblo, morir en la mesa de sacrificios como ofrenda a los dioses o morir durante el parto. (Villaseñor, 2019).

3.11. El derecho a morir con dignidad.

La Ciudad de México fue la primera entidad en el país en aprobar una ley de voluntad anticipada en enero de 2008.

Una voluntad anticipada puede entenderse como “la decisión que toma una persona sobre si seguir el medio, el tratamiento o procedimiento que el médico pretende o no” continuar con su vida cuando padezca una enfermedad terminal y por razones médicas no sea posible mantenerla de forma natural, protegiendo siempre la dignidad de la persona” (Artículo 1 de la Ley de Voluntades Anticipadas del Distrito Federal).

Es importante entender que los deseos anticipados de no prolongar ni retrasar la vida, respetar el momento natural de la muerte y abogar por la atención y cuidados paliativos al final de la vida, son determinados, brindan apoyo al paciente sin la necesidad de intervención médica durante estos últimos minutos escenario.

La Ciudad de México fue la primera autoridad del país en ratificar la Ley de Voluntades Anticipadas en enero de 2008. La iniciativa ha sido aprobada en 14 estados de la República, donde más de 10,000 personas han firmado el documento desde su creación. (SEGOB, 2019).

Algunas de las entidades Mexicanas que ejercen esta regulación son: Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala. En el resto del país aún no se considera un acto legal.

En la Ciudad de México las mujeres, las personas solteras y los adultos mayores de 60 años son las personas más interesadas en tener una muerte digna debido a que muchos de ellos padecen alguna enfermedad terminal sin posibilidad de cura. El 60% de las solicitudes de voluntad anticipada son firmadas por personas que tienen de 61 a 80 años, y el 64% de las personas que otorgan su voluntad anticipada son mujeres, esto con el fin de recibir o no algún tratamiento o procedimiento durante su estancia hospitalaria, el cual no les dará mejoría en su estado de salud, pero si les aliviará el dolor.

Existe mucha confusión en que la voluntad anticipada pueda ser o no lo mismo que la eutanasia. La voluntad anticipada hace referencia a lo que es la ortotanasia, lo que se refiere a la actuación correcta ante la muerte de una persona por parte de los miembros del personal sanitario que atienden al individuo con algún padecimiento en fase terminal, el cual no tiene posibilidad de cura, por el contrario la legislación del pueblo mexicano no permite la práctica de la eutanasia ya que es considerada como un acto de asecinato (homicidio) aunque sea realizado con el consentimiento del paciente.

No existe una condicionante para poder firmar la voluntad anticipada, lo único que debe ser una condicionante es ser mayor de edad, debe presentar su identificación oficial y elegir a sus representantes que respalden su decisión, de igual manera el interesado tiene la voluntad de expresar su deseo de donar o no sus órganos en caso de que se presente su muerte, cabe destacar que mas del 50% acepta ser donador vountario de sus órganos.

Existen diversas maneras de realizar el documento de voluntad anticpada, el primero es ante un notario público dónde se expresa la voluntad del interesado, y la otra es ante las autoridades de alguna institución que brinda servicios de salud para redactar las condiciones y la voluntad del paciente.

El documento de voluntad anticipada es un “instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica” (Art. 3, Fracción III de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

Por otra parte el formato de voluntad anticipada corresponde a un documento de instrucciones de cuidados paliativos, el cual fue previamente autorizado por la secretaria de salud, suscrito por el enfermo en estadio terminal, el cual ante el personal de salud a cargo y dos testigos elegidos por el paciente, manifiesta su voluntad de iniciar o continuar con tratamientos que prolongaran su vida de tal forma que el tratamiento estará encaminado a disminuir el dolor y el sufrimiento por parte del paciente, resguardando en todo momento la dignidad del paciente (Art. 3, Fracción V de la Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal).

4. CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBI MORTALIDAD EN MÉXICO.

Con el paso del tiempo las enfermedades de tipo crónico degenerativas se han convertido en las primeras causas de muerte en México y a nivel mundial. De acuerdo con las estadísticas presetadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México las 10 principales causas de muerte hasta el año 2021 son:

- 1) **Enfermedades Cardiovasculares**, teniendo un total de 225449 fallecimientos en 2021, siendo 123 313 hombres y 102 217 mujeres en un rango de edad de entre 40 a 65 años (INEGI, 2021).
- 2) **Diabetes Mellitus**, con un total de fallecimientos de 140 729 personas, de las cuales 71 330 fueron hombres y 69 396 mujeres e un rango de edad entre los 45 y 65 años (INEGI,2021).
- 3) **Tumores Malignos**, con un total de 90 018 fallecimientos, de los cuales 43 141 fueron hombres y 46 865 mujeres (INEGI,2021).
- 4) **Enfermedades Hepáticas**, con un total de 41 420 fallecimientos, de los cuales 30 024 fueron hombres y 11 189 mujeres (INEGI,2021).
- 5) **Accidentes**, con un total de 37 438 fallecimientos, entre los cuales 28 822 fueron hombres y 8 560 mujeres (INEGI, 2021)
- 6) **COVID 19**, con un total de fallecimientos de 238 772 en 2021, de los cuales 22 394 fueron hombres y 14 483 mujeres (INEGI,2021).

- 7) **Enfermedades Cerebrovasculares**, con un total de 36 158 fallecimientos de los cuales 18 155 fueron hombres y 17 997 mujeres (INEGI, 2021).
- 8) **Agresiones (homicidios)**, con un total de 32 223 muertes en total (INEGI, 2021).
- 9) **Influenza y Neumonía**, con un total de 54 601 casos de muerte registrados, siendo 33 101 en hombres y 21 492 en mujeres (INEGI, 2021).
- 10) **Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas**, siendo un total de 18 439 casos de muertes, siendo 9 860 hombres y 8 579 mujeres (INEGI, 2021).

DEFUNCIONES RELACIONADAS CON PROBLEMAS DE SALUD.

Con respecto a defunciones originadas por problemas de salud en el año de 2022, se registraron aproximadamente un promedio de 757 402 casos de defunciones totales en México. De los cuales el 46.61% fueron mujeres y el otro 53.3% fueron hombres. La mayoría de dichas defunciones se concentran en personas mayores de 65 años.

4.1. Defunciones Por Alteraciones Cardiovasculares.

Durante ya varios años, las enfermedades de tipo cardiovascular se caracterizan por tener un alto índice de morbi mortalidad en la población mexicana, siendo hasta 2022 la principal causa de muerte en México. Entre las cuales destacan las enfermedades isquémicas (infarto agudo al miocardio, infartos cerebrales de tipo isquémico y hemorrágico), las cuales son las causantes de fallecimientos en personas adultas de entre 45 y 65 años (Inegi, 2022).

Del total de las muertes ocasionadas por enfermedades cardiovasculares que han tenido un auge superior a los 200 000 fallecimientos anuales hasta el año 2021, las de tipo isquémico (bloqueo de algún vaso sanguíneo del corazón o cerebro) representan aproximadamente el 74.6% de los fallecimientos totales, predominando mayoritariamente en personas de entre 45 y 65 años (INEGI, 2021).

En el caso de las defunciones provocadas por alteraciones cardiovasculares 93 446 fueron en mujeres (46.60%), y 107 036 fueron hombres (53.38%).

En México cerca de 220 personas fallecieron a causa de enfermedades de tío cardiovasculares, durante el año de 2021 estas cifras se han ido aumentando en más de un 15% (SALUD, 2022), de las cuales 177 mil fueron causadas por Infartos Agudos al Miocardio, el cual puede ser causado por distintos factores de riesgo, como lo son la obesidad, el tabaquismo crónico (el cual ha aumentado su consumo en la población joven), la hipertensión arterial, la diabetes mellitus descontrolada, entre otras.

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Ilarraza Lomelí redactan que algunas de las alteraciones de carácter cardiovascular pueden ser detectadas desde los primeros años de vida de una persona, como pueden ser los padecimientos congénitos y malformaciones cardiovasculares. Algunas otras patologías como lo es el infarto agudo al miocardio y las enfermedades de carácter isquémico tienen una incidencia en las personas después de los 65 años y afectan a tres cuartas partes del total de personas adultas mayores, aunque también se han encontrado casos de dichos padecimientos en personas de entre 30 y 35 años.

Las enfermedades de carácter cardiovascular más ocurren con mayor frecuencia afectando las arterias coronarias de corazón y las arterias cerebrales, estas son mejor conocidas como apoplejía, embolia o derrame cerebral, con alta prevalencia en mujeres. Otro problema es la estenosis aórtica, una afectación en válvulas que ocurre por degeneración (SALUD, 2023).

Las enfermedades cardiovasculares tienen una afección mayor en las arterias coronarias y arterias cerebrales, las cuales su obstrucción ocasiona las alteraciones ya antes mencionadas y son la causa principal de muertes tanto en hombres como en mujeres en México y América.

4.2. Defunciones Causadas Por Diabetes Mellitus.

La alta prevalencia y la mortalidad en México a causa de Diabetes Mellitus, en comparación con las cifras globales, es un llamado de atención para realizar acciones preventivas que eviten la propagación de la enfermedad en la población joven y adulta (Campos, 2023).

El pasado 14 de noviembre se conmemora el día mundial de la Diabetes Mellitus. En ese día se realizan distintas actividades las cuales incluyen la promoción y la concientización global con el objetivo de aumentar el conocimiento acerca de las causas y complicaciones que puede provocar dicha enfermedad. Fue establecido en 1991, por la Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al aumento de esta enfermedad por todo el mundo.

En México, la mortalidad a causa de Diabetes Mellitus se estima que ocurre en al menos 84.9 defunciones por cada 100 mil habitantes, siendo la segunda causa de muerte en la población mexicana, solo por debajo de las enfermedades de tipo cardiovascular (Campos, 2023). De acuerdo con las cifras de mortalidad presentadas por el INEGI durante el año 2022 la diabetes fue la causa de 115,681 muertes de mexicanos en el año 2022.

A nivel entidad, se estima que el estado con mayor prevalencia y casos de muerte a causa de la Diabetes Mellitus fue el estado de Veracruz, con una tasa de 127.4 defunciones por cada 100 mil habitantes, a comparación de Baja California Sur que es la entidad con la menor tasa de muertes, siendo de 45.8 por cada 100 mil habitantes. (INEGI, 2023).

Reevaluando la comparación con las distintas causas de mortalidad en el mundo, en México la mortalidad por Diabetes Mellitus tiene una tasa elevada en comparativa con el resto del mundo. A nivel mundial las complicaciones causadas por la Diabetes Mellitus oscilan entre el 2.7% de las muertes totales, mientras que en México durante ese mismo año la Diabetes Mellitus representó el 13.7% del total de muertes (OWID, 2019).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2021 se estima que al menos 12 millones 400 mil personas sufren de esta enfermedad de carácter crónico degenerativo, lo cual equivale al 9.8% del total de la población a nivel nacional (ENSANUT, 2021).

Uno de los principales factores generadores para adquirir la enfermedad de Diabetes Mellitus es el sedentarismo y el sobrepeso, los cuales aumentan la probabilidad para la adquisición de esta enfermedad. De acuerdo a los artículos publicados por la Organización Panamericana en

Salud en el día mundial de Diabetes Mellitus, destaco que en México es necesario un trabajo equitativo en materia de atención a pacientes con Diabetes Mellitus, ya que existe una desigualdad en cuanto a la atención y la obtención de medicamentos para el control de esta enfermedad, ya que existen diversos factores que imposibilitan que muchas personas puedan tener alcance a estos medicamentos y medidas preventivas, uno de ellos es el factor económico y las situaciones familiares, afectando particularmente a personas que se encuentran en áreas rurales o que pertenecen a grupos socioeconomicos mas bajos (Campos, 2022).

La situación acerca de la prevalencia de Diabetes Mellitus en México es un problema que requiere atención suficiente a traves de programas y acciones de prevención y tratamiento, se debe contar con un buen presupuesto para la generación de programas y estrategias enfocadas para disminuir la prevalencia de Diabetes Mellitus en la población Mexicana.

El acceso desigual a la alimentación y a la atención médica, particularmente en la población con mayor vulnerabilidad, es un reflejo de desigualdades mas amplias en la sociedad, existe una relación estrecha entre la pobreza, la desigualdad social y la falta de educación por parte de la población mexicana incrementa el riesgo de desarrollar la enfermedad o bien complicaciones a causa de la misma, lo cual incrementa la tasa de mortalidad tanto en hombre como en mujeres.

4.3. Defunciones Por Tumores Malignos.

La tasa de defunciones por tumores malignos presento una disminución en cuanto a los casos de incidencias del 10 % respecto con los resultados de 2021. En la mayor parte de los grupos de edad esta causa ocupaba el quinto lugar de las defunciones totales tanto en hombres como en mujeres en México. (INEGI, 2022).

Las entidades federativas que presentaron mayor incidencia habitual por cada 100 mil habitantes hasta 2022 fueron: Ciudad de México con 95.8, Sonora con 82.8, y Veracruz de Ignacio de la Llave con 78.7. Las cifras mas bajas corresponden a Quintana Roo, con 49.4; Guerrero con 55.1; y Tlaxcala, con 5.8. (INEGI, 2022).

El total de las defunciones por tumores malignos hasta el año 2022 fue de 90 018 casos, de los cuales los que mayor prevalencia tuvieron fueron a causa de tumores digestivos con 29 492 casos, lo cual equivale al 32.8 % del total. Los tumores de organos genitourinarios ocupan el segundo lugar en mortalidad causada por tumores malignos con una incidencia de 21 768 casos el equivalente al 24.2 %. Finalmente los de huesos, cartilagos articulares, tejido conjuntivo, piel y mama que sumaron 12 455 casos en total, el equivalente al 13.8% total.

De total de las muertes causadas por tumores malignos, 46 865 de los casos corresponden a la población femenina el equivalente al 52.2 %. Y 43 141 de los casos fueron hombres (47.9 %).

4.4. Cáncer Cervicouterino.

Se estima que en el mundo existen alrededor de 604 127 casos de cáncer de cérvix, así como 341 831 muertes a causa de este, lo cual lo ubica en la cuarta causa de muerte en México en mujeres de entre 45 y 60 años.

En México, durante el año 2020. El cáncer de cérvix se convirtió en el segundo tipo de cáncer con más diagnósticos en mujeres y ocupó la segunda causa de mortalidad en la población antes mencionada, con un estimado de 9 439 casos nuevos al año y 4 395 muertes. Durante el año 2021 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) detectó mil 155 casos nuevos y un total de 1059 defunciones con una tasa de incidencia de 2.26 por cada 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 5.23 por cada 100 000 habitantes (IMSS, 2021).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mediante la estrategia de prevención (PREVENIMSS), que, entre otras cosas, el órgano encargado de atender y realizar la atención oportuna en el diagnóstico de cáncer cervicouterino, esto a través del tamizaje con el papanicolau en mujeres a partir de los 25 años y posterior a eso cada 3 años (IMSS, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación de 2 dosis en niñas de 9 y 13 años, este esquema se incluye en su esquema de vacunación, como parte de una estrategia eficaz y el tamizaje en mujeres mayores de 25 años.

El Virus del Papiloma Humano esta determinado como la causa principal que desarrolla esta enfermedad, pero, existen otros factores, como lo son: infecciones de transmisión sexual como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Chlamydia, tabaquismo crónico (mayor a 6 meses), mujeres multiparas y uso excesivo de anticonceptivos orales (Medrano, 2021).

4.5. Cáncer de Mama (CAMA).

En México, durante el año 2022, la incidencia de detección de nuevos casos de cáncer de mama fue de 23 790 entre las mujeres de 20 años en adelante. La incidencia nacional fue de aproximadamente 27.64 por cada 100 000 habitantes, en particular mujeres de entre 20 y 39 años.

En 2022, el total de muertes por tumores malignos en personas de 20 años y más fue de aproximadamente 87 880 defunciones, de las cuales 7 888 fue a causa de cáncer de mama, de los cuales el 99.0% se presento en mujeres de entre 20 y 45 años. (INEGI,2022).

El cáncer de mama es uno de los canceres mas frecuentes a nivel mundial y también una de las principales causas de muerte a causa de tumores malignos entre mujeres mayores de 20 años. En 2020, los casos nuevos de esta enfermedad en America Latina y el Caribe (210,000), representarán aproximadamente una cuarta parte del total de los casos a nivel mundial.

4.6. Defunciones Por Enfermedades Hepáticas.

Los decesos causados por enfermedades hepáticas se observarán con mayor frecuencia a partir de los 25 años.

De los 41 420 casos por muertes a causa de enfermedades hepáticas, 11 189 (27.0%) corresponden al sexo femenino y 30 224 equivalente al 73% al sexo masculino. Las muertes por enfermedades hepáticas causadas por la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas presentaron un porcentaje de 37.8 %, el equivalente a 14 415 casos de muertes por esta causa.

Los adultos entre 60 y 65 años pertenecen al grupo que presento mayor número de muertes causadas por enfermedades hepáticas con un porcentaje de 38.2%, el equivalente a 15 834 casos registrados.

4.7. Exceso De Mortalidad Por Enfermedades Del Hígado.

En el caso de las defunciones causadas por enfermedades hepáticas se esperaban 122 133 fallecimientos estimados por canales endémicos.

4.8. Defunciones Por Enfermedades Cerebro Vasculares.

En México se registran cada año 170.000 casos de infarto cerebral, lo que la convierte en la segunda causa de discapacidad en adultos en el país.

En 2021 murieron 38.000 personas, la mayoría hombres mayores de 65 años.

Reduciendo los factores de riesgo controlables mediante hábitos de vida saludables se pueden evitar hasta el 80% de los accidentes cerebrovasculares.

En México el consumo de tabaco ha incrementado de forma sustancial durante los últimos años, particularmente en la población de entre 15 y 35 años (INEGI, 2021). En México existen aproximadamente 16 millones de fumadores activos de entre los 15 hasta los 65 años, y de acuerdo con los estudios realizados anteriormente se calcula que cada día fallecen aproximadamente 118 personas a causa de complicaciones por tabaquismo crónico.

La Enfermedad Cerebral Vascular (ECV) constituye un problema de salud pública importante, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada como una de las primeras 5 causas de muerte a nivel mundial, siendo los países con ingresos medios y bajos los que sufren mayor afectación (IMSS, 2019).

La Enfermedad Vascular Cerebral está considerada como la primera causa de discapacidad y demencia en la población adulta. Después de sufrir una Enfermedad Vascular Cerebral, una de cada 3 personas presenta algún tipo o grado de discapacidad cerebral, la cual se puede

ver reflejada de diferentes maneras (comunicación, motora o sensitiva), debido a que el cerebro realiza distintas funciones desde la parte sensitiva, motora, de lenguaje, hasta la parte perceptiva (IMSS, 2019).

Durante el año 2022, el total de casos registrados por enfermedades cerebrovasculares fue de aproximadamente 36 158 casos. Para el año 2022 las enfermedades de tipo cerebrovascular se encuentran entre las 10 principales causas de defunción a nivel nacional e incluso a nivel mundial, estas abarcan todos los grupos de edad teniendo mayor relevancia en personas mayores de 45 años.

Las defunciones causadas por enfermedades cerebrovasculares fueron con mayor incidencia las de tipo cerebrovascular isquémico y hemorrágico, con una tasa de 23.2% del total de las causas de muertes en México durante el 2022 (INEGI, 2022).

El total de las muertes causadas por la enfermedad cerebrovascular para el año 2022 fue de aproximadamente 17 997 fallecimientos en el caso de la población femenina (49.8%) y 18 155 (50.2%) en el caso de la población masculina, estas muertes fueron registradas. El grupo de edad de 65 años y más fue el que mayores cifras obtuvo con un total de 73.9% del total de los casos (INEGI, 2023).

4.9. Defunciones Causadas Covid 19.

La pandemia del coronavirus de 2019, o COVID-19, es, como se esperaba, la crisis de salud global más importante de nuestro tiempo, y México no es inmune.

El primer caso confirmado en mi país se reportó el 28 de febrero de 2020.

- En los casi 105 días transcurridos desde entonces, el número de infecciones y muertes por Covid-19 ha seguido aumentando.
- Al 11 de junio, el número de infectados era de 133.974, el número de fallecidos era de 15.944.

Estas frías y duras estadísticas revelan años de negligencia en la atención médica, una falta de planificación y coordinación por parte de las agencias gubernamentales y lugares de trabajo inseguros para los trabajadores de la salud de nuestra nación.

El resultado ha sido una saturación de los servicios de atención médica durante la pandemia, y México tiene una de las tasas de infección y muerte entre residentes y personal médico más altas del mundo.

La pandemia también ha revelado nuestra culpabilidad como sociedad por nuestro comportamiento irresponsable y el incumplimiento y desprecio de las normas sanitarias para controlar y mitigar el virus, pero también ha revelado el rostro de una sociedad enferma y con altos índices de morbilidad.

La diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad son factores asociados con malos resultados en pacientes con Covid-19.

Esta pandemia nos ha superado como lo ha hecho en la mayoría de los países afectados, incluidos países del primer mundo con sistemas de salud y economías mucho más desarrollados que los nuestros, demostrando que este virus no entiende de fronteras, de modelos económicos, de clases sociales y de religión.

Lo tranquilizador es que hemos comprobado de primera mano el compromiso y la profesionalidad de todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de los pacientes de Covid-19, a pesar de sus deficiencias, incluso a expensas de su salud y la de sus familias.

Es reconfortante ver el compromiso activo y organizado de la sociedad civil para apoyar de mil maneras a los trabajadores de la salud durante esta pandemia, porque lamentablemente, en retrospectiva, nos damos cuenta de que en realidad no fue la enfermedad en sí, sino un conjunto de enfermedades.

Somos muy conscientes de que el enfoque de inmunización más eficaz contra esta enfermedad emergente es actualmente la planificación, la organización y el trabajo

en equipo, con la participación de la sociedad civil y los gobiernos. No hay duda de que vivimos en una época de cambios radicales e innovación.

Volver a la normalidad que nos ha traído hasta aquí sería un grave error y significaría que no hemos aprendido nada de esta pandemia, que tenemos la obligación de reflexionar, reflexionar y planificar nuestra transición hacia una nueva realidad, excepto entre otras cosas.

Invertir en infraestructura y equipamiento del sistema de salud, mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, invertir en salud, fortalecer la investigación, mejorar las políticas de prevención en salud pública y, lo más importante, debemos comenzar por nosotros mismos y avanzar hacia una sociedad con mejores ciudadanos.

4.10. La Transformación De La Vida De Los Mexicanos.

Desde el inicio de los contagios causados por la enfermedad de COVID 19 originada por el virus del SARS COV 2 (primer contagio confirmado el 27 de febrero de 2020) y para tratar de contener la propagación acelerada, el Gobierno de México implementó estrategias basadas en la prevención de estos contagios, mediante acciones como la promoción y capacitación sobre el lavado de manos, las medidas de aislamiento social, la suspensión de labores escolares y la implementación de trabajos y conferencias virtuales, así como la implementación del uso de cubrebocas en espacios abiertos y cerrados, de igual manera se realizaron conferencias diarias donde se mencionaban los casos confirmados y defunciones diarias causadas por esta enfermedad, de igual manera se informaban sobre las recomendaciones para disminuir y evitar la propagación y los contagios de la enfermedad (García, 2022).

De igual manera se solicitó el cierre total de fábricas y establecimientos no esenciales, es decir, aquellos establecimientos ajenos a proporcionar servicios de salud, transporte, alimentación, etc. Además de las acciones establecidas se desarrollaron esloganes como lo son "Quedate en casa y salva vidas" y "Mantén tu sana distancia", desarrollados por el gobierno de México y la Secretaría de Salud. (SALUD, 2020).

