

# ASPECTOS LEGALES DE LA MUERTE ASISTIDA EN MÉXICO

Angélica Hernández Reyes



LXI LEGISLATURA  
CÁMARA DE DIPUTADOS



**Serie Amarilla**

**Temas Políticos y Sociales**

Julio de 2010



Serie Amarilla  
**Temas Políticos y Sociales**



**Angélica Hernández Reyes**

Julio de 2010

Derechos Reservados:

© Marzo de 2007

La reproducción parcial o total de este libro, sin la autorización previa de la Cámara de Diputados, dará lugar a las sanciones previstas por la ley.

**Presidente de la Cámara de Diputados**

Dip. Ramírez Acuña Francisco Javier

**Junta de Coordinación Política**

**Presidente**

Dip. Rojas Gutiérrez Francisco José

**Integrantes**

Dip. Vázquez Mota Josefina Eugenia

Dip. Encinas Rodríguez Alejandro de Jesús

Dip. Guerra Abud Juan José

Dip. Vázquez González Pedro

Dip. Tamez Guerra Reyes S.

Dip. Jiménez León Pedro

Dip. Rodríguez Luna Silvia

**Secretario General**

Dr. Haro Bélchez Guillermo Javier

**Secretario de Servicios Parlamentarios**

Lic. Suárez Licona Emilio

**Secretario de Servicios Administrativos**

**Y Financieros**

Ing. Zamanillo Pérez Ramón

**Director General del Centro de**

**Estudios de Derecho e**

**Investigaciones Parlamentarias**

Lic. Cesar Becker Cuéllar

**Coordinación y Revisión Editorial**

Rafael Velázquez Gallegos

**Portada y Diseño Interior**

Humberto Ayala López



**Comité del Centro de Estudios de Derecho  
e Investigaciones Parlamentarias**

**Presidente**

Dip. Fayad Meneses Omar

**Secretarios**

Dip. Pérez Domínguez Guadalupe

Dip. Rétiz Gutiérrez Ezequiel

Dip. Castro Cosío Victor Manuel

**Integrantes**

Dip. Aguilar González José Oscar

Dip. Alvarado Arrollo Fermín Gerardo

Brindis Álvarez María del Rosario

Dip. Del Mazo Morales Gerardo

Dip. Ferreyra Olivares Fernando

Dip. González Ulloa Nancy

Dip. Mendoza Díaz Sonia

Dip. Ochoa Mejía Ma. Terea Rosaura

Dip. Santana Alfaro Arturo

Dip. Saracho Navarro Francisco

Dip. Vázquez González Pedro

El contenido del trabajo de investigación que se publica, así como las impresiones y gráficas utilizadas, son responsabilidad del autor, lo cual no refleja necesariamente el criterio editorial.



**“ASPECTOS LEGALES DE LA MUERTE ASISTIDA EN MÉXICO”**  
**Angélica Hernández Reyes\***

---

\*Investigadora “B” del Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias.





SUMARIO. Introducción. I. Definiciones. A. Eutanasia. B. Ortotanasia. C. Distanasia. D. Suicidio Asistido. E. Cuidados Paliativos. F. Testamentos Vitales, Voluntad Anticipada o Documento de Disposiciones Previsoras. II. Argumentos. A. A favor. B. En contra. III. ¿Existe un derecho a morir? IV. La Eutanasia dentro del Código Penal Federal. V. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su Reglamento. VI. Derecho Comparado. Conclusiones. Bibliografía.

## **Introducción**

Hablar de la muerte resulta difícil, pues la mayoría de nosotros nos rehusamos a creer que algún día todo se acabará. La soberbia de los seres humanos es extrema, a tal grado que nos ha hecho creer que todo es infinito: el agua, el aire, los alimentos, el petróleo, el fuego, la tierra, el tiempo, nuestros seres queridos, la pareja, los hijos, nuestras posesiones, en fin... la vida. No valoramos, ni cuidamos nada de lo que gira a nuestro alrededor, somos el peor depredador en nuestro planeta, creemos que algo o alguien nos va a salvar de toda la destrucción que hemos generado, desafortunadamente destruimos por el mismo odio que sentimos hacia nosotros mismos, pues no existe razón para creer que nos amemos y amemos a los otros, y no cuidemos todo aquello que nos permite seguir vivos.