Por tal motivo cada uno de los ciudadanos tuvo que realizar un proceso adaptativo a los cambios establecidos por las autoridades, se comenzaron a realizar trabajos en línea, el cierre de los restaurantes para consumo en lugares, las plazas y centros comerciales tuvieron que cerrar de forma obligatoria, por lo cual continuarón ofreciendo servicios para consumo en el hogar y servicios a través de plataformas de internet (Dehesa, 2021).

4.10.1 Los Efectos Sociales Y Personales Causados Por La Covid 19.

Han pasado ya muchos días desde el inicio de la pandemia causada por la Covid 19, sin embargo, existen actualmente las personas que no creen sobre las consecuencias que puede o llegar a tener esta enfermedad y las afectaciones que esta pudo causar en las familias, comunidades e incluso la cuarentena nacional.

Debido a esto se han generado muertes que han dejado a familias desconsoladas, proyectos en las personas que se han quedado truncados e incluso proyectos de vida que no se podrán realizar jamás, el cierre permanente de muchos negocios e incluso el llevar a las personas a cometer actos delictivos por la necesidad de sobrevivir (García, 2020).

En la cuestión de salud se han perdido muchas vidas, cuerpos que han sido cremados sin tener la posibilidad de que su familia les otorgue un funeral digno, los crematorios trabajarán a tope, los hospitales se encontraban sobre saturados, debido a esto se restringieron las visitas por parte de los familiares a sus enfermos hospitalizados, la única forma de comunicación era a través de video llamadas que el personal de salud permitía a los enfermos para poder comunicarse con sus familiares, fueron años en los que una enfermedad puso a prueba la resistencia del ser humano, su capacidad adaptativa, pero sobre todo su capacidad para tener una adecuada resiliencia (García, 2021).

4.11. Defunciones Por Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad de carácter crónico degenerativo frecuente que puede ser prevenible y tratable, es caracterizada por la persistencia en síntomas respiratorios y la limitación de flujo de aire hacia las vías respiratorias. Durante el año 2016, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias la ubico en cuarto lugar dentro de las principales causas de morbi mortalidad en México, dentro de sus causas principales se encuentra el tabaquismo crónico, aunque su origen pueda ser de forma multifactorial.

Para el estudio de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es de suma importancia conocer los posibles factores de riesgo existentes para el desarrollo de la enfermedad, como pueden serlo: el tabaquismo crónico, factores ambientales (exposición constante a contaminantes como lo es el humo de leña, factores genéticos como lo son el desarrollo de enfermedades de carácter respiratorio, etc. (Martínez, 2021).

La Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad caracterizada por presentarse en adultos mayores de 45 años, y representa una de las principales causas de morbi mortalidad en México hasta 2022. Clínicamente se caracteriza por enfisema y bronquitis crónica que evoluciona posteriormente a la obstrucción total de las vías respiratorias (Martínez, 2022).

Su prevalencia depende del país, la edad y el sexo, pero su aproximación es mayor al 10% en personas mayores de 40 años. En 2012 fallecieron aproximadamente 3 millones de personas entre hombres y mujeres a causa de esta enfermedad y se prevee que para el año 2030 esta enfermedad sea la tercera causa de muerte por la exposición continua a factores de riesgo y al envejecimiento de la población. (López, 2021).

Los datos que han sido reportados actualmente dependen de la zona geográfica y de los criterios diagnóstico que han sido utilizados. Se han realizado varios estudios para determinar la prevalencia mundial del EPOC como lo hizo Halbert y su equipo de trabajo, quienes encontraron una prevalencia entre el 9 y 10% en adultos mayores de 40 años, para determinar sus resultados se basaron a base de pruebas espirométricas (López, 2021).

Adeloye junto con su equipo de colaboración realizaron metaanálisis a nivel mundial, utilizando otros datos de resultados espirométricos, los cuales estimaron una prevalencia del 10.7 % en 1990, y el 11.7% en el año 2010, lo que corresponde a 227 384 millones de casos afectados. (López, 2021).

En México existen muy pocos estudios relacionados con la EPOC, uno de los cuales se realizó en el año 2008, para el cual se realizó un reclutamiento de pacientes de 27 ciudades en 20 estados, a los cuales se les aplicaron diversas encuestas con respecto a la enfermedad, la cual incluía los factores de riesgo y el estilo de vida de cada persona, además de la realización de pruebas de espirometría. (Martínez, 2022).

4.12. Exceso de mortalidad por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).

Se esperaban 75 026 defunciones estimadas por canales endémicos para el caso de los fallecimientos por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y 70 351 por el modelo cuasi-Poisson: ocurrieron 58 490, lo que representa un total de 16 536 y 11 861 decesos que equivalen a 22.04 y 16.86 %, respectivamente; ambos por debajo de lo esperado. (INEGI, 2022).

4.13. Defunciones Por Influenza Y Neumonía.

La influenza, también conocida como gripe, es una enfermedad respiratoria provocada por la influenza. La familia de virus es reconocida por su diversidad y adaptabilidad. Hay tres tipos de influenza conocidos como influenza: En contraposición, los virus de tipo A no solamente causan gripe estacional, sino

también generan epidemias y pandemias que afectan a individuos, aves, cerdos y otros animales. Se recomienda dividir las diversas cepas de influenza A en subtipos.

Se fundamenta en las divergencias y combinaciones de dos proteínas superficiales: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) En la actualidad, se pueden identificar 16

hemagglutininas (H1 a H16) y 9 enzimas neuraminidasas (N1 a N9) En función de la naturaleza del virus, existen combinaciones singulares.

La influenza se caracteriza por la aparición súbita de fiebre superior a 38°C, aunque algunos pacientes pueden o no experimentar fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y articular, malestar general, ardor de garganta y escurrimiento nasal.

La mayoría de la gente se recupera de la fiebre y otros síntomas en aproximadamente una semana, sin necesidad de atención médica. La influenza puede volverse seria y, incluso, causar la muerte en algunas personas. (SEGOB. 2018).

El lapso que transcurre desde la infección hasta el momento en que se presentan los síntomas, es conocido como periodo de incubación, es de aproximadamente dos días. La presencia de individuos infectados con el virus, sin adquirir síntomas (asintomáticos), constituye el principal obstáculo para mitigar la transmisión de la patología, ya que pueden transmitirla sin previo aviso. (SALUD, 2014). Los virus de influenza se transmiten de manera rápida a individuos. Las gotas de saliva y moco dispersan las partículas virales por el aire, lo que posibilita la dispersión de las partículas virales por el aire.

Otros individuos de carácter saludable pueden respirar y infectarse. El virus también se transmite a través de las manos cuando una persona tose o estornuda sobre ellas, seguido de saludar a otras personas o tocar superficies contaminadas con el virus. Con el fin de prevenir la transmisión, los pacientes deben cubrir su boca y nariz mediante un pañuelo o la parte interior del codo al toser o estornudar, así como lavado frecuentemente de sus manos. (SALUD, 2018).

Las personas sanas deben evitar al máximo tocarse la cara con las manos sucias con las manos sucias para evitar infectarse. Lavar las manos con frecuencia es una magnífica forma de evitar infecciones.

4.14. Influenza Estacional.

Los virus de la causantes de la influenza cuentan con características únicas las cuales les permiten acumular, de manera continua, cambios significativos en su composición genética (mutaciones), lo lo cual provoca la aparición periódica de distintas variantes virales, lo cual produce anualmente la influenza estacional. Los virus de influenza tipo A y B solo causan la influenza estacional. (Rodriguez, 2019).

En México, dicho padecimiento comienza a presentarse en los meses de otoño e invierno, debido a las condiciones climáticas. La temporada de influenza en el hemisferio norte puede presentar variaciones en el transcurso de los años, y aunque su máximo auge alcanza en los meses de enero y febrero, lo cual puede comenzar desde finales de septiembre o principios del mes de octubre y extenderse incluso hasta mayo. La temporada invernal ocurre entre junio y agosto en el hemisferio sur. (SALUD. 2018).

La severidad de dicha patología puede tener variaciones en consecuencia de diversos factores, y aunque la mayoría de las personas experimenta un cuadro clínico leve, en otras puede convertirse en una afección severa que puede provocar incluso la muerte. Los informes hospitalarios realizados en los últimos años revelan cómo la influenza puede provocar un aumento en la incidencia de complicaciones como lo son los cuadros de neumonías y enfermedades respiratorias de nivel bajo, lo que a su vez puede generar un mayor número de hospitalizaciones y muertes en la población nacional y mundial. (PNPR, 2013).

Del total de muertes por enfermedades por influenza y neumonía que ascendieron a 30 062 casos, las enfermedades con neumonía representaron 99.2 %, con 29 825 sucesos. (INEGI, 2021).

La cantidad de mujeres fallecidas debido a la influenza y neumonía fue de 12 896 (41.9% La cantidad de hombres total fue de 17 154 (57.1% En 12 casos, no se especificaron el sexo de la persona. El grupo de edad de 65 años y más fue el que registró la mayor cantidad de fallecimientos por esta causa, con un 68.4 % de los casos. (INEGI, 2021).

Se anticiparon 92 239 defunciones estimadas por canales endémicos, mientras que 114 646 defunciones derivadas de influenza y neumonía, siendo 142 169 defunciones. El índice de mortalidad en este ámbito fue de 49 930, basado en estimaciones de canales endémicos y 27 523. Lo expuesto anteriormente representa un valor de 54.13 y 24.01 %, respectivamente.

4.15. Neumonía, Una De Las Principales Causas De Muerte Y Hospitalización N México.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la neumonía es la principal causa individual de mortalidad infantil en el mundo, la cual ha provocado la muerte de mas de 740 mil 180 niños menores de cinco años durante el año de 2019, lo que supone 14 por ciento de las defunciones de ese sector de la población.

En México, según las cifras del Instituto Nacional de Salud Pública, se registraron más de 127 mil casos de neumonía y bronconeumonía en el año 2021, afectando principalmente a la población y a aquellos adultos mayores de 65 años, aunque el padecimiento se presenta a cualquier edad. En 2020, poco más de 57 mil personas fallecieron debido a neumonía e influenza. (Salas, 2020).

La neumonía, según Salas Hernández, se refiere a la inflamación de los pulmones a causa de la presencia de bacterias, virus o hongos. Las infecciones bacterianas son las más habituales, entre las que se encuentran las producidas por *Streptococcus pneumoniae*, aunque algunos virus también pueden causar formas complicadas de infecciones respiratorias superiores, como el SARS-CoV-2, que provocó la pandemia de la COVID-19. (Salas, 2020).

Dependiendo de la extensión del padecimiento se pueden registrar manifestaciones como dificultad para respirar, aceleración de la frecuencia respiratoria y cardiaca o fiebre, en intensidad variable de acuerdo con la gravedad. (Salas, 2020).

4.16. Defunciones Por Insuficiencia Renal.

Esta causa de muerte comienza a aparecer entre las 10 principales en el grupo de personas que fallecen a partir de los 25 años. En 2022, se registraron 14 306 decesos por insuficiencia renal.

La Sociedad Internacional de Nefrología, define la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como la presencia de un daño renal que tiene una duración mayor o igual a los 3 meses de evolución, la cual se caracteriza por anormalidades estructurales o funcionales de los riñones, lo cual puede provocar o no un descenso en la tasa de filtración glomerular (TFG), con cifras menores a 60 ml/min/1.73m². (SALUD, 2022).

La enfermedad renal se produce cuando los riñones pierden su capacidad funcional de forma parcial o total para el filtrado de las toxinas producidas en el organismo y otras sustancias de desecho encontradas en la sangre. Fisiológicamente la Enfermedad Renal Crónica (ERC), esta descrita como una alteración en el flujo plasmático renal, la cual puede manifestarse como una presencia elevada de Creatinina en el suero sanguíneo. (Harrison, 2020).

5. IMPACTO ECÓNOMICO Y EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

El auge en los índices de personas con padecimiento de Enfermedad Renal Crónica (ERC) supone tanto una carga elevada en cuanto a la calidad e vida de las personas como en la calidad en los tratamientos en establecimientos sanitarios, por lo cual esta enfermedad representa un enorme problema a nivel nacional, puesto que se encuentra entre las 10 principales causas de morbi mortalidad en México hasta el año 2021, además representa un enorme problema en materia de salud pública y un reto importante para el desarrollo de políticas en materia de salud global, principalmente en los países en vías de desarrollo. (SALUD, 2018).

Las enfermedades de carácter renal están asociadas con un gasto elevado en materia de gastos hospitalarios y calidad en los servicios de salud, en países con bajos y medianos ingresos con una afectación promedio de 187.7 millones de personas, lo cual se especifica por la cantidad de personas y el tipo de padecimiento que los afecta.

En la actualidad se estima que aproximadamente un 10% de la población total padece algún tipo de afección renal, de los cuales solo el 1.4 a 2.4% de las personas reciben un tratamiento de reemplazo renal adecuado y la mayor parte de ellos cuentan con los recursos necesarios para hacerlo de forma particular o son habitantes de países desarrollados. (SALUD, 2018). Se estima que en promedio aproximadamente el 2-3% del gasto anual en salud en los países desarrollados constituye en el tratamiento de sustitución renal para pacientes en estado terminal.

En México la mayor parte de las personas adultas padece algún tipo de enfermedad renal secundaria a Diabetes Mellitus, lo cual equivale aproximadamente a 6.2 millones de personas, la cual es identificada y tratada por médicos generales, familiares, internistas, nutriólogos, psicólogos y expertos en actividad física y acondicionamiento, regido por protocolos de atención en unidades de medicina familiar, centros de salud y consultorios. (SALUD, 2018).

Del total de las muertes por enfermedades de insuficiencia renal, las que se debieron a insuficiencia renal crónica representaron 74.5 %, con 10 656 sucesos. La insuficiencia renal fue la causa de la defunción de 6 317 (44.2 %) mujeres y de 7 985 (55.8 %) hombres. (INEGI, 2021).

6. LA EUTANASIA EN MÉXICO.

Hay algunos temas que son de naturaleza muy controvertida, un ejemplo claro es la eutanasia, porque la muerte siempre ha sido un gran misterio en la historia de la humanidad, como podemos comprobar cuando estudiamos este campo en diferentes civilizaciones y mundos.

Las culturas que nos precedieron, hasta el día de hoy, tienen la noción preconcebida de que en todos los casos la preservación de la vida siempre debe prevalecer, de igual manera, en la dirección opuesta, de hecho, en algunos casos, los médicos no esperan a que ocurra una muerte dolorosa, sino buscar primero el fin de la vida mediante la práctica de la eutanasia. (Garza, 2021).

Frente a una idea tan progresista se involucran diversas disciplinas como la jurídica, la religiosa, la médica, la política, la bioética, la económica y cada uno de estos campos esgrime sus propios argumentos, difíciles de conciliar en cualquier momento. (Garza, 2021).

La eutanasia, entendida como buena muerte o “muerte sin dolor”, se refiere a que el médico acelera la muerte de un enfermo terminal, con el consentimiento del paciente para evitarle sufrimiento y dolor, presentando diversos aspectos. (Rodríguez, 2020).

Por ejemplo, el derecho al suicidio médicamente asistido y el derecho a morir con dignidad, este último a menudo confundido con los dos primeros, son objeto de debate en todo el mundo y surgen de su legalización en varios países tales como: Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo en Europa y Colombia en América.

En México, el debate sobre la eutanasia apenas comienza a ser considerado, luego de la consagración del derecho a una muerte digna en la constitución mexicana y con el cambio de régimen de gobierno, el tema debe quedar más claro.

Asimismo, se presenta otra herramienta como alternativa a la eutanasia y la eutanasia: directivas anticipadas, que implican que a través de una declaración escrita el paciente rechaza los métodos de tratamiento puede prolongar su sufrimiento, como en México.

En cualquier caso, poner sobre la mesa la posibilidad de elegir mecanismos de predicción de la muerte, en determinados casos médicos en nuestro país, pretende modificar significativamente la concepción actualmente predominante sobre este tema tan delicado en nuestra cultura.

6.1. Antecedentes.

Respecto a la adopción de la eutanasia a lo largo del tiempo, Vizcarrondo explicó que no se trata de una práctica nueva ya que se utiliza desde la antigüedad, término que significa “buena muerte”. Es la práctica de morir en paz y con dignidad. (Rodríguez, 2018).

Para los médicos, esto significa cuidar a los pacientes con compasión y aliviar el dolor. Sin embargo, el antiguo médico también podía causar la muerte a sus pacientes. Un médico trató al paciente con compasión, otro le inyectó veneno, provocando la muerte del paciente. El paciente no sabe si esperar a curarse o a que el médico le mate. (Rodríguez, 2018).

“El Juramento Hipocrático (500 a.C.) fue el primer intento de un grupo de médicos preocupados por establecer un conjunto de principios éticos para guiar la práctica de la medicina. Este código de ética define al médico como un sanador, rechazando el papel de proveedor de la muerte.

A finales del siglo XIX, apoyado por la filosofía darwiniana del utilitarismo y la supervivencia del más fuerte, surgió en Europa el concepto del derecho a morir.

En 1920, Karl Binding y Alfred Hoche publicaron el manuscrito “Permiso para arruinar una vida indigna”; Binding era un destacado jurista y Hoche era profesor de psiquiatría. Con el objetivo de beneficiar a la sociedad, los autores aconsejan eliminar a las personas cuyas vidas no valen nada y son una carga para la sociedad.

Las víctimas son personas que están al borde de la muerte y piden morir; aquellos cuyas vidas no tienen propósito y aquellos que están en coma debido a un trauma y tienen pocas posibilidades de recuperación. (Rodríguez, 2018).

Esta publicación constituye un paso importante para el futuro programa de eutanasia y será ampliamente discutida en los círculos académicos. Los defensores de la eutanasia, inicialmente pocos, aumentaron gradualmente, muchos de los cuales eran médicos universitarios y profesores de facultades de medicina. El principio de “primum non nocere”, primero no hacer daño, ha sido uno de los principios rectores de la relación médico-paciente y se ha mantenido durante 2.500 años. Garcia, 2023).

Los asesinatos sistemáticos y organizados comenzaron en la década de 1930. Comenzaron con el asesinato de bebés y niños con defectos de nacimiento y retraso mental, seguidos de adultos con discapacidades, enfermedades mentales y enfermedades terminales. Los criterios

de asesinato se ampliaron posteriormente para incluir a adultos y niños con "comportamiento antisocial" y personas con discapacidades leves. Ramirez, 2019).

Niños y adultos internados en instituciones psiquiátricas fueron asesinados mediante inyección letal. Cuando este método resultó costoso y poco práctico, se construyeron cámaras de gas en algunos hospitales. Los pacientes fueron trasladados a estos hospitales para su eliminación.

La fuerza impulsora del programa es la economía de la salud. Es importante señalar que este programa no fue establecido por el gobierno nazi sino por la comunidad médica.

El gobierno nazi estuvo encantado de apoyar y sancionar el programa y legalizar el asesinato con la ayuda del Estado, el asesinato se vuelve objetivo y automático.

Por su parte Flores Salgado apunta que la eutanasia ha existido desde tiempos remotos: desde que existen la enfermedad y los enfermos, y afirma que ha sido un tema recurrente por muchas generaciones. (García, 2019).

6.2. Epocas Primitiva Y Antigua.

Se ha demostrado que los humanos primitivos mataban o abandonaban a los ancianos y a los enfermos graves. Incluso entre las tribus esquimales la eutanasia se practica voluntariamente abandonando a los enfermos. También en las tribus celtas y en los grupos salvajes, el hijo estaba obligado a asegurar una buena muerte a su padre anciano y enfermo (Campos, 2001). En civilizaciones antiguas como Grecia, India y Mesopotamia, la eutanasia se practicaba por motivos sociales (Vilches, 2001).

En la antigua Grecia, la eutanasia se practicaba a menudo porque existía la opinión de que uno no debía vivir una mala vida y, por lo tanto, no era una cuestión moral.

En ciudades como Atenas, el Estado daba veneno a quien lo pedía para poner fin a su dolor, y también conocemos grandes pensadores que lo propugnaban, como Platón o Teofrasto y otros otros lo practicaban, como Zenón de Citium y Diógenes.

Sin embargo, hubo otros que se opusieron a esta práctica: ese fue el caso de Hipócrates.

En Roma, la eutanasia infantil estaba legalmente permitida bajo las leyes del Anexo XII, donde los padres podían matar a niños deformes al nacer, y al igual que en Grecia, el Estado proporcionaba medicamentos tóxicos para quienes quisieran acabar con sus vidas (Creagh, 2012).

6.3. Época Medieval.

En la Edad Media, el concepto de suicidio y eutanasia estuvo influenciado por la religión católica. Se dice que el sufrimiento viene de Dios y por lo tanto debe ser aceptado, ya que es la voluntad de Dios.

Así, para los cristianos medievales, la idea de matar sin piedad era aborrecible, pero a pesar de esta noción, todavía se hablaba de matar sin piedad a aquellos que resultaban gravemente heridos en el campo de batalla (Creagh, 2012).

Tomás Moro, por su parte, era partidario de la eutanasia, porque en su obra “Utopía” de menciona que: si la enfermedad es incurable y va acompañada de dolor agudo y sufrimiento continuo, entonces los jueces y sacerdotes deben ser los primeros en Instamos a los desafortunados a que decidan morir, pues no tienen motivos para prolongar una vida que les cuesta y la hace insoportable para los demás (Vilches, 2001).

En Inglaterra, a Francis Bacon se le atribuye haber acuñado el término eutanasia tal como lo entendemos hoy. Bacon instó a los médicos a no aceptar el dolor como inevitable sino a buscar métodos para aliviar el sufrimiento y hacer más benigno el trance final del moribundo (Campos, 2001).

Bacon acuñó el término en 1605, refiriéndose a las acciones de un médico hacia un paciente, incluida la capacidad de acelerar la muerte (Vilches, 2001).

7. LA EUTANASIA DESDE EL AMBITO LEGA EN MÉXICO.

Hay algunos problemas que son controvertidos en sí mismos, un claro ejemplo de esto es la eutanasia porque la muerte además de siempre representa un gran secreto en la historia humana. Cuando esta área se estudia en las diversas civilizaciones y culturas que tenemos ante nosotros, hasta el día de hoy, tenemos la idea de que debe estar preparado para mantener la vida en cualquier caso, por lo que en lo contrario es el hecho de que bajo ciertas condiciones médicas no esperan que la muerte dolorosa llegue a la vida.

Los debates en México acerca de la eutanasia apenas comienzan a considerar después de si se cultiva a nivel constitucional en la Ciudad de México, el derecho a la muerte adecuada y, al cambiar el régimen del gobierno, se puede ver que el problema puede ser parte del programa legislativo; A este respecto, este documento pretende, entre otras cosas, saber cómo se regula la eutanasia en los países regulados, así como de otros mecanismos que no están permitidos, en el caso de suicidio, lo que significa que un médico utiliza un paciente diagnosticado con una enfermedad terminal. (Robledo. 2019).

7.1. Juramento Hipocrático.

“Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y Panacea, juro por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso: Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre, pero a nadie más. En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia. Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura. No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas. En cualquier casa que entre, lo haré para

bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos, ya sean libres o esclavos. Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable. Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario.”

El juramento de Hipócrates (500 a C) fue uno de los primeros intentos implementado por un grupo de médicos con la finalidad de establecer un conjunto de principios éticos con la final de guiar adecuadamente la práctica de la medicina, para realizar su labor con alto profesionalismo y sentido humanístico. (Rangel, 2019).

Este conjunto de principios morales da una definición del medico como un sanador, rechazando absolutamente el papel de proveedor de muerte. Estos principios se han mantenido durante mas de 2500 años.

A principios del siglo XIX, con el respaldo utilitario de la filosofía Darwiniana, surgio en Europa el concepto acerca de la muerte. En el año de 1920 Karl Binding y Alfred Hoche realizaron una publicación haciendo referencia a la destrucción de la vida digna, dichos autores aconsejaron eliminar a todos aquellos que creían que su vida era insignificante o una carga para la sociedad actual. Las víctimas fueron personas muy cercanas a la muerte con deseo de morir “idiotas”, de igual manera incluyeron a personas cercanas a la muerte que se encontraban en estado de coma a causa de algún trauma o secundario a alguna enfermedad sin posibilidad de recuperación. (Morales, 2021).

La publicación fue un hito para el programa que seguiría de eutanasia, y que sería ampliamente discutido en círculos académicos. Los defensores de la eutanasia, pocos al principio, aumentaron gradualmente en número, muchos eran médicos académicos y profesores en las escuelas de medicina en dicha época.

El llamado “asesinato sistemático” comenzó en los años 30. Esto se llevó a cabo comenzando con el asesinato paulatino de bebés y niños con padecimientos congénitos y malformaciones desde su nacimiento, tal y como se realizaba en algunas civilizaciones antiguas. Secundariamente comenzó la implementación de los asesinatos con adultos y jóvenes con enfermedades como retraso mental o demencia senil e incluso con pacientes adultos mayores próximos a la muerte.

Conforme transcurrió el tiempo la implementación de matanza fue abarcando de igual manera a adultos y jóvenes con comportamientos antisociales, al igual que con discapacidades menores, y así transcurrió hasta llegar a los hospitales psiquiátricos, en donde los pacientes fueron asesinados con la inyección letal. (Vizcarrondo, 2023).

Cuando este método resultó costoso e incómodo para muchas instituciones, se comenzó con la implementación de cámaras de gas en las instituciones hospitalarias, esto con el fin de ejecutar a los pacientes con enfermedades terminales y con discapacidades de carácter menor. Los pacientes de otras instituciones eran trasladados a dichas instituciones para llevar a cabo su exterminio.

Es importante destacar, que dicho programa no fue implementado por la comunidad NAZI, sino por parte del personal médico, el cual su ímpetu para establecer este programa fue la economía médica. Con la ayuda del estado el asesinato se convirtió en un acto impersonal y automático. Cuando se implementaron los campos de concentración por parte del gobierno Alemán, los encargados de realizar la supervisión de los exterminios eran los mismos médicos. (Vizcarrondo, 2023).

Por su parte Flores Salgado apunta que la eutanasia ha existido desde tiempos remotos: desde que existen la enfermedad y los enfermos, y afirma que ha sido un tema recurrente por muchas generaciones. (Salgado, 2022).

La autora advierte que, para algunos autores, la eutanasia ha pasado por etapas, al respecto señala las siguientes:

7.2. Pueblo Judío.

Se explica a través del libro Segundo de Samuel de las sagradas escrituras, en el cual narran los acontecimientos relevantes a la muerte del Rey Saúl, a quien el amalecita explica que él fue quien le dio muerte al Rey Saúl por voluntad propia, quien se encontraba clavado en su lanza realizando un intento desesperado por morir, pues el espesor y el grosor de su armadura era un impedimento para que él pudiera cumplir desesperadamente su intento de morir, por lo cual le pide a David que se coloque sobre él para darle muerte. Esto hace referencia al homicidio piadoso. (Campos, 2021).

7.3. Pueblo Griego.

Durante la época antigua, en la Ciudad de Atenas, el Estado tenía la facultad de dar legalidad a la ministración del veneno “la Quita” a todas aquellas personas que solicitaban de forma voluntaria su asesinato con el objetivo primordial de poner fin a sus sufrimientos. Sin embargo cabe destacar que el término eutanasia no se empleaba para la realización de dichas prácticas, las cuales eran catalogadas como una ayuda para morir, o la acción directamente occisiva.

En culturas como la antigua Esparta, los bebés con deformidades congénitas adquiridas durante su alumbramiento eran abandonados cruelmente, indefensos y vulnerables morían de manera rápida, mientras que los ancianos eran ligeramente considerados. (Campos, 2021)).

8. CONCEPTOS VINCULADOS AL TEMA DE LA EUTANASIA.

Al abordar un tema tan polémico y amplio como la eutanasia se deben tener en cuenta una serie de conceptos clave que van acompañados con el tema.

8.1. Enfermo Terminal.

Hace referencia a aquel paciente con una enfermedad médicamente comprobada en estadio avanzado, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento administrado, por la generación de sufrimiento

psicológico y físico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses. (Velasco, 2018).

8.2. Enfermedad En Estadio Avanzado.

Se refiere a una enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles dentro de cada institución hospitalaria, que evolucionará hacia la muerte del paciente a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. (Velasco, 2018).

8.3. Cuidados Paliativos.

En la Ley General de Salud, se señala que los cuidados paliativos consisten en el cuidado activo y total de aquellas personas con 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 también forman parte de estos cuidados. La OMC española los define como el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, la valoración y el tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales que el paciente presente acorde a su padecimiento. (Gomez, 2022).

Los cuidados paliativos implican una serie de cuidados impartidos por el personal de salud, los cuales están encaminados a proporcionar alivio a los síntomas de un enfermo en estado terminal, lo cual significa controlar el dolor causado por la enfermedad de la persona, aunque se sabe que estos no curarán el padecimiento que lo provoca. (Gutierrez, 2014).

La Ley General de Salud en coordinación con la Ley de Voluntad anticipada, da la facultad al paciente de tomar la decisión si se somete a este tipo de tratamiento o no, esto de manera

voluntaria, además, dichas leyes también le otorgan al paciente o persona la decisión absoluta para suspender estos cuidados en el momento que él lo crea necesario. (González, 2021).

De acuerdo con diversos autores, los cuidados paliativos tienen como finalidad la aplicación de medidas terapéuticas encaminadas a evitar la obstinación terapéutica, así como el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida. (Gómez, 2021).

Lo que la sociedad espera de los médicos es que alguien que sabe sobre el sufrimiento humano usa sus habilidades y todas las ciencias científicas para facilitarlo. Por lo tanto, un médico para conocer las razones por las cuales una persona está pidiendo eutanasia o asistencia de suicidio debería ser un incentivo para desarrollar estrategias suficientes para combatir estas causas, no la causa para poner fin a la persona que sufre.

Uno de los grandes desafíos que enfrenta la medicina paliativa es el alivio al dolor de los pacientes en fases terminales causados por enfermedades que deterioran constante y rápidamente su estado de salud. Es por ello que en el artículo publicado por el médico paliativo Zylicz, menciona de manera concreta las etapas o fases en las cuales una persona que se encuentra en una situación terminal de su vida pide ayuda para pedir la eutanasia. Estas frases o etapas se relacionan con un acrónimo descrito conforme a las letras del alfabeto (A, B, C, D, E).

- A. Afraid (Miedo).
- B. Burn – Out (Desgaste Emocional).
- C. Control of death (Deseo de controlar la muerte).
- D. Depression (Depresión).
- E. Excrutiating pain (Dolor inoportable).

Varios estudios muestran que los síntomas con mayor frecuencia mostrados al final de la vida suelen ser más, multifactoriales, variables, intensos y a largo plazo.

Esto dice que alrededor del 90% de estos pacientes tienen dolor intenso, 80% de depresión o ansiedad, 60% de dificultad para respirar y casi todo apetito, sequía oral, estreñimiento, debilidad general u otra incomodidad similar.

Luego vemos que los síntomas más comunes de los pacientes terminales pueden ocurrir a partir de la dimensión de cualquier enfermedad en las personas y tienden a afectar su globalidad.

Por lo tanto, la medicina paliativa se centra en mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas en el equipo multidisciplinario coordinado, formado por médicos de diversas especialidades, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas profesionales, etc.

En algunos países, la terapia también se ofrece con manifestaciones artísticas, principalmente música y pintura, lo que permite a algunos pacientes encontrar una comunicación no verbal sobre las dificultades, el sufrimiento y el temor de que la confrontación con la muerte pueda causarlos. A los pacientes que deseen también se les ofrece asistencia mental.

Debido a que la familia se considera una parte importante del equipo terapéutico, es un intento de entrenarla para que pueda participar activamente en el cuidado de los enfermos. (Pontificio, 2018).

9. PRINCIPIOS ÉTICOS RELEVANTES DE LA MÉDICA PALIATIVA.

9.1. Principio de veracidad.

La veracidad es la base de la confianza en las condiciones interpersonales.

Por lo tanto, podríamos decir que la ventaja de la verdad para el paciente y sus familiares es el beneficio (el principio de la caridad), ya que le permite participar activamente en el proceso de toma de decisiones (el principio de autonomía).

Sin embargo, hay situaciones en la práctica donde la gestión de la información causa dificultades especiales para los médicos.

Esto sucede, especialmente cuando se trata de una mala comunicación de noticias, como un diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o muerte inevitable.

En estas circunstancias, esto no es raro, especialmente en los países latinoamericanos para alcanzar una actitud paternalista falsa, lo que lleva a la verdad a esconderse del paciente.

Por lo tanto, algunas a menudo, las "conspiraciones silenciosas" en un círculo vicioso pueden ser una injusticia grave (principio de justicia) además de nuevas fuentes de sufrimiento del paciente. (Santiago, 2018).

9.2. Principio de proporcionalidad terapéutica.

Debemos aceptar que ninguna persona se encuentra obligada a utilizar las intervenciones médicas actualmente disponibles y ofertas por parte del personal de salud para el tratamiento y control de las enfermedades que enfrenta la humanidad, sino sólo aquellas que le ofrecen una razonable probabilidad de beneficio que alivie los síntomas causadas por las mismas. En un intento por ofrecer una guía que ayude a identificar las intervenciones médicas que son moralmente obligatorias y las que no lo son, la Iglesia Católica propuso una clásica distinción entre medidas "ordinarias" y medidas "extraordinarias", doctrina que hasta el día de hoy se conoce como principio de proporcionalidad terapéutica. (Santiago, 2018).

En la Antigüedad greco-romana se han encontrado distintos testimonios de filósofos como Platón y Aristóteles que enfatizan lo inadecuados que resultan aquellos esfuerzos médicos que sólo lograrán prolongar los sufrimientos, a lo que el día de hoy conocemos como ensañamiento terapéutico.

Los médicos griegos aprendieron a distinguir y a reconocer aquellas situaciones en las que la naturaleza está de tal modo enferma, que inevitablemente conlleva el término de la vida

humana. Así, para los griegos la muerte no era considerada como una falla de la medicina, sino como el final natural de la vida humana. (Pontificio, 2014).

El principio de proporcionalidad terapéutica constituye y sostiene que existe la obligación moral por parte del personal que brinda servicios médicos de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible con respecto al tratamiento y cura de las enfermedades que se presentan hoy en día.

Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple se consideran desproporcionadas y no serían obligatorias de realizar de manera obligatoria por parte del personal de salud. Por tanto, para determinar si una intervención médica es o no moralmente obligatoria en un determinado paciente, se debe realizar un juicio de proporcionalidad, el cual ampare la calidad y beneficio del tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente. La relevancia moral de este juicio estriba en que sería moralmente ilícito omitir aquellas intervenciones médicas que se juzguen como proporcionadas; ello representaría una forma de eutanasia por omisión (la mal llamada "eutanasia pasiva"). (Gómez, 2019).

Es importante enfatizar aquí que se debe juzgar la proporción de la intervención médica, teniendo en cuenta los beneficios del beneficio global de la terapia y no solo en el contexto del posible efecto fisiológico que puede causar.

Por lo tanto, por ejemplo, no es suficiente que un tratamiento particular sea útil para reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre si estos efectos no significan el beneficio real del desarrollo global del paciente. En este sentido, vale la pena señalar que varios modelos de pronóstico basados en datos objetivos que pueden proporcionar información importante a mejores decisiones (medicina basada en la prueba).

Como lógicamente, el juicio de proporcionalidad también incluye la evaluación de los costos involucrados, la comprensión de los costos no solo en los gastos financieros, sino también por todas las molestias físicas, psicológicas, morales y/o mentales en la que una medida específica puede comportarse para el paciente, su familia y el equipo de atención médica. En este sentido, se puede decir que las consideraciones sobre la disponibilidad actual de una medida particular en el lugar donde la atención y/o dificultad que causará su uso será parte de la evaluación de "costos" en el sentido amplio.

Nuestra evaluación moral no puede reducirse a un equilibrio puro entre sus consecuencias positivas y negativas. No se pueden justificar buenas consecuencias (como social o financieramente). A nadie se le permite matar o herir a la persona inocente en su espacio corporal en integridad.

A este respecto, podemos decir que el viejo aforismo médico "el primero no es dañar" (Primum no nocere) sigue siendo completamente válido. Por lo tanto, cuando recomendamos usar un juicio de proporcionalidad en la toma de decisiones médicas, nos damos cuenta de que las oportunidades relacionadas con la mala acción característica definitivamente están excluidas del equilibrio. (Bermejo, 1996).

9.3. Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia.

Por lo general, los pacientes terminales tienen dolor intenso, dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, etc. Para lidiar con estos síntomas, a menudo es necesario usar medicamentos como la morfina, que pueden causar presión arterial o depresión respiratoria o reducción de otros medicamentos que reducen el potencial o incluso privar al paciente. No es raro el uso de este tipo de terapia en la familia y/o el equipo de salud.

Temen que los efectos negativos de esta intervención médica puedan incluir algún tipo de eutanasia. Dadas estas preocupaciones, debe recordarse que existe un principio ético

(llamado efecto voluntario o doble indirecto), lo que indica las circunstancias que deberían ser de tal manera que el acto que tiene el lado bueno y el mal efecto es legítimo.

Debido a la supresión de la conciencia, que a veces se necesita en el caso de pacientes muy excitados, se usa el mismo principio. Debido a que las facultades comunes se consideran un beneficio objetivo para la persona, no está legalmente privado de su conciencia sin ninguna razón. Para ser moralmente legal, esta morrena debe seguir el motivo terapéutico que se proporciona y no debe ser amado directamente, sino solo para tolerar. (Bermejo, 2001).

9.4. Principio de prevención.

Las complicaciones y/o síntomas prepositibles con mayor frecuencia que se muestran en el desarrollo de una condición clínica particular son parte de la responsabilidad médica (una obligación esperada).

Introducir las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y para asesorar a los familiares de las mejores acciones de manera oportuna para seguir si, por un lado, deben evitar trastornos innecesarios del paciente y, por otro lado, no los alientan a que se tomen en las medidas que causen una intervención desproporcionada. (Garcia, 2019).

Si no habla sobre el comportamiento oportuno que se aceptará si, por ejemplo, están presentes, complicaciones como sangrado, infecciones, problemas respiratorios o incluso detención de distribución cardiovascular, es costumbre tomar malas decisiones que son muy difíciles de regresar.

9.5. Principio de no-abandono.

El último principio al que quiero referirme aquí es a lo que algunos paliadores han llamado el principio no abandono. Este principio nos recuerda que, con la excepción de objeciones conscientes graves, debe condenarse éticamente a abandonar al paciente, ya que rechaza ciertas terapias, e incluso si el médico determina que es algo inapropiado. Por lo general, tenemos poca tolerancia al sufrimiento y la muerte.

Cuidar pacientes moribundos que definitivamente nos enfrentan con estas realidades. Podríamos sentir tentados fácilmente a evitar su tratamiento, lo que a menudo crea una sensación de impotencia. Esta tentación se ve reforzada por la mentalidad dominante. Tendrá que recordar que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible gastar y, a veces, consolar.

Al gastar pacientes moribundos, nos recuerda, por lo que nuestro deber moral de aceptar la sutileza de la condición humana y prueba la verdad por nuestro respeto por la dignidad de cualquier persona, incluso bajo una debilidad y adicción extrema, una tarea que no siempre es simple. (Gómez,2019).

10. SEDACIÓN PALIATIVA.

Este concepto hace referencia a la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, siempre y cuando el mismo otorgue su consentimiento, esto se realiza mediante la ministración de fármacos adecuadamente prescritos y administrados por parte del personal de salud, con el objetivo de evitar que el paciente presente un sufrimiento causado por síntomas refractarios de la enfermedad. Este método se aplica en los momentos en los cuales el enfermo se encuentra en agonía o en sus últimos momentos, cuando esta próxima su muerte. (González, 2021).

11. SITUACIÓN DE AGONÍA.

Se refiere a una situación en la cual una persona presenta precedente a su muerte, esta puede ser causada y puede manifestarse de diferentes maneras, mediante alucinaciones o recuerdos que presente la persona que esta próxima a su muerte.

En esta situación puede existir un deterioro físico intenso, debilidad muscular extrema, alteración del estado de conciencia y deterioro mental, de igual manera el enfermo puede presentar alteraciones en sus funciones vitales y fisiológicas.

12. VOLUNTAD ANTICIPADA.

Durante el transcurso y el paso de los años, la medicina ha tenido grandes avances en cuanto al sistema de investigación e implementación de terapias nuevas y nuevos tratamientos para curar las enfermedades que se presentan cotidianamente.

De igual manera cabe destacar que se han implementado distintas maneras y medios a través de los cuales se busca someter al paciente a soportes para mantenerlo vivo cuando este se encuentra en una situación de enfermedad terminal, prolongando su agonía y aumentando el sufrimiento. Es por ello que se implementó la Ley de Voluntad Anticipada, la cual permite al enfermo o a sus familiares implementar los tratamientos o medios de soporte para mantenerlo vivo a pesar del pronóstico sobre su estado de salud. (SEGOB, 2018).

La Ciudad de México fue la primera entidad de la nación en aprobar e implementar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008.

La voluntad anticipada es definida como “la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal a causa de una enfermedad que terminara con su vida a través de los pronósticos y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona”. (INAM, 2019).

Cabe destacar que la voluntad anticipada no prolonga ni acorta la vida, respeta el momento natural de la muerte y favorece la atención y los cuidados paliativos otorgados al paciente al final de la vida, es decir, ofrecer acompañamiento a la persona sin intervención médica durante esta última etapa. ((Art. 1 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, 2019).

Es importante comprender que el testamento esperado no extiende ni acorta la vida, observa la muerte natural y prefiere la atención y los cuidados paliativos al final de la vida, es decir, ofreciendo al paciente un acompañamiento sin intervención médica en esta etapa final. La Ciudad de México fue la primera unidad en el país en aprobar la ley voluntaria temprana en enero de 2008.

La Ciudad de México, personas solteras y mayores, están más interesadas en ser la muerte adecuada si sufren una enfermedad terminal. El 60% de las solicitudes tempranas del testamento están firmadas por personas de 61 años a 80 años y el 64% de las personas que tienen sus testamentos tempranos son mujeres. (Ramirez, 2018).

El estimado regulará la ortotanasia; Es decir, la acción correcta antes de la muerte de personas que se preocupan por quién sufre de una enfermedad incurable o en la fase terminal. La legislación no permite que la eutanasia o la acción deliberada pongan fin a la vida del paciente.

No hay necesidad de firmar la voluntad esperada o sufrir un accidente.

La prevención puede ser realizada por cualquier persona a una edad legal, acreditar su identidad, elegir sus representantes y expresar su voluntad. Al preparar un documento, la persona tiene la oportunidad de expresar si dona sus órganos o no después de la muerte o no; El 50% de las personas han expresado su voluntad a favor de donar. (Ramirez, 2018).

El documento previsto es la "herramienta asignada a un notario en el que una persona con la capacidad de hacer ejercicio y plenamente a través de sus facultades espirituales se manifiesta en solicitudes libres, conscientes, serias, serias, inequívocas y repetidas para someter o no involucrar agentes médicos, tratamiento o procedimientos que contribuyen a obstáculos terapéuticos. (Art. 3, Fracción III de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

13. HOMICIDIO POR PIEDAD.

Para encontrar o definir lo que es el homicidio por piedad, primero se debe entender como es que se define la piedad, Gomez López la define como un estado afectivo encaminado hacia la misericordia, por lo cual interviene en la vivencia, tristeza y dolor de la persona afectada o enferma. (Gómez, 2021).

Este es un tipo de homicidio reconocido en la legislación, consiste en provocar la muerte de forma intencional a quien padecemos a sufrido una herida grave, o padezca alguna enfermedad grave e incurable que lo hace sufrir intensamente, esto con el objetivo de poner fin al sufrimiento de la persona.

13.1. Incurable.

El término incurable hace referencia a la imposibilidad de curar o sanar a una persona con algún padecimiento de salud de carácter crónico degenerativo el cual compromete de forma grave el estado de salud de la persona que la padece, llevandola a complicaciones severas e incluso a su muerte prematura. (Gómez, 2015).

14. DERECHO A LA MUERTE DIGNA.

Pfeiffer apunta que la muerte con dignidad es uno de los temas más complicados y fascinantes de abordar y tratar en la ética médica. Sus objetos principales son el derecho de los pacientes sobre su cuerpo y su estado físico en el que se encuentren, la cuestión de si su vida puede y debe preservarse a cualquier costo. (López, 2021).

La idea de que la muerte podría ser un alivio para la vida sentenciada a terribles trastornos no es nueva. Por ejemplo, ya lo estamos encontrando en la cultura griega. Esto, la Quirón Poéticamente expresada Quirón de la Quirón, a quien Dios Apolo presentó el "don de mortalidad", después de una pelea con otro centauro, violaron una herida incurable.

Pero diga que la muerte en ciertas situaciones puede percibirse como una bendición divina, que no siempre es equivalente a los derechos humanos para poner fin al hombre que sufrió.

Fue percibido por Hipócrates que, en su famoso juramento, reclama a un médico acerca de no darle a nadie una sustancia mortal incluso a pedido, y no dio consejos para este propósito. (Taboada, 2014).

La necesidad de solicitar a los médicos un compromiso formal a este respecto es muy claramente visible al analizar las cifras del informe de la Comisión Repmelika. Estas estadísticas muestran que el 15% de los muertos murieron en los Países Bajos desde la eutanasia.

De los pacientes que solicitaron eutanasia activa durante el período analizado (agosto de 1990-diciembre de 1990), el 56% lo hizo para sentir la pérdida de respeto y el 47% dijo que tenían dolor indispensable. Estos datos son el doble de sorprendente, porque la sensación de respeto, por un lado, no es una pérdida de respeto entre las condiciones de "eutanasia correcta" adoptada por el parlamento holandés. (Taboada, 2014).

Por otro lado, aunque el dolor indispensable se considera una condición legítima, el mismo informe muestra que después del tratamiento de los médicos del 17% de la aplicación de eutanasia, todavía había alternativas terapéuticas paliativas para ofrecer pacientes, pero los rechazaron.

En otras palabras, en estos casos no podría hablar con dolor indispensable. De hecho, la razón más importante por la que el 35% de los médicos rechazaron las solicitudes de eutanasia fue su idea personal de que el sufrimiento del paciente no es intolerante.

Las estadísticas actualmente disponibles en los Países Bajos muestran que después de la primera fase, cuando el respeto por la autonomía del paciente se considera una condición justa para poner fin a la vida de las personas que requieren otra fase cuando la práctica de estas prácticas se refiere a situaciones en las que ya no hay un paciente que se pregunta sino es así ".

De esta manera, los debates médicos y legales ya no se discuten sobre la naturaleza legal o ilegal de la eutanasia, sino sobre mayor o menor conveniencia en ciertos casos, ya

sean reglas para regular su uso y para una mayor o menos aceptación social y política, enfatizando el costo/beneficio de la evaluación de la etanasia. Por lo tanto, dada la vida del sufrimiento, los terceros deciden matar a una persona como una solución que habría elegido. De esta manera, la realización de la eutanasia ya no está justificada, refiriéndose a la autonomía del paciente, pero se considera una acción moral, como dice Sgreccia. (Sgreccia, 2019).

Esta evidencia empírica es la necesidad de reflexionar sobre lo que crea dignidad humana, especialmente en el caso del sufrimiento y la muerte, dos realidades que parecen probar nuestra percepción del significado de la vida.