En fin, creo esta soberbia nos ha orillado a actuar, como con todo lo que nos desagrade: evadiendo. Lo hacemos con las relaciones personales, pues no construimos lazos sanos y cordiales, ya sea con la pareja, los hijos, jefes, compañeros de trabajo, subordinados, familiares, amigos, etc., vivimos inmersos en relaciones dañinas, que no están basadas en el amor, la confianza, la lealtad, la sinceridad, el respeto, la honestidad, la fidelidad, parece ser que nos hemos convertido en robots hedonistas, que lo único que deseamos es generar placer por el poseer, pues podríamos mencionar una lista

interminable y absurda de necesidades creadas, que se contraponen con una escala de valores y principios, que nos haría realmente felices.

Estas palabras, te pueden parecer un discurso filosófico bizantino; sin embargo, no lo es, pues la muerte de nuestro planeta parece tener una fecha impostergable, es decir, una hora, día, mes y año exactos, la cual no podremos posponer, pues hay estudios científicos serios que indican que con todos los problemas actuales en materia ecológica, nuestro planeta no sobrevivirá más de 100 años, hay quienes no le dan ni el centenario, en fin, hay otros que creen que mágicamente nada nos sucederá, seguiremos viviendo, sólo que en condiciones diferentes, a las cuales nos tendremos que adaptar, como nos hemos venido adaptando a lo largo de la historia.

Todo esto lo menciono, porque de verdad estoy convencida, que ha sido nuestra soberbia, que no sólo es característica de los mexicanos, sino de todos los habitantes del planeta, la que nos ha hecho creer que somos infinitos y por lo tanto, no querer entrarle a los problemas ecológicos del mundo y dejarnos morir, pues ni los que somos padres tenemos conciencia de dejarle un mejor mundo a los que decimos amar con todo nuestro ser: nuestros hijos, pues no somos capaces de unirnos a una campaña de reforestación, bueno, ni siquiera de plantar un árbol afuera de nuestra casa o por lo menos, dejar de tirar basura en las calles y playas, en una palabra, quitarnos lo egoístas y estériles, para hacer algo por la madre tierra que nos ha dado tanto.

En conclusión, al igual que evadimos el tema de la muerte del planeta Tierra, igualmente lo hacemos con nuestra propia muerte. Por ello, este trabajo pretende estudiar la eutanasia sin tratar de dilucidar, si está bien o mal que se autorice, pues han pasado más de 25 años desde que inició la discusión y como era de esperarse, no se ha llegado a un consenso, pues el tema puede ser estudiado desde el punto de vista moral, ético, religioso, filosófico, científico, bioético, entre otros, y lo que es bueno para una persona, no lo es para otra; sin embargo, la

intención es brindar un panorama general, para que el lector llegue a sus propias conclusiones. En tal sentido, revisaremos algunas definiciones relacionadas, los argumentos para su legalización, aspectos legales, en particular, la Ley de Voluntad Anticipada para el D.F., así como su reglamento, derecho comparado en países donde la eutanasia y la muerte asistida han sido despenalizadas, o aquéllos en los que como España, a pesar de no estar autorizada ninguna de las dos, se practica y existe un gran activismo social.

En lo particular, confieso que quise escribir sobre el presente tema, precisamente por el temor que me causa pensar en mi propia muerte, pues no puedo concebir que no haya un más allá, que se terminen los días en la playa, los hermosos amaneceres, una exquisita comida, una emocionante lectura, sentir mis sábanas abrasar mi cuerpo a la hora de dormir, una buena película, un helado, la convivencia con mis amigos, pero principalmente, un abrazo y un te extrañé mami de mi hija, Abigail; puedo sonar cursi, no obstante, lo único que nos hace trascender son los buenos momentos disfrutados, no somos conscientes de que en una fracción de segundos, nuestra vida puede cambiar drásticamente, tal como sucede en el momento en que concluyo este trabajo, en donde los mexicanos estamos en una total incertidumbre por el brote de influenza porcina y no sabemos si lo que nos indican las autoridades es verdad, o si debemos preocuparnos por nuestras vidas, el tema es muy serio y no sabemos qué va a pasar... ojalá se logre controlar el problema y sea otra oportunidad más para que analicemos ¿qué es lo que estamos aportando a este mundo?