15. TIPOS DE EUTANASIA.

De acuerdo con la OMC, se identifican 3 tipos de eutanasia, los cuales se describen a continuación:

15.1. Eutanasia Pasiva.

Se define como cese de herencia o medidas terapéuticas innecesarias o no es el comienzo del paciente en la situación de Enfermedad terminal. En este tipo de eutanasia, la OMC indica que este término no tiene que usarse, ya que estas acciones no están en ninguna forma de eutanasia para evitar confusiones, ya que estas actividades no están en ninguna forma de eutanasia y se consideran buenas prácticas médicas.

15.2. Eutanasia Indirecta.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que la OMC ha recomendado eliminar el término, ya que está mejor definido por el principio de doble efecto, que se entiende como un principio ético permitido para un tratamiento específico que puede tener un efecto beneficioso y otros daños, a menos que el médico no lo haga.

15.3. Eutanasia involuntaria.

Corresponde a la que se aplica a un paciente sin que éste lo haya solicitado. Al respecto se indica que, ningún código ético ni penal lo acepta y, por lo tanto, no debería ser ni siquiera objeto de discusión, ya que puede ser considerada como un homicidio ante el aspecto legal.

15.4. Eutanasia Positiva.

Esta implica provocar la muerte mediante la intervención quirúrgica, de ordinario administrando un fármaco. Es aquella en que el agente, de manera directa y positiva, actúa sobre la persona enferma provocándole la muerte, ya sea con su consentimiento o sin él.

15.5. Eutanasia negativa.

El agente deja de hacer algo que permite proseguir con la vida del paciente. Consiste en la omisión de los medios ordinarios para mantener la vida del enfermo, es algo similar al ensañamiento terapéutico.

15.6. Eutanasia Solutiva.

Esto se aplica al comportamiento autónomo o heteronómico que tiende a aliviar el dolor al suministrar analgésicos o anestésicos que no se abrevian en el curso importante que le da al paciente o al viejo condiciones de higiene apropiadas, nutrición y refugio, proporciona negocios a través de los negocios. El diálogo y el silencio según las necesidades y le permiten morir personalmente con una soledad discreta, como fue su voluntad.

15.7. Eutanasia Activa.

Se provoca la muerte mediante una acción, inyección letal, suministro de fármacos por parte del personal de salud hacia el paciente con enfermedad terminal.

15.8. Eutanasia Terminal.

Los supuestos de enfermos terminales, estado vegetativo persistente y neonatos que se hallen en situaciones similares.

15.9. Eutanasia Paliativa.

Las de enfermos de muerte y personas incapacitadas para valerse por sí mismas por afección incurable y permanente, en estos supuestos los tratamientos aplicados, dirigidos a mitigar el dolor, producen un adelantamiento del momento de la muerte.

15.10. Eutanasia Voluntaria.

Corresponde al tipo de eutanasia la cual el paciente autoriza de forma voluntaria, ya sea de forma verbal o escrita.

15.11. Eutanasia Involuntaria.

Es aquella la cual se aplica a los pacientes sin su consentimiento. Procede por decisión del propio agente sanitario o por la familia.

De acuerdo con el Autor Arroyo Catro, es uno de los métodos que aparecen como un centro de discusión y simplemente lo entiende como una imposición, por lo que hablaremos de matar.

Gómez López habla de eutanasia típica y atípica, las cuales a su vez son reconocidas tomando como punto de partida de las modalidades que presentan y cómo encuadran los supuestos punibles que de ellas se derivan en el ámbito del Derecho Penal. Dentro de la eutanasia atípica de acuerdo con el autor se encuentran:

15.12. Eutanasia Por Omisión.

Esta modalidad se presenta cuando la persona quien se encuentra al cuidado o a cargo del enfermo o herido, omite utilizar aquellos procedimientos o terapias a su alcance y cuyo uso podría alargar la vida de quien se encuentra en proceso de morir.

Sin embargo, se aclara que si la omisión de utilizar tales procedimientos se debe a que el enfermo pone cierta resistencia o se opone a ellos, o no acepta ningún tipo de terapia, la acción es atípica, en virtud del ejercicio del derecho de autodeterminación y desarrollo de la personalidad que permite rechazar válidamente tratamientos médicos.

16. DIFERENCIA CON OTRAS PRÁCTICAS RELACIONADAS.

16.1. Eugenesia.

En esta práctica no hay voluntad de morir por parte de la persona o paciente. Estado o ponen en peligro la fuerza de la raza. Es una política de eliminación de grupos considerados inútiles a la comunidad, se trata de delitos de genocidio, parricidio, infanticidio, homicidio simple, en algunos textos lo describen como un castigo o eliminar a los débiles. (Arroyo,2018).

16.2. Ortotanasia.

Se da la muerte normal a través de la prolongación de la vida, mediante procesos terapéuticos que producen o permiten la supervivencia de un gran número de pacientes o enfermos con enfermedades incurables generalmente de carácter crónico degenerativas, cuya carga pesa sobre las familias y sobre la colectividad sin ningún provecho, nada más la prolongación del sufrimiento del enfermo, es dejar morir a un ser humano, se le compara a la eutanasia por omisión.

16.3. Distanasia.

Se considerada lo contrario a la eutanasia e implica prolongar la vida hasta lo máximo posible mediante técnicas artificiales, la intencionalidad se asienta en querer prolongar la vida humana con la utilización de todos los medios médicos-quirúrgicos posibles por parte del personal que brinda servicios de salud. Se parte de la obligación del médico de conservar la vida humana hasta el máximo de sus posibilidades y hasta donde el paciente lo permita.

16.4. Adistanacia.

Conciste en dejar de proporcionar al enfermo los medios que solo conducirían a retrasar su muerte ya inminente, equivale en otras palabras a respetar el proceso natural de morir, lo que tradicionalmente se llama Eutanasia pasiva o Eutanasia negativa. Simplemente se respeta la voluntad del enfermo a morir de una manera digna y pasiva.

16.5. Autanasia.

Hace referencia al término en donde se asume que el individuo en estado terminal puede solicitar que se le proporcionen los medios necesarios para acabar con su vida el mismo, es decir, en la facilidad de adquirir una sustancia para poder acabar con su propia vida de forma voluntaria, es parecido al suicidio. (Arroyo, 2018).

17. PRINCIPIOS QUE RIGEN LA EUTANASIA.

De acuerdo con diversos estudios publicados, los principios que deben regirse y respetarse en el ejercicio y aplicación de la eutanasia para la toma de decisiones tanto por parte del médico como del paciente diagnosticado con una enfermedad terminal que compromete su estado de salud son cuatro:

17.1. Principio de Beneficencia.

Este principio manda hacer el bien. Es el principio más evidente de todos ya que el personal que brinda y proporciona servicios de salud ha sido educado y formado para hacer el bien y salvaguardar la vida del paciente o de quien lo requiera, no sólo al individuo enfermo, sino a la sociedad en general.

Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos, que beneficien al paciente en lugar de empeorar su estado de salud tanto física como mental. (González, 2018).

17.2. Principio de no maleficencia.

Es un principio basado en el principio hipocrático de ***Primum non nocere***, es decir, "ante todo, no hacer daño". También es un principio muy evidente y particular ya que ningún profesional de salud deberá utilizar sus conocimientos o su situación para ocasionar un acto perjudicial a la persona enferma.

En la práctica se refiere a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios para el paciente y su familia e incluso para la sociedad.

17.3. Principio de autonomía.

Se refiere a la capacidad y derecho que tiene el paciente para decidir, siempre que exprese su deseo de recibir, intentar y suspender un tratamiento utilizado e implementado para la mejoría de su estado de salud. A diferencia de los principios anteriormente mencionados, es un principio que siempre se ha encontrado ausente de la tradición médica, a pesar de la gran importancia que ha adquirido en los últimos años.

Durante muchos años no se ha hecho participe al paciente en la toma de decisiones, sino que el personal de salud es quien las toma incluso sin su consentimiento o el de su familia. El deber del médico era "hacer el bien" al paciente, y el de éste, aceptarlo. El paciente, por el mero hecho de serlo, no era tomada en cuenta su opinión ante dichas situaciones. (García, 2018).

17.4. Principio de justicia.

Es el principio que convierte al personal sanitario en gestor y administrador de los recursos y de los servicios, que deberá utilizar de una forma efectiva y eficiente, evitando actuaciones sanitarias inadecuadas". Consiste en brindar adecuada atención, óptima y con amplio sentido humano a los pacientes que así lo requieran.

18. CÓDIGO DE BIÓETICA PARA EL PERSONAL QUE BRINDA SERVICIOS DE SALUD.

Hoy e día la bióetica refleja el movimiento general de responsabilidad profesional, y dada su percepción de la ética global, todas las personas no tienen en cuenta respetar la naturaleza, preservar los ecosistemas y apoyar la supervivencia de la biodiversidad.

Para el personal que integra el equipo de salud tanto médicos como enfermeras e incluso personal administrativo, constituye un sistema de reflexión moral en todos los sucesos de la vida, como una advertencia constante para respetar los derechos humanos, siempre en busca de beneficios y justicia para todas las peronas en este caso para cada paciente, respetar la autonomía de cada ser humano, y evitar lucrar con pacientes y seres vivos en su conjunto, incluido el deber social de rechazar y usar recursos con responsabilidad y alto sentido humanístico.

Este código de bioética refleja una guía de comportamiento en la práctica profesional para resolver las diferencias en la provisión de servicios a los pacientes y sus familiares, así como entre las personas y profesionales involucrados en actividades, particularmente relacionadas con la medicina y la salud.

Estas directrices de comportamiento ético han sido esenciales para las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Educación de las Naciones Unidas, la Ciencia y la Organización de la Cultura de la UNESCO, que, junto con la Declaración de Derechos Humanos (ONU, 1948), se refiere a la creación de directrices o códigos nacionales para el comportamiento ético y otras reflexiones deontológicas.

Es útil considerar la naturaleza reciente de los principios de la bioética que explora sistemáticamente el derecho a la vida, la salud y el respeto de la persona de una persona.

Se ha escuchado que los profesionales de la salud, académicos, académicos, académicos, académicos académicos crean un código bioético para los profesionales de la salud mexicanos. Investigadores, maestros y estudiantes en medicina y atención y socialmente relacionados con la salud a través de dos ejercicios, el primero a partir de abril.

En 2001, cuando el proyecto se emitió en mayo de 2002 y luego por la recopilación de notificaciones, el documento se entregó antes de que se terminara con las razones propuestas compiladas. (Frenk, 2018).

En México, el Ministerio de Salud participa en el movimiento general de responsabilidad bioética, que obliga al proceso dialéctico de conocimiento científico y reflexión moral⁶, como es la Comisión Nacional de Bioética, un canal para establecer este código bajo la Ley Nacional de la Salud sobre Protección de la Salud, que es la ética de la salud para la salud, donde se decide en su estrategia establecida en su estrategia donde es necesario en la creación de un código de bioética, que crea los aspectos generales del comportamiento ético en la atención médica, que servirá como un marco de referencia para guías específicas, que se consideran necesarias para las actividades asociadas con bioética. Carrasco, 2021).

Finalmente, este Código llevará a cabo una acción válida en caso de democratización de la salud en México, que consiste en: dado que la buena salud de la población es uno de los objetivos para lograr la igualdad de oportunidades en el desarrollo; Esta es la capacidad de aumentar su sustento; El hecho de que el valor de la salud sea un objetivo social común para todos los sectores para fortalecer la sociedad.

Al igual que con cualquier disciplina que funcione en el mundo, cambiando el mundo y con nuevos desafíos, teniendo en cuenta la tecnología de aspecto permanente, el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Bioética estará al tanto de los nuevos desafíos médicos y de

elogio, dejando este comportamiento profesional del comportamiento profesional profesional de la atención médica. (Frenk, 2021).

18.1. Algunos Principios Bioéticos.

- 1) Cada persona tiene derecho a proteger su salud en principio. Los residentes mexicanos y los mexicanos que viven en el extranjero deben disfrutar de los mismos derechos. Los profesionales de la salud deben buscar fondos para cumplir con el capital y Justicia, priorizó el paradigma de la bioética.
- 2) La atención médica de personal profesional y técnico debe usarse a favor de una población en un Sistema científico y humanitario.
- 3) El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen y colaboren en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia en todo momento.
- 4) Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor y por ello es fundamental brindar una atención de salud optima y con alto sentido humanístico.
- 5) La población sana o enferma merece recibir por parte del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante hacia los usuarios que requieran de sus servicios, tanto a la población sana como enferma.
- 6) El personal de salud tiene la obligación de participar en el ámbito de su competencia en actividades que contribuyan al beneficio de la salud de la comunidad, así como en la

atención médica en casos de emergencia y desastres, al igual que en situaciones en las cuales sean requeridos sus servicios, tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él.

- 7) La actitud por parte del equipo que brinda servicios de salud debe mantener e incrementar la confianza de las personas a las cuales se les brinda atención, especialmente de los pacientes y personal que contribuye a su cuidado, puesto que el alto sentido humanístico con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación.
- 8) Las instituciones encargadas de brindar servicios de salud, conforme con sus posibilidades y recursos materiales con los que cuenten, se le deberán asignar a cada médico u otros prestadores de servicios de salud el número adecuado de pacientes de acuerdo con la complejidad de su estado de salud, considerando que la sobrecarga de trabajo y la fatiga por parte del personal son poco propicias para otorgar servicios de alta calidad.
- 9) Con base en las políticas de cada Institución y en casos urgentes, si el paciente es incapaz de tomar una decisión para su diagnóstico y tratamiento y en ausencia de su representante legal, el personal de salud podrá aplicar las medidas que considere pertinentes y sean profesionalmente aceptadas con la finalidad de otorgar servicios de salud de alta calidad y en beneficio del mejoramiento en el estado fisiológico del paciente.
- 10) El prestador de servicios de salud cuenta con la responsabilidad total del estado de salud de cada uno de los pacientes a su cargo, esto dentro de sus jornadas laborales, esto debido a que cada institución de salud tanto del sector público como del sector privado cuenta y debe contar con personal adecuado y capacitado para ejercer en cada uno de los turnos correspondientes de forma continua.

- 11) Tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente o compañero de su área, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento y, sólo cuando lo amerite por no contar con los medios adecuados, lo derivará a otra institución para su atención oportuna.

19. LOS PACIENTES COMO UN CENTRO DE INTERES EN LA BIOÉTICA.

Los enfermos o pacientes son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, en el proceso de salud- enfermedad, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto. Esto mismo es aplicable a sus familiares, que comúnmente presentan angustias e inquietudes. Pero de igual forma ambas partes se encuentran obligadas a tratar con respeto y trato cordial al personal de salud que les brinda la atención. (Frenk, 2012).

El paciente y su representante legal tienen el derecho de ser informados, con sentido humano, sobre su enfermedad, las posibles alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas con el objetivo de mejorar su estado de salud.

Esta información debe expresarse con un lenguaje claro y veraz de modo que el paciente y/o sus familiares puedan entenderlo sin mayor problema, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá decidir en el manejo de su propia enfermedad y posibles tratamientos (ejercer su derecho de autonomía). (Frenk, 2012).

La información que se le proporcione al paciente o representante legal debe realizarse con la debida prudencia, ya que esto puede tener un impacto de forma negativa a nivel psicológico.

Debe realizarse en el momento oportuno, sin permitir que pase un lapso mayor de tiempo y debe brindarse sin exclusión alguna de cualquier dato de importancia.

La información sobre la enfermedad de un paciente debe guardarse y manejarse con confidencialidad, salvo cuando la normatividad epidemiológica determine su notificación o que sea requerida por orden judicial o instancias legales que correspondan. (Frenk, 2012).

La responsabilidad legal del manejo confidencial de los expedientes clínicos y el estado de salud de los pacientes por parte del personal que brinda servicios de salud e incluso de las personas encargadas del manejo de dicha documentación, recae en todas aquellas personas que tienen el acceso a dicha información.

Todo paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al personal encargado de otorgarle servicios de salud (médicos, enfermeras, etc) al momento de recibir atención por parte de los mismos, cuando se comunica con sus familiares o cuando su pudor así lo exige (en consulta o al momento en el que se le realice algún procedimiento diagnóstico o terapéutico). Las instituciones de salud deben contar con los medios para que este precepto se cumpla, garantizando ante todo la privacidad del paciente.

El personal de salud tiene la obligación de presentarse con el paciente proporcionando su nombre y cargo que desempeña antes de brindar atención o realizar algún procedimiento al paciente, de igual manera debe explicarse al paciente en que consiste el procedimiento que se le realizará y las posibles molestias e incomodidades físicas que este pueda causarle. (González, 2021).

El paciente o enfermo, en cualquier momento de su vida, puede expresar por escrito su voluntad anticipada (Ley de voluntad anticipada) para evitar que si sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas de forma verbal, se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, es decir, tendrá la facultad de decidir si decide que se le aplique algún tratamiento o terapia con las que se intente prolongarle la vida.

20. RESPONSABILIDADES DE LOS INDIVIDUOS SANOS Y DE LOS PACIENTES.

La población en general hablando de hombres y mujeres tiene la obligación de conocer e informarse acerca de los programas desarrollados por cada gobierno o autoridad en materia de salud acerca del cuidado y mantenimiento de la misma, de igual manera deben conocer los posibles factores de riesgo que pueden alterarla o modificarla.

Todos los pacientes y/o sus representantes legales tienen la obligación de informar al personal de salud sin excluir ningún detalle acerca de los síntomas y dudas con respecto a la enfermedad que padecen, esto debido a que cualquier exclusión puede ser perjudicial o impedir que pueda darse un diagnóstico preciso al estado de salud del individuo y por ende dificultar la elección de los posibles planes de tratamiento para el mejoramiento de su estado fisiológico.

Para que el personal de salud pueda ejercer sus funciones y llevara cabo las acciones de tratamiento correspondientes, el paciente debe firmar un consentimiento informado, el cual consiste en un documento de carácter legal que informa acerca de los beneficios, posibles riesgos, complicaciones y tiempo de duración del tratamiento, donde el paciente al firmarlo otorga su total consentimiento para que el equipo de salud pueda ejercer sus actividades terapéuticas.

Los pacientes tienen el derecho a que su decisión de recibir un tratamiento o no sea respetada por parte del personal de salud (Ley de Voluntad Anticipada). En pacientes pediátricos, adultos mayores cuyas facultades mentales se ven alteradas y pacientes con algún tipo de discapacidad mental, la decisión que tomen con respecto a la aceptación de un tratamiento o procedimiento diagnóstico debe ser ratificada por su cuidador principal.

El enfermo que conoce que padece una enfermedad altamente contagiosa adquiere, al saberlo, la obligación de evitar por todos los medios que otras personas enfermen por su

contacto con él, es decir, debe realizar formas preventivas para evitar el contagio de otras personas a causa de dicha enfermedad.

La persona que se conoce como portadora de información genética adversa susceptible de transmitirse a su descendencia adquiere el compromiso de seguir el consejo genético que se le proporcione por parte del personal de salubridad según el caso y asume completamente la responsabilidad de sus actos.

21. BIOETICA ENFOCADA A LA INVESTIGACIÓN EN LA SALUD.

El beneficio que los pacientes y la comunidad en general obtienen de las actividades médicas otorgadas diariamente se basa en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamenta en la investigación.

La participación en la generación de nuevo conocimiento a través de la investigación por parte del personal de salud (médicos y enfermeras) es considerada como una obligación de carácter moral, con el objetivo de generar y actualizar medidas de tratamiento a las enfermedades y situaciones generadas diariamente en la población en general. (García, 2021).

Las investigaciones de carácter básico, clínico u operacional en las cuales interviene el equipo de salud se deben apegar a la legislación sanitaria y ser aprobadas por los Comités creados de forma ex-profesa en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio a realizar. (García, 2021).

De igual manera debe realizarse un análisis pertinente por cada cierto tiempo con el objetivo de mostrar los avances obtenidos en dicho proceso de investigación. Para llevar a cabo la investigación de forma correcta, los investigadores deben realizar un consentimiento informado por escrito dirigido a las personas sujetas a dicha investigación, de sus apoderados o tutores, con el propósito de informar acerca de los objetivos y condiciones de dicha investigación.

El consentimiento informado se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos, beneficios y el planteamiento del derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo alguno su ulterior atención médica, de igual manera las personas involucradas en dicha investigación tienen el derecho de cuestionar e informarse acerca de los avances del proceso. (García, 2021).

Se debe tener particular cuidado de no implementar incentivos económicos a las personas dispuestas a participar como testigos de la investigación.

22. MARCO JURÍDICO DE LA EUTANASIA.

Cabe señalar que actualmente la Ley General de Salud prohíbe expresamente la práctica de la eutanasia a la que se le identifica como homicidio por piedad u homicidio medicamente asistido, al señalar en su artículo 166 Bis 21 la siguiente información:

- **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. (Ley General de Salud, 2018).*

Al encontrarse prohibida la eutanasia se establecen algunas facultades y obligaciones que los médicos tratantes de enfermos terminales deben cumplir; obligaciones y facultades que implícitamente pueden implicar prohibiciones en el actuar de éstos.

En ese sentido, la Ley otorga a los médicos tratantes la facultad para la prescripción y administración de fármacos paliativos a un enfermo o paciente en situación terminal, en algunos casos los medicamentos ministrados pueden ser tan fuertes que incluso los pacientes pueden perder o disminuir el estado de alerta e incluso se acorte la vida del paciente, sin embargo, ésta facultad se podrá ejercer sólo bajo una condición, que el suministro de los medicamentos paliativos solo sea para disminuir e incluso quitar completamente el dolor de un paciente (art. 166 Bis 16).

En dicha Ley de igual manera se estipula que el personal médico tiene la facultad y autorización para la prescripción de medicamentos opioides, esto con la finalidad de disminuir el dolor del paciente, pero antes de ello, el médico debe solicitar que el paciente firme un consentimiento informado en el cual especifique los riesgos y posibles efectos adversos de dichos medicamentos, los cuales pueden ser desde la disminución del estado de conciencia (somnolencia, letargo e incluso inconciencia) e incluso el estado de coma. (Gómez, 2019).

Dicha Ley ampara al personal de salud acerca de la prescripción y ministración de los fármacos paliativos (analgésicos) y opioides, esto con el objetivo primordial de aliviar el dolor en un paciente que se encuentra o padece una enfermedad de carácter terminal. De igual manera estipula que ninguno de dichos fármacos deberá ser utilizado para acortar o terminar con la vida del paciente, ya que al hacer esto será catalogado como un homicidio de carácter culposo e incluso con dolo.

Estas disposiciones penales atienden a lo estipulado por el artículo 312 del Código Penal Federal, en lo que respecta a la inducción al suicidio, pues es como de manera indirecta es considerada la eutanasia, la cual al estar prohibida se considera como delito, y por lo tanto, de llegarse a cometer o practicar será sancionada con uno a cinco años de prisión cuando se preste auxilio o induzca al suicidio (suicidio médicamente asistido), pero la pena aumenta de cuatro a doce años de prisión si quien presta el auxilio o lo induce realiza la ejecución de la muerte de una persona:

Artículo 312.- *El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años. (Ley General de Salud, 2018).*

La eutanasia o mejor conocida como suicidio médicamente asistido es considerada como un acto ilegal en México, ya que aunque parece una práctica piadosa es considerada como un homicidio que puede ser catalogado como culposo. Cabe mencionar que en los casos en los

cuales la eutanasia es aplicada en pacientes menores de edad e incluso pacientes con algun tipo de discapacidad será catalogado directamete como un homicidio calificado, el cual será sancionado con 4 hasta 15 años de prisión para las personas involucradas e dichos actos. (Ley General de Salud, 2018).

Artículo 313.- *Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas. (Ley General de Salud, 2018).*

De acuerdo con las facultades y obligaciones del personal que presta servicios de salud, estipuldas en la Ley General de Salud, se establece que tienen prohibido implementar medidas extraordinarias a un paciente en situación terminal, sin su previo consentimiento (Art. 166 Bis 16, último párrafo).

De igual manera, se prohíbe terminantemente al personal que presta servicios de sañud aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica (ensañamiento terapéutico) o medidas extraordinarias, esto con el objeto de garantizar una vida digna y con calidad, y el respeto a la dignidad del paciente en situación terminal (Art. 166 Bis, Ley General de Salud, 2018).

Asi miso, dicha ley establece que el personal de salud que deje de proporcionar los cuidados básicos a los pacientes en situación terminal será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables, lo que implica que queda totalmente prohibido ya sea directa o indirectamente asistir o coadyuvar en la muerte de un enfermo en situación terminal.

De igual manera, se establece que el personal que presta servicios de salud que participe en el abandono de un paciente en situación teriminal será sancionado con prision por causa de omisión de cuidados y abandono intencional, asi mismo incumplimiento de actividades acorde a su profesión y violación de su código de ética profesional.

El dejar de otorgar los cuidados necesarios a un paciente, también se relaciona directamente con el abandono del enfermo, el cual se encuentra estipulado como delito de acuerdo con los artículos 228 y 229 del Código Penal Federal, en donde se establece que los médicos y enfermeras que participen en dicho acto serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre

ejercicio profesional, debido a que durante su jornada laboral asumen la responsabilidad total del enfermo, por lo cual disminuir o negar los cuidados pertinentes a dicho enfermo puede ser catálogoado como abandono de forma directa. (Código Penal Federal, 2015).

Dicho esto, además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean de carácter doloso o culposo, se les aplicarán sanciones que van desde la suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de su profesión o definitiva y retiro de la cédula profesional en el caso de que se cometa una falta de esta índole e incluso una situación de mayor gravedad. Asimismo, estarán obligados a la reparación del daño por los actos cometidos y por los de su equipo de trabajo (todos aquellos que se vean involucrados en dicha falta), es decir todos los miembros del equipo que resulten involucrados (Código Penal Federal, 2015).

23. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES IMPLICADOS.

Los instrumentos internacionales pugnan por un derecho a la vida, protegiéndola incluso desde el momento de la concepción y señalando que nadie puede ser privado de ella arbitrariamente:

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, en su artículo tercero señala que: “Todo Individuo tiene derecho a la vida”.
- **Convención Americana sobre Derechos Humanos**, en el artículo 4°, sostiene 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.

- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, en el artículo 6° numeral 1, se estipula: *“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”*.

Los instrumentos internacionales protegen el derecho a la vida, y por lo tanto queda estrictamente prohibido privar de la vida a alguien de manera arbitraria o intencional, sin embargo, cabe la posibilidad de cuestionarse sobre si ¿la privación de la vida con consentimiento de quien pretende dejar de existir para dejar de padecer por cuestiones de una enfermedad terminal debe considerarse arbitraria?, puesto que media la voluntad de quien pretende dejar de vivir.

El autor Diego Valadés cuestiona si de alguna manera beneficia a la sociedad el sufrimiento insuperable de uno de sus miembros. Y de igual manera responde que sólo conoce los argumentos en pro del dolor que como una obligación que corresponden a convicciones metafísicas salvíficas, las cuales son muy respetables para toda persona que esté persuadida de la vida ultraterrenal y desee acceder a ella mediante el sacrificio propio, pues tiene derecho a actuar conforme a esa creencia. (Valadés, 2018).

24. ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA EN LA 27ª SESIÓN ORDINARIA.

24.1. La Recomendación Relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos.

Dicho documento relata las primeras recomendaciones acerca de los cuidados paliativos otorgados a los pacientes que se encuentran con alguna enfermedad de carácter terminal, destacando entre otras: tomar las medidas necesarias para que todos los enfermos,

hospitalizados o cuidados en domicilio, sean aliviados de sus sufrimientos, si eso no es posible en su totalidad, se debe realizar un enfoque hacia el alivio total o parcial del dolor con el objetivo de disminuir el sufrimiento del paciente, por ello el paciente tiene la obligación de informar al médico acerca de su padecimiento actual y todos los detalles con respecto al mismo. (Asociación Médica Mundial, 2018).

24.2, Asociación Médica Mundial.

De acuerdo con la Declaración sobre la Eutanasia ésta va en contra a la ética, aunque ello no impide que se respete el deseo del paciente de que se le permita que el proceso natural de la muerte siga su curso, solo que sea de forma natural, debido a que el personal médico en la mayor parte de los países no tiene permitido participar en dicho acto.

24.3. Declaración sobre la eutanasia.

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial. Madrid, España, octubre de 1987.

“La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico de respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”. (Asociación Médica Mundial, 2018).

En el caso de la atención a los pacientes que padecen enfermedades de carácter terminal, que sufren fuertes dolores crónicos, la Declaración sobre esta temática va dirigida a que la atención a este tipo de pacientes debe proporcionar un tratamiento que les permita poner fin a su vida con dignidad, siempre y cuando se encuentre permitido por la nación o país en el cual se lleve a cabo dicho procedimiento.

25. “Declaración sobre la Atención de Pacientes con fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales”.

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial. Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990.

La atención a los pacientes con enfermedades terminales que sufren fuertes dolores crónicos se les debe proporcionar un tratamiento que les permita a dichos pacientes poner fin a sus vidas con dignidad y sin ningún tipo de sufrimiento. Existen medicamentos analgésicos, con o sin opio, y cuando son utilizados debidamente son eficaces calmantes del dolor en los pacientes con enfermedades terminales. El personal que brinde atención médica que atienda a los pacientes con enfermedades terminales deben entender claramente la fisiopatología del dolor, la farmacología clínica de los analgésicos y las necesidades del paciente, su familia y amigos, en general de todo su entorno en el cual se desenvuelve.

Cuando un paciente padece una enfermedad terminal, el enfoque inicial del personal médico va encaminado a finalizar con el dolor. El dolor es sólo una parte del sufrimiento del paciente. Sin embargo, las consecuencias del dolor en la vida del paciente pueden variar de una molestia tolerable hasta una sensación de carácter agotador y un cansancio emocional severo, lo cual en su desesperación puede llevarlo incluso al suicidio.

De acuerdo con la investigación en salud y experiencia clínica, existen diversos tipos de medicamentos analgésicos capaces de aliviar el dolor de todo tipo en los pacientes con enfermedades de carácter terminal y no terminal, estos medicamentos pueden tener opio como sustancia activa, no existe ningún inconveniente en que se utilicen este tipo de fármacos, sino la manera en la cual se prescriben, ya que el opio en grandes cantidades puede causar adicción a los pacientes.

Es de vital importancia que el personal de salud sepa identificar y categorizar el tipo de dolor que pueda presentar cada uno de los pacientes, el tiempo de evolución de este (agudo o crónico) y la localización de este, con el objetivo de mejorar la prescripción de los fármacos a utilizar con el objetivo de curar el dolor a los pacientes sin crear adicción al opio.

Consideraciones para la prescripción de medicamentos:

1. La prescripción de dichos medicamentos debe ser enfocada acorde a las necesidades fisiológicas de cada paciente.
2. Se debe realizar una evaluación o previa valoración por parte del personal que brinda servicios de salud con el objetivo de determinar si el dolor del paciente a tratar es de carácter agudo o crónico, para así determinar el tipo de tratamiento a prescribir.
- 4 El personal de salud debe conocer la potencia, efecto de acción y duración de cada uno de los medicamentos y sus efectos secundarios que los pacientes pueden sufrir, con el fin de seleccionar el medicamento apropiado, la dosis, la vía y el horario para asegurar el mejor alivio del dolor para cada paciente.
4. La combinación de analgésicos con opio y sin opio puede proporcionar mayor alivio del dolor a los pacientes. Esto se puede lograr sin producir un potencial mayor acompañado de efectos secundarios indeseables causados por una sobre dosificación de opio.
5. La tolerancia de los efectos de un analgésico con agonista de opio, se puede anular cambiando a un agonista de opio alternativo. Esto está basado en la falta de tolerancia cruzada completa entre los distintos analgésicos con opio.
6. La dependencia iatrogénica no debe ser considerada como un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores de la enfermedad neoplásica y no de ser una de las causas principales para la suspensión del tratamiento a los pacientes con dolor crónico.
7. Los gobiernos de cada país y cada estado, deben realizar una evaluación exhaustiva hasta qué punto los sistemas de atención en materia de salud y las leyes y reglamentos que permiten el uso de analgésicos con opio con fines terapéuticos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.

26. PROTECCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LA ETAPA FINAL DE SU VIDA.

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo aprobo una recomendación a los 41 Estados miembros entre los que figura España sobre la protección a los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida, debido a una enfermedad que la compromete radicalmente. El texto aboga por la definición sobre cuidados paliativos como un derecho subjetivo para todas las personas y una prestación más de los servicios de salud. Por otra parte, subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique y/o aplique la eutanasia. (McNamara, 1999).

El objetivo del Consejo Europeo es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella. Los grandes avances en la medicina, que hoy hace posible curar y tratar enfermedades de todo tipo, con buen y mal pronóstico, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de reanimación, que hacen posible prolongar y rescatar la vida de una persona, debido a que retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad y el sufrimiento al cual se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata.

En 1976, la Asamblea declaró que estaba "convencida de que lo que los enfermos en situación terminal, principalmente, morir en paz y con dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos, así como de sus seres queridos por parte del paciente.

«La Recomendación añadió que "prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento por parte del paciente. La Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina han sentado

los principios importantes y afirmado el camino, aun cuando no se refiera explícitamente a las necesidades específicas de cada uno de los enfermos en situación terminal o moribundos. La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de el respeto a la dignidad como seres humanos por parte del personal de salud en todas las etapas de su vida y de su enfermedad».

« El respeto y la protección encuentran su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al paciente morir con dignidad. Esta tarea debe llevarse a cabo especialmente en beneficio de las personas más vulnerables de la sociedad, tal y como demuestran muchas experiencias de sufrimiento del presente y ocurridas de igual manera en el pasado. De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y la dependencia por parte de otros, necesita protección y apoyo al momento de su muerte».

Existen diversas situaciones y diferentes escenarios en los cuales se ve alterado o violentado este derecho a morir con dignidad:

- 1) Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor debido a la insuficiencia de medicamentos tanto opioides como no opioides.
- 2) La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y las creencias religiosas de cada uno de los pacientes tratados.
- 3) La prolongación de la vida de manera artificial, y a la continuación de la vida sin el consentimiento previo del paciente (ensañamiento terapéutico).
- 4) La falta de capacitación y actualización en el manejo de los cuidados paliativos por parte del personal sanitario y la falta de ética profesional para brindar apoyo psicológico al paciente que así lo necesita.
- 5) La dismunición o el nulo apoyo y asistencia a los familiares y amigos de los pacientes, los cuales también pueden aumentar o disminuir el sufrimiento del paciente.
- 6) El temor por parte de los pacientes, ya que debido a las condiciones de su enfermedad pueden convertirse o tener el sentimiento de culpabilidad por ser una carga para sus familiares, debido a la incapacidad que pueden generar para realizar sus tareas de autocuidado de forma independiente.

- 7) La carencia o inadecuación de un entorno ya sea hospitalario o extra hospitalario para que el paciente pueda tomar sus sesiones de cuidados paliativos sin ningún tipo de preocupaciones.
- 8) La insuficiencia en materia de recursos materiales y medicamentos necesarios para abastecer los servicios hospitalarios y el recurso humano necesario para brindar la atención adecuada a los pacientes principalmente aquellos que se encuentran en una fase terminal de su vida debido a una enfermedad de carácter crónico degenerativo que la pone en riesgo.
- 9) La discriminación y categorización social a una persona que se encuentra en estado terminal de su vida a causa de una enfermedad terminal.

“La Asamblea invita a los Estados miembros a que su Derecho interno a que incorporen la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y de manera particular tener en consideración las siguientes acciones a las cuales los pacientes no solo aquellos que se encuentran en una etapa terminal de su vida son sometidos en las unidades hospitalarias incluso cuando no padecen una enfermedad de carácter terminal”.

- 1) El morir acompañado de síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, asfixia, etc.).
- 2) El ensañamiento terapéutico por parte del personal de salud el cual solo provoca el aplazamiento del sufrimiento de un paciente ya sea con fines terapéuticos o por cuestiones académicas.
- 3) El morir en el abandono y aislamiento social (morir sin acompañamiento de los familiares y seres queridos).
- 4) El morir con el temor o el remordimiento de ser o haber sido una carga para su familia, amigos e incluso para el personal que le brinda atención de salud.
- 5) Las restricciones en materia de tratamiento por parte del personal de salud a causa de insuficiencia en los insumos necesarios para prestar dicha atención.

- 6) Las restricciones de tratamiento por cuestiones económicas tanto del parte del paciente como de la institución a cargo de brindar dichos servicios, ya sea del sector público o privado.

Por tanto, la Asamblea recomienda que el Comité de ministros insite a los Estados miembros del Consejo Europeo a respetar y proteger la dignidad de los enfermos en estado teminal o moribundos en todos los aspectos. Medidas necesarias:

- 1) Asegurar los derechos paliativos a toda persona que así lo necesite.
- 2) Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas o pacientes que se encuentran en estado terminal a causa de su enfermedad.
- 3) Garantizar que los familiares puedan estar dentro del área de cuidados paliativos y acompañar al enfermo en todo su proceso de tratamiento y duelo.
- 4) Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada o en casos en los que el paciente o la familia no puedan trasladarse a la clínica correspondiente para efectuar su tratamiento en el área de cuidados paliativos.
- 5) Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en materia de infraestructura y abastecimiento de material y medicamentos para el tratamiento de los enfermos en estado terminal.
- 6) Se debe asegurar que la persona en estado terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento para curar el dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de su vida.
- 7) Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación y capacitación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica adecuada a cualquier

enfermo en fase terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles con alto sentido humanístico y profesionalismo.

- 8) Garantizar que tanto hospitales públicos como del sector privado que proporsionen atencipon de 2do y tercer nivel cuenten con un área exclsiva para brindar servicio de cidados paliativos, con el abastecimiento adecuado en infra estructura y equipamiento biomédico para atender a los pacientes que lo necesiten.
- 9) Asegurar que la medicina paliativa es una rama fundamental para el tratamiento de ls pacientes en estado terminal debido a una enfermedad que lo provoque.
- 10) Brindar información veridica y de manera clara al paciente y a sus familias acerca de su estado de salud y el posible pronóstico, de igual manera se debe proporsionar la información de forma empática, ya que el hacerlo de una forma brusca puede repercutir de manera psicologica al paciente y a la familia.
- 11) Brindar la opción al paciente de consultar una segunda opinión médica en el caso de no haber obtenido una satisfacción con la opinión actual.
- 12)Garantizar que ninguna persona en situación terminal reciba un tratamiento de cuidados paliativos en contra de su voluntad (Ley de voluntad anticipada), de igual manera el paciente cuenta con el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que él lo decida.
- 13) Definir los criterios previamente establecidos en los cuales el personal medico tiene la obigación de acudir al domicilio particular del paciente para realizar revisiones constantes acorde a su estado de salud y realizar la preescrición medica adecuada de los medicamentos que el paciente debe tomar para disminuir el dolor.

27. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA EUTANASIA.

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005.

La eutanasia, es un acto deliberado de poner fin a la vida de una persona, la cual es por voluntad propia o a petición de los familiares de cada persona que padece una enfermedad de carácter terminal, es un acto totalmente contrario a la ética. Lo cual no impide al personal de salud respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de la enfermedad de cada paciente. (AMME, 2016).

28. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL SUICIDIO CON AYUDA MÉDICA.

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, septiembre de 1992 y revisada en su redacción por la “170 Sesión del Consejo Divonne les Bains, Francia, mayo 2005”.

“El suicidio asistido con ayuda médica, como lo es la eutanasia, es un “acto totalmente contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica”. Cuando el personal médico ayuda de forma intencional y deliberadamente a una persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética profesional que su carrera y juramento implican. Sin embargo, el derecho de rechazar un tratamiento médico es un derecho fundamental del paciente y el personal medico tiene la obligación de respetar la decisión del paciente, incluso si al respetar ese deseo el paciente pierde la vida” (Ley de Voluntad Anticipada).

29. MARCO JURÍDICO NACIONAL.

A nivel Nacional no existe un fundamento legal, por lo cual se considera como un acto de homicidio, aunque sea con el objetivo de acabar con el sufrimiento de una persona que se encuentra gravemente enferma.

29.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

29.1.1. Código Penal Federal.

- **Artículo 312.** *“El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.*
- **Artículo 313.** *“Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicaran al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.”*
- **Artículo 15:** El delito en excluido cuando:
 - 1. Cuando se cuente con el consentimiento del titular en el marco jurídico previamente establecido con los siguientes requisitos:
 - a) Un marco jurídico que ampare la práctica.
 - b) Cuando el titular en este caso el enfermo se encuentre sano adecuadamente de sus facultades mentales para tomar la decisión por si mismo siempre y cuando exista un marco jurídico que lo ampare.
 - c) Que exista una carta de consentimiento informado en la cual se especifique que la persona involucrada acepte el acto de morir por medio de la asistencia médica.

29.2. Código Penal del Distrito Federal.

- **Artículo 127.** *“Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, sería e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima*

padeciera una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”. (Código Penal del Distrito Federal, 2010).

29.3. Código Penal del Estado de Morelos.

- **Artículo 310.** *“El que prestare auxilio o indujera a otro para que se suicide, será sancionado con prisión de uno a cinco años, si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo el homicidio, la prisión será de cuatro a doce años.”*

29.4. Código Penal del Estado de México.

- **Artículo 249.** *“Se impondrá de seis meses a diez años de prisión y cincuenta a setecientos días de multa al inculcado de homicidio cometido.”*

30. MARCO JURIDICO INTERNACIONAL.

En la actualidad sólo existen 3 lugares a nivel mundial los cuales permiten la práctica de la eutanasia activa, éstos son: Holanda, el Estados Unidos de América (Oregón) y más recientemente Bélgica.

30.1. Holanda.

La Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, entra en vigor a partir de abril de 2001, la cual cuenta con 24 artículos en los que se estipulan las condiciones y el procedimiento que se debe seguir para que pueda llevarse a cabo la eutanasia.

La eutanasia en Holanda va enfocada a la definición del término y una de las características esenciales para que esta se, de acuerdo con dicha ley, la petición propia es el elemento central de dicho proceso, y la base que fundamenta tanto la acción como la necesidad de legislarla.

De esta manera en Holanda se entiende por eutanasia: “la terminación de la vida a cargo del personal médico con el consentimiento previo del paciente.

La ley permite practicar la eutanasia en menores de edad a partir de los 12 y hasta los 16 años, siempre y cuando “se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en dicho proceso, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o a una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerzan la custodia o la persona que tenga la tutela sobre el menor se encuentren de acuerdo en ambas partes con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio.

En casos en los cuales el paciente, tenga entre 16 y hasta 18 años “el personal que brinda servicios médicos podrá atender la petición del paciente de terminar con su vida o una petición de auxilio al suicidio, siempre y cuando los padres o tutor del menor hayan o ejerzan la custodia total del afectado para poder tomar una decisión en conjunto o bien en dado caso que el paciente no pueda realizarlo por voluntad y cuenta propia.

En aquellos casos en los cuales un paciente que estuvo en posibilidad de externar su deseo de llevar a cabo una eutanasia, pero que su condición actual ya no le permite refrendar dicho deseo, esto debido a el deterioro neurologico y fisico que este pueda presentar a causa de su enfermedad, por lo cual, el personal médico podrá atender a petición de un paciente, que cuente al menos con la edad de dieciséis años cumplidos, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida (Consentimiento Informado).

Para eximir de responsabilidad al personal médico que ha llevado a cabo la práctica de la eutanasia, este debe enviar un informe sobre el estado de salud actual de un paciente con una enfermedad de carácter terminal a la comisión regional de comprobación de la terminación de la vida por petición propia, la cual esta conformada por un juez quien será el presidente de dicho consejo, un médico y un especialista en el área ética, así como sus respectivos suplentes

quienes deberán velar por el cumplimiento de los criterios señalados por dicha ley para practicar la eutanasia. En caso contrario, la comisión entregará sus conclusiones a la justicia, que puede iniciar un procedimiento judicial contra el médico, debido a que este acto puede ser catalogado como un homicidio.

30.2. Belgica.

En Septiembre de 2003, Bélgica se convirtió en el segundo país en legalizar la eutanasia, al entrar en vigor la Ley relativa a la Eutanasia (Loi relative a l'authanasie), la cual esta conformada con 16 artículos y a diferencia de la ley holandesa, amplía el espectro de todas las personas a quienes se les pueda aplicar la eutanasia, ya que dentro de los requisitos para que el personal médico pueda llevarla a cabo: el paciente debe encontrarse en una "enfermedad de carácter

terminal y en un estado de sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable que no puede ser curado y que sea resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable; y que el personal médico debe respetar las condiciones y procedimientos prescritos por la ley.

Requisitos para que se le pueda aplicar la eutanasia en Belgica:

- 1) El paciente debe ser mayor de 18 años y estar completamente en uso adecuado de sus facultades mentales.
- 2) El paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria, bien considerada y de forma repetitiva.
- 3) El paciente debe tener una enfermedad de carácter terminal la cual le provoque un dolor y sufrimiento insoportable.
- 4) El paciente debe estar bien informado acerca de su estado de salud, las complicaciones y el pronóstico real que esta conlleva.
- 5) Debe existir una segunda opinión que reafirme el estado de salud incurable del paciente (una segunda opinión médica).
- 6) El paciente debe solicitar la práctica de la eutanasia de forma escrita.

- 7) La eutanasia en un acto que siempre debe ser acompañada por miembros del personal médico.

30.3. Estados Unidos (Oregon).

Oregon es el único estado de los Estados Unidos, en donde es legal la eutanasia activa, desde 1997 esta en vigor la Ley de Muerte con Dignidad (Death with Dignity Act) la ley cuenta con 6 secciones, siendo en la segunda donde se establecen los requisitos para la petición de medicación para terminar una vida en una forma humana y digna. (Centro de Documentación, Información y Análisis, 2017).

Para poder obtener una eutanasia de acuerdo con esta ley, los enfermos deben obtener un certificado de dos médicos que coincidan con que el paciente sufre una enfermedad incurable y que sólo cuenta con hasta seis meses de vida. No establece como necesario que sea personal médico quien administre el fármaco, tampoco que el enfermo este dentro de una institución de salud, por lo que el enfermo puede decidir donde morir.

31. INICIATIVAS PRESENTADAS AL CONGRESO DE LA UNIÓN EN MATERIA DE EUTANASIA.

En la LXI Legislatura fueron presentadas dos iniciativas para reformar la Ley General de Salud, una de ellas proponía la aplicación de la eutanasia señalando entre otras cuestiones las condiciones que debía cumplir el enfermo en fase terminal para solicitarla, la otra propone la muerte asistida definiéndola como un derecho que pueden ejercer los enfermos terminales. (Ley General de Salud, 2012).

En la LXII y LXIII Legislaturas fueron presentadas dos iniciativas y una iniciativa respectivamente para reformar la Ley General de Salud y el Código Penal Federal con el objetivo de:

- Despenalizar la práctica de la eutanasia.

- Para establecer el procedimiento legal a través del cual el paciente en fase terminal puede presentar su solicitud para que le sea practicada la eutanasia por un médico especialista.
- También se establece un periodo de tiempo considerable para que el paciente pueda refrendar su decisión, de tal forma que exista la garantía de que se trata de una decisión personal y razonada sin necesidad de intermediarios.

Este último párrafo señala de una manera clara y precisa que ninguna persona incluso por parte del personal médico puede intervenir ni tratar de convencer al paciente para que se lleve a cabo la práctica de la eutanasia aún cuando el paciente presente una enfermedad de carácter terminal para la cual solo son eficientes medicamentos para controlar el dolor.

De igual manera el personal médico debe evitar a toda cosa tomar la decisión de la práctica de la eutanasia si el paciente no esta en uso adecuado de sus facultades mentales, ni tratar de convencer a la familia o al cuidador principal.

Como se observa durante la LXI Legislatura fueron presentadas dos iniciativas, de las cuales una fue dictaminada, pero en sentido negativo, bajo las siguientes consideraciones:

- 1) ***“Cuarta. La propuesta del Diputado Kahwagi Macari: “La terminación de la vida debe ser llevada a cabo en una forma médica apropiada”, debe alertara los profesionales de la salud, ya que no existen “formas médicas apropiadas” para generar la muerte a una persona. (Ley General de Salud, 2012).***
- 2) ***Quinta. La palabra “digna” tiene una connotación trillada y fatalista y más, en el contexto que se le pone. En la Real Academia Española la palabra antes mencionada tiene el siguiente significado: Digna:***
 1. Merecedor de algo. 2. adj. Correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo. 3. adj. Que tiene dignidad o se comporta con ella. 4. adj. Dicho de una cosa: Que puede aceptarse o usarse sin desdoro. 5. adj. De calidad aceptable. Por lo tanto, es un concepto global, que no especifica cómo sería una muerte digna, ya

que, debemos considerar, que la muerte es un fenómeno natural que todos los seres vivos experimentamos, y nos concierne a todos. (Ley General de Salud, 2012).

3) **Sexta.** *En la premisa anterior, entendemos que absolutamente todas las muertes o causas de ellas son dignas. Por tanto, lo que supone la Iniciativa cuando menciona: “Garantizar una muerte en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;” es demasiado subjetivo, vago y poco profundo, es imposible legislar cuando no se conoce con exactitud una situación digna o no de un paciente, mucho menos emitiendo un juicio de esa naturaleza. (Ley General de Salud, 2012).*

4) **Octava.** *Lo que menciona el iniciante, respecto a respecto a “Cuando el enfermo se encuentre en una situación de sufrimiento insoportable, solicitar voluntariamente al médico la eutanasia.”, la subjetividad de la opinión del paciente con respecto al grado del dolor, puede ser generadora de múltiples confusiones que harían que la tutela de la vida se vea vulnerada de manera fácil sin que el Estado pudiera tener un control de dicho derecho fundamental del ser humano. Es por ello que se considera incorrecto pues, legislar y normar con base en definiciones vagas y subjetivas, ya que no hay manera de poder certificar o corroborar los niveles de dolor en cada paciente.” (Ley General de Salud, 2012).*

31.1. LXII Legislatura.

Desde el año 2009 la Ley General de Salud establece que el procedimiento para llevar a cabo la eutanasia pasiva, el cual consiste suspender o evitar que inicie el tratamiento curativo en pacientes que se encuentran en fase terminal debido a una enfermedad que compromete su estado de salud, aún esta pendiente establecer el procedimiento para poder llevar a cabo la eutanasia activa, que contempla la intervención de un profesional médico para poner fin a la vida de una persona que lo solicita reiteradamente debido a que padece alguna enfermedad en fase terminal y se encuentra en una situación de sufrimiento permanente.

La eutanasia pasiva garantiza el derecho de los pacientes en fase terminal de interrumpir o negarse a recibir tratamiento curativo para adelantar el momento de la muerte (cuidados paliativos). Sin embargo, es de gran importancia tomar en cuenta que, cuando el sufrimiento de la persona es insoportable y doloroso, debe existir otra opción para que el paciente pueda decidir si quiere o no interrumpir su dolorosa agonía a través del procedimiento de la eutanasia activa.

31.2. LXIII Legislatura.

Pese a que la reforma efectuada en 2009 a la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos, incluyó prácticas reconocidas en la clasificación de eutanasia pasiva, esa reforma estableció en uno de sus artículos la prohibición explícita a la eutanasia e incluso la tipificó como "homicidio por piedad", contradiciendo el procedimiento expresado en la propia ley.

32. LA MUERTE DESDE UN ACTO HUMANO.

De acuerdo con lo establecido en la tradición religiosa del cristianismo, los relatos con respeto al derecho de la vida, es un factor fundamental como parte inicial. Sabemos que esta tradición se niega a recurrir a la eutanasia y al apoyo que puede recibir una persona para acabar con su vida de forma voluntaria (suicidio).

Lo que se entiende aquí "derecho a la muerte adecuada" es en realidad el derecho a la vida (vivir humanamente). Esta declaración significa la idea de que un ejercicio especial para nuestra libertad podría ser apropiado. La muerte no podría considerarse simplemente un fenómeno pasivo que está sucediendo en nosotros y que permanecemos, por así decirlo, impotente ("hombre"), pero como "acción humana", es decir, como una acción donde nuestra libertad podría, hasta cierto punto, intervenir. (Kuhn, 2018).

Sin embargo, está claro que la muerte no se aplica a nuestra libertad: inevitablemente, cada uno de nosotros morirá. Por lo tanto, en relación con nuestra propia muerte, lo único

que puede ser subordinado a la libertad es la actitud que hemos consumido antes. En este sentido, una descripción de diferentes tipos de reacciones emocionales observadas por la psiquiatra suiza Elisabeth Küller Dying sobre los pacientes moribundos resulta muy interesante.

Pero el sistema de atención médica es hoy en día una tarea de colaboración que agrupa a las personas de diferentes orígenes culturales y religiosos. Entonces uno podría suceder que una persona que muere en el hospital lo hace rodeado de personas que tienen una visión diferente, no la suya, lo que significa morir bien.

En algunos casos, esto puede llevar al equipo de salud a elegir recurrir a ciertos medios, lo que retrasó artificialmente el momento de la muerte para evitar dudas sobre la posible privación. Esta práctica, llamada "dureza terapéutica" o "enseñanza terapéutica", la mayoría de la ética rechaza, en oposición a la dignidad del ser humano. Sin embargo, sabemos que la medicina moderna está constantemente sujeta a la tentación de creer que todo lo que es técnicamente posible es éticamente necesario, un fenómeno llamado Hans Jonas "tecnológicamente obligatorio".

33. CLASIFICACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA EUTANASIA.

La eutanasia y el suicidio asistido, son prácticas que buscan poner fin a la vida de un ser humano, bajo la justificación de que el individuo así lo manifiesta, y lo desea ya sea porque sufre una enfermedad incurable, problemas físicos o mentales, inclusive es aplicada a la persona que no puede expresar su voluntad, debido a causas que no se lo permiten, como aquellos enfermos que se encuentran en estado vegetativo y la decisión para ejercerla en estos pacientes es la de un tercero, siendo a su consideración los familiares, o algún tutor responsable de ellos en ese momento sin importar la conexión de lazos afectivos (Mazariego, 2019).

Es de suma importancia el definir y conocer de forma adecuada el objetivo de la práctica de la eutanasia comparandola con el suicidio medicamente asistido, con respecto a la eutanasia

corresponde el acelerar la muerte inminente y dolorosa de una persona con una enfermedad de carácter terminal, y la forma en la cual esta pueda ser permisible para llevarse a cabo; así como la distinción y comparación que tienen con el homicidio piadoso y con respecto al suicidio medicamente asistido.

La prolongación de la vida hace que exista un enfrentamiento con los valores actuales, en los cuales la mayoría de las sociedades aún no se ha detenido a pensar, a pensar de que esto se ha convertido en un fenómeno en el cual la mayor parte de las personas de todas aquellas culturas, comunidades y grupos se han encontrado en convivencia a nivel mundial a lo largo del tiempo y que las opiniones y decisiones mas optimistas vaticinan su extensión y permanencia en un futuro.

Con esta información podría surgir la interrogante si fuese un valor para la humanidad el prolongamiento innecesario de la vida. En el transcurso del tiempo la ciencia ha tenido un gran avance y gran evolución, por lo cual la esperanza de vida para muchas personas se ha visto aumentada de una manera drástica.

La ética es la disciplina filosofica que estudia y sistematiza de una forma racional lo que constituye a actos buenos y virtuosos y establece los criterios para la evaluación de las conductas tanto favorables como malas por parte del ser humano, esto lo hace mediante la evaluación sistematica de los motivos y las probables consecuencias que estos actos conyeban. La revolución y evolución biologica han permitido a la ética otorgar al ser humano la posibilidad del control total sobre cuestiones como la reproducción o la herencia.

Otra cuestión llamada Revolución terapéutica tambien ha conflictuado de cierta forma la cuestión ética, esto debido a los grandes avances que ha tenido la tecnología en las disciplinas encaminadas a ciencias de la salud en materia de tratamientos y atención médica, la prolongación de la vida e incluso la cuestión experimental en la parte científica.

Una serie de innovaciones técnicas y tecnológicas en materia de salud (aparatos biomedicos, tratamientos innovadores, farmacos nuevos con diferente función, nutrición parenteral, etc.)

inauguran entre los años 50's y 60's las unidades de cuidados intensivos en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, lo cual ha modificado de una manera drástica la gestión técnica del proceso de morir por parte de una persona.

Estas innovaciones dieron como resultado el permitir mantener las constantes vitales de un individuo críticamente enfermo dando lugar a un mantenimiento y prolongación de la vida de esa persona mediante sistemas artificiales. El reconocimiento de la muerte y la búsqueda de signos inequívocos para certificarla, han ido modificándose con el correr del tiempo, centrándose en un problema permanente de la comunidad médica y amoldándose acorde a los avances tecnológicos relacionados con el área de la salud. (Bourquin, 2019).

En sociedades con niveles económicos más altos, vemos el mayor número de personas con enfermedades crónicas y terminales en la historia de la humanidad.

Muchos de ellos tienen un horizonte cercano con la muerte. Son un grupo de personas que sufren un deterioro físico progresivo y tienen una gran necesidad de cuidados y atención física, psicológica, social y espiritual. Vivimos en una era dominada por la tecnología y la globalización. Hoy en día es posible hacer lo que hace unos años todavía pertenecía al ámbito de la ciencia ficción.

Para ello es necesario contar con personal médico capacitado, pero también tener una visión holística del paciente, con sentido humanista y ético que le permita aplicar sus conocimientos y todos los recursos que pone a su disposición en beneficio de la salud del paciente.

Las ventajas son obvias, las desventajas rara vez se reconocen. Esto se aplica a los avances tecnológicos utilizados en las unidades de cuidados intensivos, que intentan evitar la muerte, pero también prolongar el sufrimiento.

Ha surgido una nueva obligación: aprovechar estos avances, facilitarlos y limitar sus efectos negativos. El médico enfrentaba este problema todos los días y también lo enfrentaba ante la muerte. Otra cuestión difícil surge en relación con los marcos legales más exigentes para el ejercicio de la profesión y la posibilidad de persecución por falta profesional.

Esto provoca que los médicos, en un ejercicio adaptativo, recurran a la medicina defensiva, en la que aumenta la necesidad de pruebas diagnósticas, consultas, hospitalizaciones, consumo de fármacos y los pacientes quedan expuestos a riesgos que no merecen la pena.

34. COMPARACIÓN DE LA EUTANASIA CON EL HOMICIDIO.

En México la práctica de la eutanasia es considerada como un acto ilegal, la cual se enmarca en las categorías de penalización de homicidio, instigación y suicidio asistido dependiendo de las circunstancias de su ocurrencia. Así entendemos que en México la eutanasia es considerada un delito, y el artículo 7 del Código Penal Federal establece: Delito es un acto u omisión punible por la ley penal. Esto significa que delito son todas las acciones realizadas o no realizadas incluso cuando se obliga a hacerlo.

De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, el homicidio esta definido como:

- Delito consistente en matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía , precio o ensañamiento”.
- Muerte causada a una persona por otra.

En los últimos años, los académicos y los formuladores de políticas públicas se han interesado cada vez más en identificar los factores que influyen en la forma en que los organismos que participan en el sistema judicial tratan, resuelven o clasifican como “no resuelto” un homicidio.

Este interés se justifica desde dos perspectivas diferentes, aunque complementarias. Por un lado, porque para cualquier científico social es fundamental conocer los límites y alcances de la información en la que se basa el conocimiento.

Por otro lado, se corre el riesgo de construir o reforzar una realidad sesgada, en la que caben diferentes explicaciones científicas centradas en construir sus propias versiones de las dinámicas que influyen en todos los miembros de la sociedad.

Por otro lado, como sostienen Regoeczi y Riedel, como científicos sociales, nuestra comprensión de la naturaleza del delito en la sociedad depende necesariamente de nuestra capacidad para recopilar información válida y ayuda de manera confiable a describir tanto la frecuencia del delito como sus características.

Desde cierta perspectiva, analizar cómo las autoridades manejan, clasifican y resuelven un caso de asesinato es un tema relevante no sólo para la construcción de explicaciones científicas creíbles, más confiables y cercanas a la realidad, sino también para desarrollar propuestas de perspectivas y soluciones alternativas para prevenir el crimen y la violencia. Sin embargo, a pesar de su promesa, este campo de investigación sobre homicidios ha tenido un impacto limitado en América Latina. (Quintana, 2019).

34.1. Homicidio Consentido.

Este tipo de asesinato ocurre cuando una persona consiente que otra le quite la vida; Sin embargo, como el consentimiento de la víctima no anula la ilegalidad del hecho delictivo, la propia norma establece una medida atenuante, que consiste en imponer una pena más leve de la establecida habitualmente, como si fuera decisión propia.

Este tipo de asesinato ocurre cuando una persona consiente que otra le quite la vida; Sin embargo, como el consentimiento de la víctima no anula la ilegalidad del hecho delictivo, la propia norma establece una medida atenuante, que consiste en imponer una pena más leve de la establecida habitualmente, como si fuera decisión propia. (Art. 132. Código Penal Federal).

La primera parte de los preceptos antes mencionados trata de participar en el suicidio y la última parte trata de realizar la muerte con el consentimiento de la víctima.

En relación con lo anterior, cabe señalar que hasta la fecha la eutanasia no ha sido regulada por la legislación penal mexicana, pero existe como atenuante en los casos de homicidio culposo. Sin embargo, y aunque en algunas entidades federativas ha existido legislación especial respecto a la eutanasia, no es eutanasia, ya que lo que sí está regulado es la solicitud

de pacientes con enfermedades terminales, en los cuales sólo puede exigir ciertos tratamientos o su suspensión de la conducción hasta que mueren, por lo que sólo hablamos de ortopedia o cuidados paliativos, lo que dista mucho de la eutanasia.

35. EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO Y LA EUTANASIA.

Se considera suicidio asistido el acto por el cual un paciente desea poner fin a su vida debido al dolor y sufrimiento causado por una enfermedad y busca la ayuda necesaria de los profesionales médicos. El derecho a decidir sobre poner fin a la propia vida y el impacto del sufrimiento experimentado son cuestiones clave relacionadas con el suicidio asistido. (Costa, 2017).

En determinados casos, la disposición de la vida por causa de enfermedad puede adoptar la forma de eutanasia o suicidio médicamente asistido (SMA).

Estas dos prácticas se pueden distinguir en función de la causa directa e inmediata de la muerte del paciente: alguien distinto del propio paciente en el caso de la eutanasia, o, en el caso del SMA, es el propio paciente quien la realiza. Los medicamentos acabarán con su vida según sus deseos.

La frase “médicamente asistido” indica claramente que para llevar a cabo su acción se requiere de la colaboración explícita de un médico, muchas veces mediante la prescripción de un fármaco o el desarrollo de un dispositivo que permita al paciente provocar la muerte cuando quiera.

Así, a través del análisis de la última parte del artículo 312 del Código Penal, en el sentido de que la participación física de una persona hasta el punto de matar a otra determinará el acto de reprimir un delito; debido a que nuestras leyes no prevén como causa de exclusión del cargo, la participación en ese delito, independientemente del consentimiento de la víctima, pues no se olvida que según la doctrina amparada por otras leyes sustentan, el consentimiento de el perjudicado constituye el ejemplo clásico de exclusión injusta bajo el principio de

desinterés, ya que implica el abandono de los intereses de quien tiene derecho a disponer legítimamente del bien legalmente protegido, de hecho, bajo nuestras leyes, El que asista o coopere con una víctima que desee quitarse la vida, en la medida en que el agente participe en la adopción de medidas efectivas para quitarle la vida, ese acto será perseguido penalmente, porque comete asesinato, quien quite la vida a una persona. (Lima, 2019).

Garantizar que el suicidio en ninguna circunstancia constituye un delito, ya sea cometido o evitado; Es decir, admite fácilmente que el suicidio no puede ser castigado ya que su dueño es libre de usar su vida y que no puede ser castigado por intentar suicidarse, incluyendo todo el año en que este intento falla, ya que esto irá en ambos sentidos imponer castigo por el fracaso en los propios esfuerzos.

No debería ser considerado un homicidio el hecho de que una persona a través de sus propios medios, de forma voluntaria o involuntariamente atentara o se quitara la vida, puesto que el suicidio, aunque no sea consumado, es libre de toda la repercusión legal, por lo tanto, no debería existir ninguna consecuencia de carácter penal. (González, 2019).

Si se concreta el reconocimiento de que el suicidio es un acto de libre de toda repercusión penal, se reconocería el hecho de que todo hombre debe ser considerado ante todo como un ser humano y que tiene el derecho a decidir sobre su vida, el como vivirla, el que hacer durante ella y el como darle fin a esta, por lo cual el hombre mismo decidirá el como tener su propia muerte.

De igual manera, cabe destacar que en esta tesis reconoce que el consentimiento otorgado por una persona constituye un ejemplo claro de exclusión con un de interés con respecto al régimen judicial, lo que constituye que cada persona es única y libre de tomar decisiones con respecto a su propia vida y que hacer con ella.

En la actualidad la eutanasia, llamada también por algunas personas como “Buena muerte” y por algunos otros como “Matanza por parte del personal médico”, homicidio asistido u homicidio por compasión, esto depende del término que cada persona elija, a final de cuentas todos hacen referencia a una muerte sin dolor. La eutanasia esta legalmente regulada y

practicada en territorios como lo son Países bajos (Holanda, 2002), Belgica (2002), y Austria Occidental (2019).

Existe una diferencia entre los terminos de eutanasia y el suicidio medicamente asistido. En la Eutanasia un miembro del personal sanitario sera el encargado de provocar la muerte de la persona que ha pedido la ayuda para acabar con su vida (Bertolin, 2021). En cuanto al suicidio medicamente asistido se refiere a la persona que desea morir quien pone fin a su vida, habitualmente lo realizan mediante la ingesta de un fármaco en dosis letales. (Bertonlin, 2021).

En países como Alemania durante el año de 2020 el Tribunal Constitucional declaró que el art, 217 de su código penal, que a partir del año de 2017 quedaría prohibida la páctica de la eutanasia, ya que esta erq incompatible con la Contitución de dicha nación.

En algunos otros paises es aprobado y tolerado el denominado “Suicidio asistido”. Por suicidio se entiende, “*como el acto de causar de foema intencionada su propia muerte*” esto de acuerdo con la American Psychiatric Association. En paises como Cánada lo define como “asistencia medica en la muerte” y España como “Prestación de ayuda para morir”. Bertolin, 2021)

Se han llevado a cabo diversos estudios y discusiones con respecto al tema de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Primero se debe poner en claro a que nos referimos con cada uno de estos términos, como se menciono anteriormente, cuando se habla acerca de estas acciones y que relación tienen con otras decisiones sobre el ponerle fin a la vida, las cuales van encaminadas con la atención médica. (Alvárez, 2023).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La actitud de las personas ante la muerte tiene su propia historia. Esta comenzó a partir del día en que los seres humanos se volvieron conscientes de su extinción. Desde tiempos pasados, las diversas culturas a nivel mundial se han preguntado acerca del origen y propósito de la muerte, cuál es su sentido y que sucede con la conciencia de las personas después de que la vida se extingue de su cuerpo.

El hablar acerca de cuál es la idea principal de la muerte es “una idea sin contenido”, o bien, hay quienes creen que su contenido es “el vacío del infinito”. Es la más vaga de las ideas vacías, pues su contenido es lo impensable, lo inexplorable. La idea de la muerte se considera “traumática por excelencia”.

Una serie de innovaciones técnicas y tecnológicas, como lo es la implementación de ventilación mecánica invasiva y la reanimación cardiopulmar, fueron las bases para la inauguración e implementación de un área específica donde se pudiesen brindar cuidados y atención especializada para pacientes críticos, la cual se conoce hasta el día de hoy como Unidad de Cuidados Intensivos, modalidad que modificó de manera significativa el proceso de morir. Estas permitieron la prolongación artificial de la vida y dando origen a estatus similares entre la vida y la muerte.

Para el adecuado uso y funcionamiento del equipo biomédico de la Unidad de Cuidados Intensivos, se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario especializado en el área, pero de igual forma que cuenten con la capacidad de brindar una atención holística al paciente. La tecnología, es un pilar estructural de la práctica médica, pero a su vez, es un arma de doble filo; beneficia y daña. Intentan evitar la muerte de un paciente, pero, por otro lado, prolongan la agonía.

La muerte digna es un derecho individual de cada persona, es una reivindicación que se considera como propia en las sociedades actualmente.

“El concepto de muerte digna en la Unidad de Terapia Intensiva implica que, aunque los médicos pueden renunciar a algunos tratamientos, la atención se puede mejorar cuando se acerca la muerte. Cuando la disfunción de los órganos de una enfermedad crítica desafía al tratamiento, cuando ya no se puedan cumplir los objetivos de la atención, o cuando el soporte vital es probable que resulte en resultados que son incongruentes con los valores de los pacientes, los médicos deben asegurarse de que los pacientes mueran con dignidad”. (Bourniqui, 2019).

“Con relación a la Eutanasia y el Suicidio Asistido hay dos posturas antagónicas: para los que están en contra; los médicos y las enfermeras violaríamos la ley que tipifica el homicidio, si atendiéramos el pedido del paciente en colaborar a terminar su vida aún plena de sufrimientos. Así mismo, opinan que es función del médico y de las enfermeras, salvar vidas, no destruirlas”.

“Quienes se pronunciaron en contra de la legalización de la eutanasia argumentaron que con el descubrimiento de medicamentos con acción hipnótica, analgésica, tranquilizante, sedante y anestésica, el dolor y otros padecimientos experimentados por el paciente pueden ser mantenidos dentro de límites tolerables”. (López, 2022).

Debido a esto surge la siguiente pregunta de investigación:

“¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la eutanasia del personal de enfermería que labora en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México 2023?”

IV. JUSTIFICACIÓN.

“La muerte es un tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos, y no termina al momento de nuestra muerte. Solo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco”. (Bravo, et. 2006).

La eutanasia tiene orígenes desde el periodo primitivo, hasta la época actual, siendo una práctica que es llevada desde hace muchos años.

Se han encontrado evidencias las cuales indican que diversos grupos de personas pertenecientes a una región en común practicaban la eutanasia abandonando a sus ancianos y enfermos en fase terminal, incluso, en tribus esquimales se llevaba a cabo la eutanasia de forma voluntaria. (Campos, et, 2001).

Alargar la vida nos enfrenta a vastos conflictos con los valores actuales, a pesar de ser un fenómeno con el cual nos encontramos conviviendo desde ya hace muchos años atrás.

Los avances tecnológicos en el área de la medicina han tenido un auge sorprendente durante el transcurso de los años, lo cual permite que los pacientes que se encuentran con alteraciones en su estado de salud gravemente comprometido aumente su esperanza de vida, esto mediante la implementación de técnicas y procedimientos fundamentados en evidencia científica e implementados por personal capacitado en el área de la medicina.

La práctica de la eutanasia ha sido cuestionada a lo largo del tiempo, esto debido a las implicaciones medico legales, bioéticas, culturales, religiosas y espirituales de cada una de las comunidades que engloban una región o un país.

En México, la práctica de la eutanasia ha causado una gran polémica en el aspecto de su implementación como opción de tratamiento médico, esto debido a la violación de los derechos humanos. El artículo 1 de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, habla acerca del derecho a la vida de una persona. La práctica médica se rige por principios legales y bioéticos fundamentales, entre ellos está el

principio de autonomía, el cual ampara al paciente acerca de la decisión de aceptar o no los procedimientos necesarios para la mejoría de su estado de salud.

El personal de enfermería debido a su posición específica en el cuidado de pacientes en estado crítico y estado terminal se encuentra involucrado en el proceso de pacientes y familiares que han solicitado de forma voluntaria la práctica de la eutanasia.

La solicitud de la eutanasia por parte del paciente puede causar problemas morales. Realizando diversos estudios con respecto a la percepción por parte de enfermería que atiende a pacientes en estado crítico acerca de la eutanasia; el objetivo de la realización de este trabajo es conocer el conocimiento por parte de dicho personal acerca de la eutanasia en un hospital del IMSS ubicado en la ciudad de México.

V. OBJETIVOS.

5.1 GENERAL

“Analizar el nivel de conocimientos sobre eutanasia en el personal de enfermería que labora en una unidad de cuidados intensivos de un hospital perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro social en la ciudad de México 2023”

5.2. ESPECÍFICOS

1. **Identificar** el nivel de conocimiento de los aspectos legales sobre eutanasia del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del IMSS en la ciudad de México, 2023.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre los aspectos sociales ligados a la eutanasia del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del IMSS en la ciudad de México, 2023.
3. Conocer los aspectos bioéticos ligados a la eutanasia del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del IMSS en la ciudad de México, 2023.

VI. METODOLOGÍA.

El estudio fue realizando con un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, fue un estudio de tipo transversal analítico, con un universo de estudio de 108 enfermeros (as) los cuales se desempeñan en las áreas de cuidados críticos (“Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Urgencias Adultos, Medicina Interna”), esto con la intención de realizar un acercamiento inicial al tema de la eutanasia con el personal de enfermería que labora en dicha institución.

Fueron un universo total de 108 enfermeros (as) distribuidos de la siguiente manera: 42 enfermeros en el área de urgencias, 48 del área de medicina interna y 18 del área de terapia intensiva. Dicho personal realiza sus jornadas en los turnos matutino, vespertino, nocturno en las jornadas A y B, y también incluye a personal perteneciente a la jornada acumulada, la cual abarca turnos diurnos y nocturnos del fin de semana.

Dicho estudio se realizó dentro de las instalaciones del Hospital General Regional N. 2 “Dr. Guillermo Fajardo Ortiz” del Instituto Mexicano del Seguro Social de Villa Coapa, ubicado en la alcaldía coyoacan perteneciente a la Ciudad de México. Para lo cual se llevo a cabo la solicitud para la autorización de dicho estudio con las autoridades correspondientes del área de enseñanza de la institución, el día 16 de septiembre de 2022, con la Lic. Tania Granados Archundia jefa del departamento de enseñanza de enfermería. Quien autorizó de forma satisfactoria la realización de dicho estudio.

Se llevó a cabo la obtención de una muestra total de 31 enfermeros, la cual se obtuvo como resultado a traves de la fórmula para poblaciones finitas, mediante la cual se obtuvo un total de 31 enfermeros, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 0.05. esto se realizó con un muestreo a conveniencia no probabilístico.

Mediante dicho resultado se pudo realizar la selección de los enfermeros que participaron para la resolución de los cuestionarios.

Para la elaboración del cuestionario se realizó de manera expofesa el cual fue elaborado mediante 15 preguntas enfocadas al tema de la eutanasia desde diferentes aspectos, fue

dividido en tres dimensiones, las cuales se enfocan en los aspectos legales, aspectos sociales y finalmente los aspectos bioéticos.

El cuestionario consta de una escala liker de 4 criterios, totalmente de acuerdo, de acuerdo, totalmente en desacuerdo, en desacuerdo.

Para la recolección de datos se llevo a cabo la aplicación del cuestionario a los (as) enfermeros correspondientes a cada uno de los servicios, el cual debían responder señalando con una X en el espacio que contenia la respuesta a cada pregunta acorde a su criterio y conocimiento.

Las fechas para la implementación del cuestionario fueron del 16 al 20 de octubre de 2023, comenzando con el personal perteneciente al turno matutino, seguido del turno vespertino y finalmente el turno nocturno junto con la jornada acumulada.

Posteriormente se llevo a cabo el análisis de resultados mediante el programa Microsoft EXEL y SPSS, mediante los cuales se obtuvieron los resultados pertinentes acorde a cada categoría.

VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.1. Criterios De Inclusión:

Se incluirán enfermeros que se desempeñan en el área de urgencias, medicina interna, terapia intensiva y el área quirúrgica que tengan la disposición para realizar el cuestionario. Siempre y cuando cumplan con una experiencia mínima de trabajo con pacientes en estado crítico, sin importar grado académico, antigüedad laboral o sub categoría con la cual se desempeñen.

7.2. Criterios De Exclusión:

El personal entrevistado debe ser exclusivamente del área de enfermería, además se excluyan a todos aquellos a los cuales no se logre localizar al momento de realizar el cuestionario, que se encuentren de vacaciones, licencias con y sin goce de salario e incluso de incapacidad laboral por enfermedad.

7.3. Criterios De Eliminación:

Se eliminarán los cuestionarios de todos aquellos enfermeros que no realicen el adecuado llenado de los mismos, colocando respuestas inapropiadas o que no cumplan con lo solicitado en las indicaciones del cuestionario.

VIII. RESULTADOS.

Después de la realización del cuestionario y la aplicación de las pruebas piloto correspondientes mediante la aplicación del programa EXEL se realizó el procesamiento de los datos para la obtención de un alfa de Crombach, el cual fue realizado en 3 etapas distintas obteniendo los siguientes resultados en la primera vuelta se obtuvo un porcentaje de 0.43 el

cual se presentaba como un nivel bajo para poder proceder con la aplicación del cuestionario. En la segunda vuelta se realizó el vaciamiento de los datos, mediante lo cual se obtuvo un porcentaje de 0.63 y finalmente en la tercera vuelta se obtuvo un resultado de 0.84 el cual, de acuerdo con Daniel, 2017 en su obra “Bioestadística para las Ciencias de la Salud” el cual redacta que se requiere un puntaje mínimo de .070 para las cuestiones de ciencias de la salud enfocadas a la parte social.

Estos coeficientes obtenidos durante el proceso de validación permiten tener un cuestionario con la validación necesaria para su aplicación. Se realizó un análisis factorial exploratorio para verificar la agrupación de cada uno de los ítems, los cuales fueron agrupados de acuerdo con cada una de las clasificaciones implementadas dentro del cuestionario (aspectos sociales, aspectos legales y aspectos religiosos).

Una vez que el cuestionario mostró un avance significativo en materia viabilidad se procedió a su aplicación. Se aplicó el cuestionario a 33 personas de acuerdo con la muestra previamente establecida obtenida por la fórmula de muestreo a conveniencia, para lo cual se realizó la evaluación acorde con cada uno de los ítems previamente establecidos y a su forma de evaluación (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo).

Se realizó un muestreo a conveniencia, mediante el cual fueron seleccionados 33 enfermeros en total correspondientes a cada uno de los turnos establecidos dentro de la institución hospitalaria. El lugar en donde se realizó la aplicación de las encuestas fue el Hospital General Regional N.2 “Dr. Guillermo Fajardo Ortiz” perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en la alcaldía Coyoacán de la Ciudad de México durante el año 2023, siendo 15 personas pertenecientes al turno matutino, 12 al turno vespertino y 6 al turno nocturno (incluyendo ambas veladas).

Como se ha mencionado anteriormente el cuestionario fue reproducido a través de medios físicos y entregado de forma presencial a cada uno de los enfermeros participantes, los cuales procedieron a responderlo de manera accesible, cabe destacar que no hubo ningún acto de discriminación con respecto a raza, género, preferencia sexual, discapacidad de algún tipo, etc.

Cada uno de los cuestionarios contiene 15 ítems relacionados con el tema de la eutanasia, los cuales fueron distribuidos en 3 categorías diferentes: 5 en el apartado de lo legal, 5 en el apartado de la parte ética y 5 en el apartado de la fase religiosa y cultural, de los cuales los resultados obtenidos en cada uno de ellos se muestran a continuación.

Figura 1.

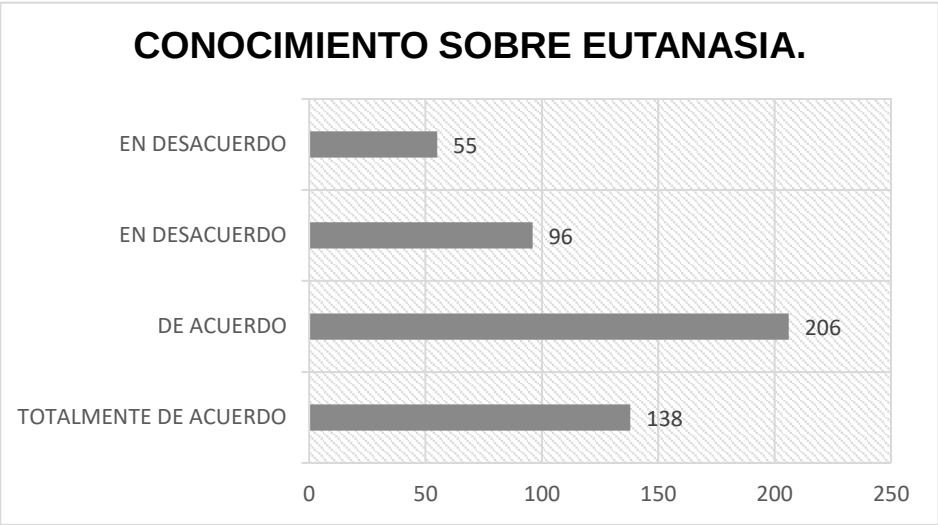


Figura 1. Muestra los productos generales alcanzados durante el proceso de investigación, haciendo énfasis en los resultados totales obtenidos en las encuestas a los 3 turnos, la cual demuestra el nivel de conocimiento del personal de enfermería.

Fuente. Instrumento ex profeso de eutanasia.

Esta gráfica presenta los resultados totales obtenidos durante el procesamiento de los datos los cuales muestran resultados mayormente encaminados a la parte de de acuerdo con un puntaje total de 206, posteriormente el ítem de totalmente en desacuerdo con 138 puntos, el nivel de desacuerdo con 96 puntos y finalmente el apartado de desacuerdo total con un puntaje de 55 puntos. Cada uno de estos puntajes obtenidos en los diferentes ítems corresponde a la sumatoria total de las respuestas de cada uno de los enfermeros participantes durante este proceso, los cuales hacen mayor énfasis a las cuestiones legales, religiosas y éticas. En materia de lo legal el personal de enfermería presentó un mayor porcentaje de conocimiento,

puesto que se encuentran mejor informados con respecto a los temas que catalogan la eutanasia como una práctica que no es permitida en el ambito médico y las consecuencias de carácter penas que esta llevaría, de igual manera se encuentran informados con respecto a las leyes que amparan a los pacientes con respecto a decidir sobre su propio beneficio al aceptar iniciar o continuar con algún tratamiento médico, el cual sevirá para minimizar la sintomatología de dolor y las molestias provocadas por la enfermedad en el caso de pacientes en estado terminal.

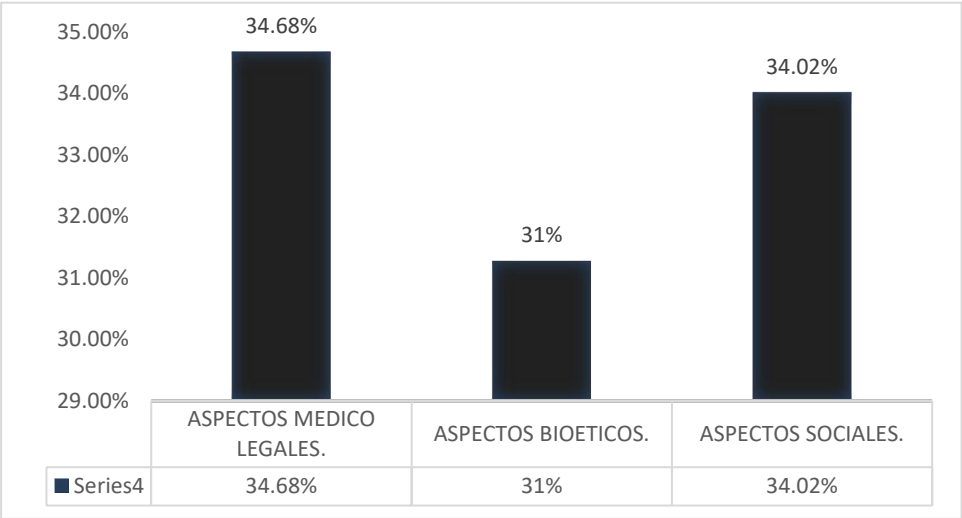
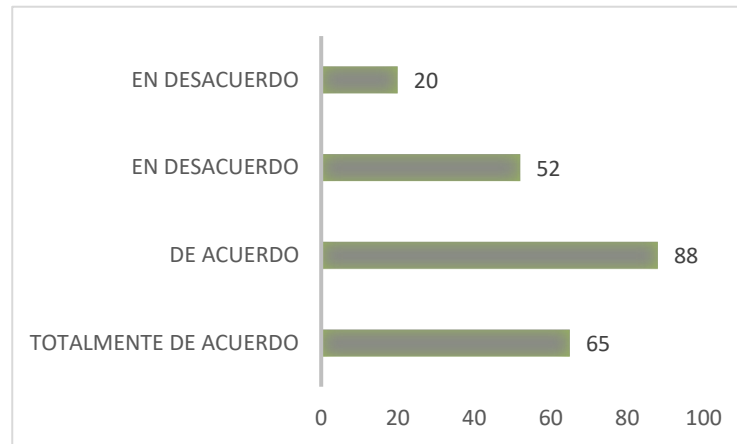


Figura 2. Muestra los porcentajes con respecto a los aspectos a evaluar en el cuestionario aplicado al personal de enfermería el cual hace referencia al nivel de conocimiento sobre la eutanasia. Fuente. Instrumentoex profeso de eutanasia.

La gráfica anterior muestra los resultados totales de los promedios obtenidos en la evaluación de los diferentes aspectos (legales, bioeticos, sociales), representa un porcentaje mayor en cuanto a los aspectos legales, esto significa que el personal de enfermería que realizó los cuestionarios tiene mayor conocimiento acerca del área legal con respecto al tema de la eutanasia, secundario a esto se enfocan mas por el conocimiento en los aspectos sociales con un porcentaje total de 34.02% y finalmente en los aspectos bióeticos con un porcentaje total de 31% del total.

De acuerdo a los resultados obtenidos con anterioridad el nivel de conocimiento de los enfermeros con respecto al tema de eutanasia se ve con mayor porcentaje en los aspectos médico legales, al momento de realizar el análisis de los datos obtenidos se puede observar que el personal tienen conocimiento acerca de las leyes y lineamientos establecidos en el ámbito legal por lo cual esta práctica no es legal en México, como en comparación con otros países, debido a que si aquí en México se realizara un acto de eutanasia se consideraría como un homicidio doloso de acuerdo con el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además del conocimiento sobre lo establecido en el artículo 161 Bis de la Ley General de Salud la cual estipula que “queda prohibida la práctica de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido aunque se cuente con el consentimiento del enfermo para aplicarlo”, posteriormente se habla acerca de los aspectos sociales los cuales abarcan las creencias religiosas y espirituales de cada comunidad, además de como es que la eutanasia puede verse desde el punto de vista de cada una de las comunidades y culturas de México, finalmente presentaron menor porcentaje en las cuestiones bioéticas debido a que tienen bajo nivel de conocimiento en cuanto a los valores y principios bioéticos que rigen la profesión del personal de salud, en este caso el principio de autonomía se ve mayormente implicado.

Figura 3. Nivel de conocimientos sobre eutanasia de profesional de enfermería del turno matutino del HGR número 2.

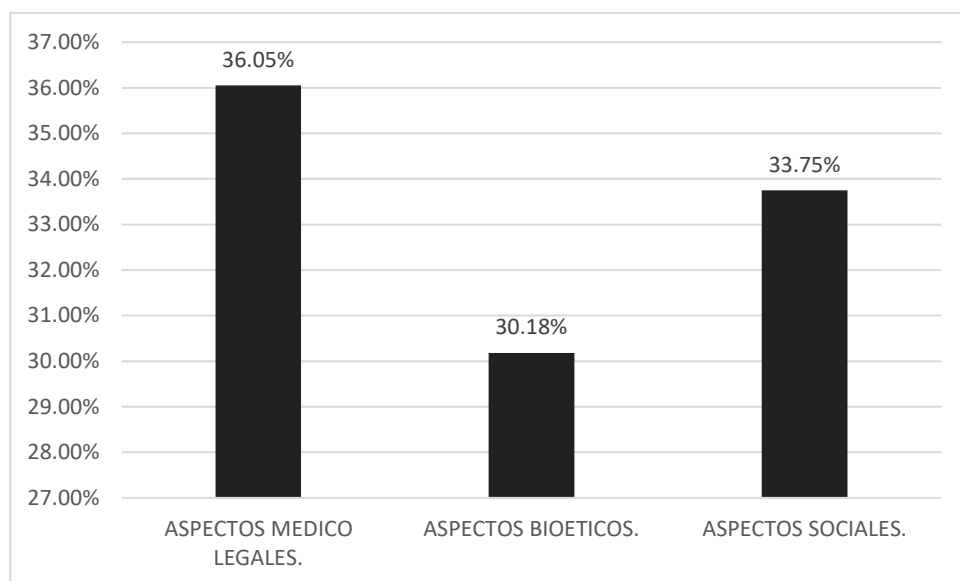


Fuente: instrumento ex profeso eutanasia

Figura 3 Muestra los promedios generales con respecto a los aspectos a evaluar en el cuestionario aplicado al personal de enfermería en el turno matutino.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el cuestionario el personal correspondiente al turno matutino mostro una mayor puntuación en cuanto al item de acuerdo con las respuestas planteadas en dicho cuestionario conforme las preguntas planteadas, lo cual significa que cuentan con un mayor nivel de conocimiento con respecto al tema de la eutanasia en los diferentes campos evaluados en un inicio.

Por el lado contrario se puede decir que existe una diferencia mayor con respecto a los resultados obtenidos respecto al nivel de conocimiento debido a que se obtuvo un total de 20 puntos en el apartado totalmente en desacuerdo, lo cual significa que el persoal encuestado presenta menos nivel de conocimiento en alguno de los apartados evaluados.



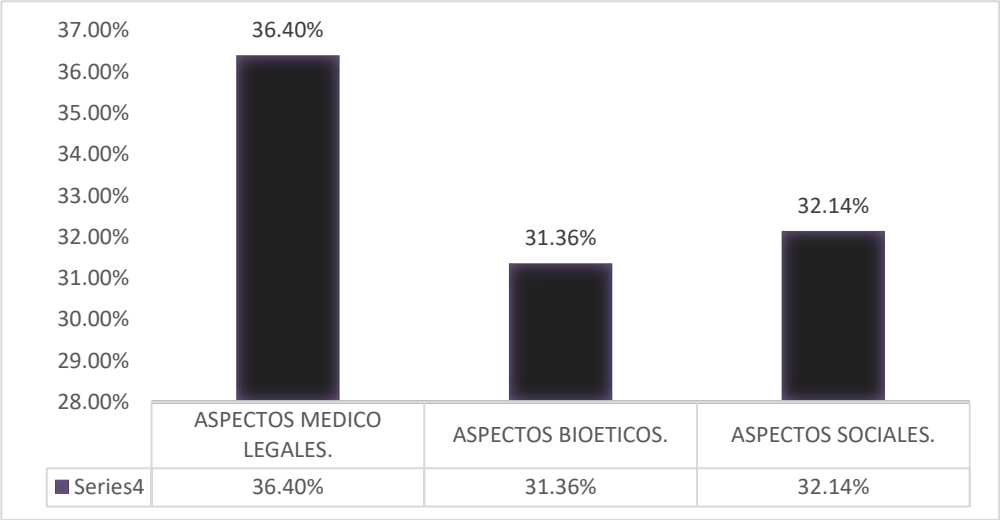
Fuente: Cuestionario ex profeso eutanasia.

Figura 4 Muestra los porcentajes generales con respecto a los aspectos a evaluar en el cuestionario aplicado al personal de enfermería en el turno matutino.

En la gráfica anterior se muestran los porcentajes totales obtenidos por parte del personal de turno matutino que fue encuestado, para la obtención de dichos resultados se realizó el cálculo de las medidas de tendencia central para con ello poder obtener dichos porcentajes.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede decir que acorde con el resultado porcentual el personal de enfermería correspondiente al turno matutino presenta un mayor nivel de conocimiento con respecto a las cuestiones legales que respaldan que la práctica de la eutanasia no es considerada como una práctica legal en México, debido a la violación de los lineamientos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, todo esto se ve representado con un resultado porcentual de 36.05 % del total obtenido.

De igual manera se observa que el personal de enfermería de dicho turno presenta un nivel de conocimiento medio en cuanto a los aspectos sociales con respecto a la eutanasia, esto se representa con un porcentaje total de 33.75%, y finalmente se observa un nivel mas bajo de conocimiento en cuanto a los aspectos bioéticos, los cuales engloban lo establecido en el codigo de ética profesional que rige al profesional de salud, esto se ve representado con un porcentaje total de 30.18%.

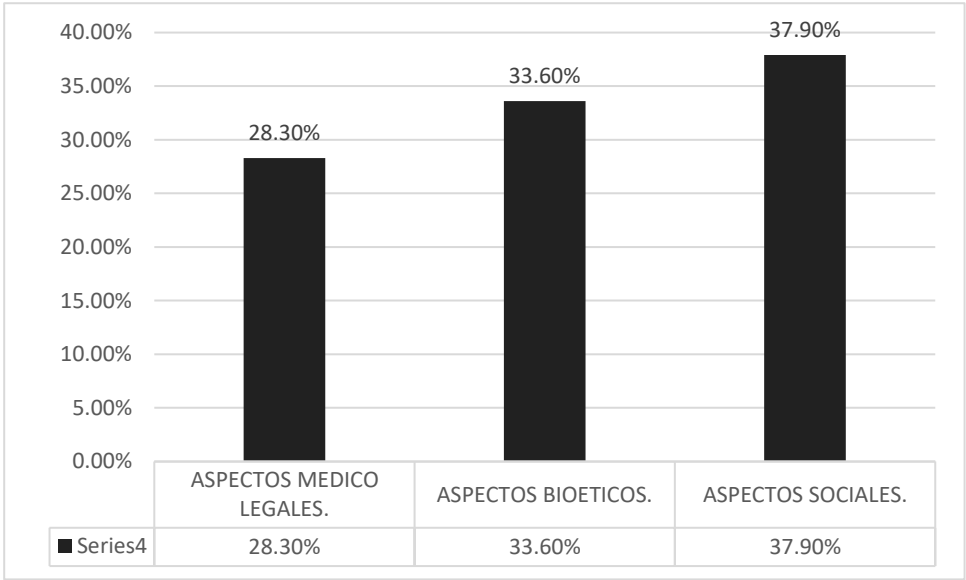


Fuente: Cuestionario ex profeso eutanasia.

Figura 5 Muestra los porcentajes generales con respecto a los aspectos a evaluar en el cuestionario aplicado al personal de enfermería en el turno vespertino.

Los resultados obtenidos en la gráfica anterior muestran los porcentajes totales con respecto al nivel de conocimiento del personal perteneciente al turno vespertino con respecto al tema la de eutanasia, la gráfica muestra que el personal tiene un conocimiento mayor en el área de aspectos legales, en los cuales se obtuvo un resultado de 36.40% del total de las encuenstas en dónde se presentan los aspectos relacionados con la legislación y leyes que validan y respaldan la práctica brindad por parte del personal de salud, lo cual demuestra que el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre este tema en cuanto a los aspectos legales es mas alto que los aspectos sociales y bioéticos.

Los resultados obtenidos en cuanto a los aspectos sociales muestran un porcentaje obtenido de 32.14% a diferencia de los aspectos bióéticos que muestran un porcentaje total de 31.36% lo cual indica que el personal de enfermería cuenta con un nivel mas bajo de conocimiento en cuanto a los aspectos bióéticos, ls cuales engloban aquellos principios encargados de regir la cuestión ética de la práctica clínica del personal de salud, en beneficio y a favor de la salud del paciente no solo como un beneficiario de estos servicios, sino como ser humano.



Fuente: Cuestionario ex profeso eutanasia.

Figura 6. Muestra los porcentajes generales con respecto a los aspectos a evaluar en el cuestionario aplicado al personal de enfermería en el turno nocturno.

A diferencia de los turno anteriores, la plantilla del personal de turno nocturno es mas baja que las demás, por lo que se les realizón la encuesta correspondiente y se obtuvieron resultados de muestran un porcentaje total de 37.90% el cual representó el nivel de conocimiento mas alto el la categoria de los aspectos sociales, secundario a un 33.60% en los aspectos bióéticos y finalmente un 28.30% en los aspactos legales, lo cual indica que el personal perteneciente

al turno nocturno muestra un mayor nivel de conocimiento con el los aspectos sociales y un nivel menor en los aspectos legales, con diferencia a los turnos matutino y vespertino. Esto resalta la diferencia a que el personal de turno nocturno muestra un mayor nivel de conocimiento en los aspectos sociales y en la cuestión cultural y bioética a diferencia del turno matutino y vespertino.

IX. DISCUSIÓN.

El tema de la eutanasia debido a su propia naturaleza tiene implicaciones en la vida cotidiana de muchas personas, especialmente en aquellas que padecen alguna enfermedad de carácter terminal, esto debido a que exige que la sociedad en general participe de forma activa y cada vez con mayor fuerza en esta discusión, debido a que involucra las esferas ética, jurídica y religiosa.

La voluntad anticipada en México es una Ley que ampara a los seres humanos para tomar una decisión de manera directa o de forma indirecta en caso de que la persona afectada no pueda hacerlo por voluntad propia, particularmente hablando en materia de salud, para que aquellos pacientes que necesitan ser sometidos a un tratamiento con el objetivo de mejorar su estado de salud e incluso en aquellos pacientes con diagnóstico de una enfermedad de carácter terminal puedan decidir acerca del inicio, suspensión y término de un tratamiento medico de forma autónoma y si no es posible con la decisión de un familiar o cuidador directo en caso de que el paciente no se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales.

Diversos estudios tratan temas relacionados con el final de la vida, pero su estructura no es similar a la del presente estudio. Se han publicado diversos estudios con respecto al tema de la eutanasia y el conocimiento por parte del personal médico sobre esta, como lo es el estudio realizado por Ortíz, Belen en el año 2018 en donde menciona la valoración de un instrumento acerca del conocimiento de las personas acerca de la vida, el cual consta de una serie de 15 items con respuestas establecidas en escala liker de valoración. En numerosas publicaciones

internacionales predomina el deseo de los pacientes en estado terminal de poner fin a su vida en lugar de continuar con un tratamiento para aliviar el dolor (cuidados paliativos)

Existen diversos estudios relacionados con el tema de cuidados paliativos, suicidio médicamente asistido y ayuda espiritual.

La presente investigación muestra un estudio realizado al personal de enfermería que labora en un hospital de la Ciudad de México, el cual se llevo a cabo a través de un cuestionario auto administrado con el cual se realizó la medición del nivel de conocimiento del personal de enfermería de forma ex profesa, como lo realizó la autora Monserrat Aguilar en su estudio denominado “La eutanasia y el protocolo internacional de la organización mundial de la salud y su impacto en México” en el cual mediante la utilización de un instrumento auto generado y auto administrado midió el nivel de conocimiento de la población en general sobre el tema de la eutanasia en México.

Una de las principales limitaciones del presente estudio es no poder realizar comparaciones con muchos otros estudios de forma similar, esto debido a que los estudios han sido dirigidos a la población en general y muy pocos dirigidos a la población médica particularmente en el área de enfermería, de igual manera solo se determina la validez lógica de estudio realizado, la de contenido y la viabilidad del presente.

La eutanasia es un acto ilegal en México, a pesar de las diversas publicaciones que se han realizado en el transcurso de los años no se han llevado a cabo estrategias para su legalización, a diferencia de otros países como algunos países europeos e incluso del continente americano que ya la han implementado e sus territorios.

El presente estudio no pretende implementar estrategias para su legalización ni crear una polémica a nivel regional ni nacional con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento por parte del personal de enfermería sobre la eutanasia. Tal cual lo han realizado estudios publicados anteriormente como el de la autora Glenda Bourquin en el año 2019 en donde realiza una medición del nivel de conocimiento sobre la eutanasia y la muerte digna a los familiares de los pacientes hospitalizados en el área de terapia intensiva debido a enfermedades de carácter terminal.

El cuestionario implementado resultó un método indirecto para conocer el conocimiento sobre aspectos relevantes de la eutanasia en México dirigido principalmente al personal de enfermería que se encuentra en contacto directo con pacientes diagnosticados con enfermedades terminales.

X. CONCLUSIONES.

La mayoría de los estudios publicados con respecto al tema de la eutanasia hacen énfasis y priorizan en su mayoría de los casos al personal médico, de los cuales se han realizado distintas investigaciones con respecto a su nivel de conocimiento e incluso la percepción que tienen acerca del tema.

La eutanasia es un tema muy delicado y controversial debido a la importancia y la fuerza que está tomando últimamente donde pueda ser considerada como opción para tratamiento médico y pueda ser practicada de forma legal..

Hablar de eutanasia resulta una tarea compleja. Es un tema con varias áreas, involucra temas tan delicados como la ley, religión, moral, cultura, la labor del médico, motivos económicos y familiares. Hablar de eutanasia implica pensar en el final de una vida, se exige decidir entre la vida y la muerte particularmente en pacientes con una enfermedad de carácter terminal.

Decidir la eutanasia como definitiva instancia terapéutica, significa transitar de la vida a la muerte con el consentimiento del enfermo o de sus familiares cercanos y la participación activa del médico.

La eutanasia es un tema que causa mucha controversia y mucha polemica en la vida cotidiana de muchas personas no solo en México sino en el mundo entero, esto debido a que abarca aspectos legales, aspectos sociales e incluso aspectos bioéticos o bien puede causar insertidumbre con respecto a los conceptos de vida y la muerte e incluso como se pueden relacionar estos con la vida de una persona.

El derecho a la autonomía y a la Voluntad anticipada pueden ser tomados de forma libre y voluntaria por una persona que en su juicio piense que puede ser sano y beneficioso para él o ella, en México existe la Ley de Voluntad Anticipada, la cual se encarga de defender el derecho y la autonomía del paciente con respecto a si se acepta iniciar o continuar con un tratamiento médico, pueda o no pueda mejorar la calidad de vida del paciente o bien solo aliviar sus molestias y de igual manera dicha Ley establece que el paciente puede suspenderlo en el momento que el lo decida, siempre y cuando se conserve su dignidad como paciente, pero sobre todo como ser humano.

El estado Mexicano tiene la obligación legal y ética de establecer los recursos necesarios para que el paciente o la persona puedan tomar una decisión favorable, estos deben estar regulados con altos estándares éticos, legales y con alto nivel profesional por parte del personal que brinda servicios de salud, de igual manera es importante la generación imparcial de políticas públicas que promuevan la gestión e implementación de cuidados paliativos en las unidades encargadas de proveer servicios de salud, de igual manera se deben explicar los riesgos, los beneficios y las contraindicaciones, así como la calidad de vida que el paciente podrá tener en un futuro.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas se puede observar que el personal de enfermería de los diferentes turnos presenta un nivel mayor de conocimiento en el área de aspectos legales que respaldan que la eutanasia no puede ser considerada como una práctica médica en beneficio del paciente, esto debido a que se considera como un homicidio, pero no existe un nivel de conocimiento que respalde.

Debido a que la eutanasia es considerada una práctica ilegal en México se han llevado a cabo diversos estudios en los cuales la eutanasia se ha llevado a cabo en muchos países del mundo, en el presente estudio se puede concluir que el personal

de enfermería presenta un conocimiento alto en los aspectos jurídicos acerca de dicha práctica, de igual manera presentó un puntaje menor en las áreas de conocimiento con respecto a la parte cultural y bioética, por lo cual el nivel de conocimiento ante dicho estudio establece que

el personal de enfermería adscrito al Hospital General Regional N.2 del IMSS presentó un nivel de conocimiento mayor en el área jurídica que en las otras áreas antes mencionadas.

XI. ANEXOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Ciudad de México a 15 de octubre del 2022.

Por medio de la presente.

Declaro que se me ha explicado acerca de mi participación en el estudio **"Conocimiento sobre eutanasia en el personal de enfermería que labora en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México 2023"**, el cual consiste en responder un cuestionario acerca de mi percepción el cual tiene por nombre **"La eutanasia y protocolo universal de la organización mundial de la salud y su impacto en México"** sobre la eutanasia, el cual pretende aportar a la generación de nuevo conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que se me realicen unas cuentas preguntas acerca del tema las cuales serán gravadas en formato de audio para posteriormente ser analizadas, comparadas y transcritas, a las cuales podrán tener acceso parte del equipo docente encargado de la asignatura **"Aplicación del Conocimiento I"** perteneciente a la Especialidad Clínica de Enfermería **"Maestría en Cuidados Críticos"** la cual se imparte dentro de las instalaciones de la Universidad Autónoma del Estado de México CU Valle de Chalco, quienes guían esta investigación.

Declaro que se me ha informado acerca de los posibles riesgos, beneficios e incluso molestias derivados de mi participación en el estudio y se me ha asegurado que la información que proporcione será manejada con discreción, confidencialidad y el anonimato correspondiente.

El investigador responsable de estudio Lic. En. Enf. Carlos Yavé Camacho Martínez, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y solucionar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Así mismo el investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Acepto mi conformidad en que el producto final de esta investigación se mostrara al público en general (congresos, publicaciones, exposiciones y seminarios) siempre manteniendo la confidencialidad en el manejo de los datos obtenidos.

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación de forma voluntaria y libre y declaro estar informado (a) de que los resultados de esta investigación tendrán como producto final un informe, para ser presentado como **"Trabajo terminal de grado"** para la obtención del título de **"Maestro en Cuidados Críticos"**.

Eh leído la carta de consentimiento informado y acepto participar de acuerdo a las cláusulas y condiciones establecidas en el mismo.

FIRMAS:

Firma del entrevistado.

L.E. Carlos Yavé Camacho Martínez.

Nombre y firma del entrevistador.

Dr. En. C.S. Ihosvani Basset Machado.

Nombre y firma del director de tesis.

XI. REFERENCIAS CONSULTADAS.

- Aguilar, M (2017). *La eutanasia y el protocolo internacional de la organización mundial de la salud y su impacto en México*. Facultad de derecho y ciencias sociales. Vol. 1. P,p 135-155. Recuperado de: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/567>
- Sistema nacional de salud (2013) NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- Zavala Alonso M,E., Urbina Aguilar B,A. y Alvarado Gallegos E. (2017) *Metaevaluación de la calidad de la atención de enfermería en un hospital público de San Luis Potosí, México*. San Luis Potosí, México. Revista en Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 25. Pág. 85-93
- Llaurado Serra M, Güell Baró A, Castañera Duro, Sandalinas I, Argilaga E, Fortes del Valle M.L, Jiménez Herrera M.F, y Fuentes Pumarola C. (2016) *Barreras motivacionales de los profesionales de enfermería para la utilización de la investigación en unidades de cuidado intensivos y en el servicio de emergencias médicas*. España. Enfermería Intensiva No. 27 Páginas: 146-154. www.elsevier.es/ei
- Dubón, M, Bustamante, L (15 de Diciembre de 2018), *Entre la enfermedad y la muerte- Eutanasia*. SCIELO. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v88n4/0009-7411-cir-88-4-519.pdf>
- Garza, S, Merlín, M, Gómez, M. (Mayo de 2019). *La Eutanasia en México. Marco teórico, conceptual, juridico. Iniciativas presentadas*. Cámara de diputados. <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-08-19.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (5 de Diciembre de 2019). *Ley de voluntad anticipada. El derecho a la muerte digna*. Gobierno de México.

<https://www.gob.mx/inapam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>

- Frenk, J, Cano, F, Castañón, R, (Agosto de 2002). *Código de ética para el personal de salud 2002*. Comisión Nacional de Bioética. https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/1._NAL._Cxdigo_de_Bioxtica_del_Personal_de_Salud.pdf

- Taboada, P. (Julio de 2002). *El derecho a morir con dignidad*. SCIELO. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007

- Diaz, H. (29 de marzo de 2022), *Aspectos legales sobre la eutanasia en México*. Congreso de la Ciudad de México II Legislatura. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/c7a0cc5272a75c28dcf520e7c71b1e428ecebe53.pdf>

- Rios, A (Agosto de 2016). *La eutanasia en México; Una visión comparada*. Revista Electrónica de la Facultad de Derecho UNAM. https://www.derecho.unam.mx/oferta-educativa/licenciatura/distancia/inserts/amicus/3poca_num7/01_Eutanasia_en_Mexico.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (26 de Julio de 2023). *Estadísticas de defunciones registradas durante el año 2022*. Comunicado de prensa. Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>

- Campos, J. (17 de noviembre de 2023). *Cifras sobre la diabetes en México*. México como vamos. <https://mexicocomovamos.mx/animal-politico/2023/11/cifras-sobre-la-diabetes-en-mexico/>
- Medrano, R. (15 de agosto de 2022). *Epidemiología del cáncer cervicouterino*. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Gobierno de México. <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (17 de Junio de 2022). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_CMAMA23.pdf
- Ortiz, B, Santiago, A, Perea, B. (7 de diciembre de 2020). *Elaboración de un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de la población madrileña frente al final de la vida*. Gaceta Sanitaria, SCIELO. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400373
- Aguilar, M (Julio de 2019). *La eutanasia y el protocolo internacional de la organización mundial de la salud y su impacto en México*. Benemerita Universidad Autónoma de Puebla. [CUESTIONARIO A UTILIZAR.pdf](#)
- Bourquin, G. (Agosto de 2019). *Eutanasia o Distanasia como alternativas para pacientes terminales en las Unidades de Terapia Intensiva*. Facultad de Ciencias Medicas Santa Fé, Argentina. <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5715/TFI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Boceta, J. (6 de noviembre de 2019). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Hospital Universitario Macarena. <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2019/11/DOLOR-Y-SUFRIMIENTO-AL-FINAL-DE-LA-VIDA.pdf>
- Moreira, M, Olivera, M, Pereira, P. (Junio de 2020). *Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente*. Revista bioetica Vol. 28. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/3tJx6369mSFQDc3DXy5F8jM/?lang=es&format=pdf>
- Callahan, H. (Agosto, 2023). *Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas*. Universidad de Harvard. https://www.paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/DOLOR-Y-SUFRIMIENTO-EN-EL-MUNDO-CALLAHAN_1.pdf
- Rojas, C, Esser, J, Rojas, M. (septiembre de 2004). *Complejidad del dolor y el sufrimiento humano*. Revista Latinoamericana de Psicopatología. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017762006.pdf>
- Velasco, M. (Diciembre de 2020). *Reflexiones sobre el sentido del dolor, el sufrimiento y la muerte*. Universidad Católica de Ávila. <https://aebioetica.org/revistas/2020/31/103/377.pdf>
- González, M, Gómez, C, Lacasta, A. (Julio de 2019). *Sufrimiento y Comunicación*. Comunicación y Oncología. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/comunicacion_oncologia/4.pdf
- Rodriguez, A. (Agosto de 2016). *Dolor y sufrimiento humanos. Un desafío a Dios y un desafío al hombre*. Revista de Ciencias Medicas ARS MEDICA. https://www.researchgate.net/publication/305987199_Dolor_y_sufrimiento_humanos_Un_desafio_a_Dios_y_un_desafio_al_hombre

- Ramirez, J. (Noviembre, 2003). *Sobre el sentido de dolor y sufrimiento*. Revista del Hospital Privado de Comunidad 2003;vol 6. <https://hpc.org.ar/wp-content/uploads/320-v6n2p75.pdf>
- Lucero, I. (Abril de 2018). *El dolor y sufrimiento humano*. Universidad Católica de Cuyo. <https://institutojohnhenrynewmanufv.com/wp-content/uploads/2025/03/El-dolor-y-el-sufrimiento-humano-2.pdf>
- Catra, C. (Mayo de 2016). *Para comprender el sufrimiento humano*. Instituto de Educação, Campus de Gualtar, Universidade do Minho, 4710. Braga, Portugal. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/mhFhLXsrNGTgMKKyCLfGjsM/?format=pdf&lang=es>
- Lukar, F. (16 de noviembre de 2010). *Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, PERÚ. file:///C:/Users/car_y/Downloads/Dialnet-SufrimientoHumanoYContextosDeAjusteTerapeutico-3751613.pdf
- Torralba, F. (Octubre de 2007). *Aproximación a la esencia del sufrimiento*. Universidad Ramon Llull. Barcelona. SCIELO. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600003
- Molina, J. (Julio, 2013). *El sufrimiento humano como experiencia personal y profesional*. Revista de bioética. <https://cbioetica.org/revista/113/113-0409.pdf>
- Carranza, C. (14 de agosto de 2023). *Reflexiones sobre dolor, sufrimiento y existencia propia*. Med. ética vol.32 no.2. SCIELO. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662021000200443

- García, H. (Octubre de 2004). *Comprender los cuidados paliativos: Una responsabilidad de todos*. SECPAL. <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/07/secpal-comprender-cuidados-paliativos-9-sufrimiento-al-final-de-la-vida.pdf>
- Martínez, M, Collado, F, Quintosa, R. (Octubre de 2015). *El alivio del dolor: un derecho humano universal*. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.22 no.5.https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000500007
- Aaruwatari, G. (Noviembre de 2012). *El alivio del dolor. ¿Un derecho humano?* Revista de la Sociedad Española del Dolor. https://www.resed.es/Documentos/ArticulosNew/06articuloespecial_1.pdf
- Espinola, R. (Noviembre de 2000). *Actitudes hacia la eutanasia*. Centro Interamericano de Investigaciones. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18011322003.pdf>
- Bueno, M. (Abril, 2024). *Conocimientos y actitudes hacia la eutanasia entre los profesionales de la salud: revisión sistemática*. Facultad de Ciencias Medicas. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/73648/TFG-O-2742.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Crusat, E. (Agosto de 2019). *Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura*. ELEVIER. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862121000292>
- Moya, F. (2010). *La Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte*. EDUPSYKHÉ Vol. 9. file:///C:/Users/car_y/Downloads/Dialnet-LaEscalaClinicaDeAnsiedadAnteLaMuerteDACS-3437159.pdf

- Tena, M, Ocampo, J. (20 de febrero de 2024). *Actitud frente a la eutanasia y factores asociados en estudiantes del último año de medicina humana*. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. file:///C:/Users/car_y/Downloads/Dialnet-ActitudFrenteALaEutanasiaYFactoresAsociadosEnEstud-9390824.pdf
- Ortega, A, Ruíz, M. (Abril de 2018). *Percepción y actitudes de los enfermeros y las enfermeras del SSPA sobre la legalización de la eutanasia y la objeción de conciencia*. Universidad de Almería. https://www.asanec.es/wp-content/uploads/2024/09/percepcion_enfermera_eutanasia_c-9e3kro-2.pdf
- Morales, A, Gil, M, Sánchez, B. (1 de enero de 2019). *Actitudes en base al nivel de conocimiento hacia la eutanasia en estudiantes de licenciatura de la Facultad de Enfermería no. 2, Universidad Autónoma de Guerrero, México*. Revista dilemas contemporaneos. <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/articloe/view/637>
- Martpinez, M. (2019). *Percepciones y actitudes hacia la eutanasia y el suicidio asistido de un grupo de psicólogos clínicos peruanos*. Repositor Academico UPC. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/667355>
- Ochoa, J (Febrero de 2017). *Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario*. CONAMED. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/62854/1/Eutanasia%20y%20suicidio%20asistido.pdf>
- Guzmán, R. (Abril de 2019). *Aspectos Sociales de la Eutanasia*. Universidad de la Rioja, España. <https://www.redalyc.org/journal/875/87558347003/html/>

- Montañes, P. Soriano, M. (Septiembre de 2023). *La perspectiva social de la eutanasia en España: variables que predicen las actitudes hacia la eutanasia*. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282023000200012
- Polaino, A. (Mayo de 2021). *Eutanasia y actitudes sociales*. Universidad de Navarra. <https://revistas.unav.edu/index.php/persona-y-derecho/article/view/32718>
- Ronald, C. (Septiembre de 2021). *Actitudes hacia la eutanasia: un análisis longitudinal del papel de los factores económicos, culturales y sanitarios*. Revista del manejo del dolor y sus sintomas. ELSIEVER. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421000300>
- Germán, R. (Febrero de 2019). *Aspectos sociales de la eutanasia*. Universidad de la Rioja, España. <https://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/23.pdf>

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE EUTANASIA.

INSTRUCCIONES:

Lee detenidamente cada una de las preguntas planteadas y responde de acuerdo con tu criterio.

ASPECOS MEDICO- LEGALES.					
ITEM	Totalmente de acuerdo. 1	De acuerdo. 2	En desacuerdo. 3	Totalmente en desacuerdo. 4	Observaciones.
¿Considera la eutanasia como “la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”?					
¿El suicidio medicamente asistido se podría definir como “la ayuda que proporciona el medico a un paciente en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para suicidarse”?					
¿Conoce si en México existe una Ley de Voluntad Anticipada donde el paciente puede expresar su decisión con respecto a recibir tratamientos o intervenciones durante su estancia hospitalaria y fuera de ella?					
¿Considera el ensañamiento terapéutico como una forma de eutanasia?					
¿Considera la vida y la muerte como un derecho?					

ASPECTOS BIOÉTICOS.					
ITEM	Totalmente deacuerdo.	Deacuerdo.	En desacuerdo.	Totalmente en desacuerdo.	Observaciones.
La práctica medica se rige por principios bioéticos fundamentales para la atención de la salud del individuo, ¿Conoce a que se refieren cada uno de estos principios?					
¿Considera que el principio bioético con mayor importancia en el proceso de la eutanasia es el Principio de Autonomía?					
¿Conoce cual es el artículo constitucional que habla acerca de que la vida es un derecho para todas las personas en México?					
¿Conoce que son los cuidados paliativos?					
¿Conoce cuál es el artículo constitucional enfocado al derecho a la salud?					

ASPECTOS SOCIALES.					
ITEM	Totalmente deacuerdo.	Deacuerdo.	En desacuerdo.	Totalmente en desacuerdo.	Observaciones.
¿La religión es un factor fundamental cuando se habla de eutanasia?					
¿"La ética, es la disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano"?					
¿En la actualidad la "Iglesia católica se erige como la institución que rechaza y combate la Eutanasia"?					
¿Usted conoce si la práctica de la eutanasia es legal en otros países de América?					
¿La práctica de la eutanasia es legal en México?					