Regresando al tema que nos ocupa, además del miedo al pensar que todo acabará en una fecha exacta, de la cual no podré escapar, la vida me puso una prueba muy fuerte. En el año 2005, dentro de un grupo de amigos con los cuales solía reunirme semanalmente, conocí a mi amiga Carolina, que en aquel entonces tenía alrededor de 30 años, era una chica bonita, simpática, jovial, alegre, divertida, de carácter fuerte,

“Caro” como la llamábamos todos, repentinamente, de un día a otro, empezó a tener visión doble, es decir, su vista la hacia ver la misma imagen, una encima de la otra; al no desaparecer dicho síntoma, decidió acudir al médico, le practicaron diversos estudios, el diagnóstico final fue contundente: tenía un tumor cerebral cancerígeno, el cual se encontraba enraizado a lo largo y ancho de su cerebro y por años, no había presentado ningún síntoma, lo único que creía pudo haber sido un síntoma de su enfermedad, eran esporádicos dolores de cabeza, como los que tenemos la mayoría de nosotros, a los cuales no le prestamos la menor importancia, debido a que vivimos en una ciudad tan caótica como la Ciudad de México.

La situación de mi amiga era muy complicada, tenía dos opciones: permitir ser operada, sin que los médicos le garantizaran el estado en el que quedaría, pues al desprender el tumor cerebral, existía el riesgo de quedar sin hablar, sin moverse, sin ver, sin caminar, o en un completo estado vegetativo, y posterior a esta agresiva operación, tenía que continuar con las quimio y radioterapias, con la finalidad de asegurarse de que el cáncer no regresara. La segunda opción era, dejarse morir. Caro decidió la segunda, por lo que en cuestión de meses perdió el movimiento de la mitad de su cuerpo, en otro tanto, el habla y finalmente, el control de esfínteres.

El proceso fue muy duro, el cual, tanto mi grupo de amigos como yo vivimos en carne propia, pues durante sus últimos meses de vida, decidimos apoyar a su madre y a su hermana Karla, que eran con quienes vivía. Karla salía a trabajar para poder continuar solventando los gastos de la casa y los generados por la enfermedad de Carolina; nuestro apoyo consistió básicamente en pasar las tardes-noches con ella y ayudar en lo que necesitara, de manera alternada, para que su madre y hermana pudieran descansar y cuidarla de día.

En esas noches en vela, pude experimentar de cerca la muerte, lo devastante y dolorosa que es una enfermedad terminal, lo que significa morir lentamente, pero sobre todo

aprecie la vida y la salud, aun en el momento en que escribo estas líneas no dejo de estremecerme y de sentir mucha tristeza por lo sucedido a mi amiga. Caro, finalmente falleció luego de largos meses, días y noches de sufrimiento, mostrando gran valentía, amor hacia los demás, fortaleza, tolerancia, pero sobre todo paciencia y buen humor, ya que esta gran mujer, sin poderse mover, hablar, ver y con dolores intensos, no dejó de sonreír hasta su último momento.

La decisión de dejarse morir, obedeció a que nadie le garantizaba las condiciones en las que quedaría después de la operación y por el gran amor que demostró hacia su madre y hermana, pues no quería ser una carga para ellas. Por eso, Caro, agradezco haberte conocido y haberme regalado tanta enseñanza, aprendí mucho de ti, en especial a valorar todo lo que tengo en la vida y a saber lo que significa realmente amar, por eso, hoy te quise recordar dedicándote este trabajo, haciéndote saber que te extrañamos y siempre te recordamos con mucho cariño.

Pensando en ella, en mí, en todas las personas que padecen o padecieron enfermedades terminales, a los que se encuentran en estado vegetativo, a los que sufren dolores insoportables y que parecen ser interminables, les dedico este trabajo que resulta difícil de digerir, por todos los factores que en él intervienen, esperando que sea usted quien haga sus propias aproximaciones, pues al parecer, el análisis del tema no lo podemos seguir postergando en México, pues en el Distrito Federal y en el estado de Coahuila ya contamos con la Ley de Voluntad Anticipada y con la Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, respectivamente, así como las tienen en algunos países del primer mundo, tal como lo veremos en este trabajo.

Así que lo invito a que se permita por un momentito imaginarse moribundo y se atreva a estar en el lugar de mucha gente que ha vivido por meses en hospitales (en el mejor de los casos), pues otros enfermos se encuentran en el total abandono, y se pregunte ¿qué decisión tomaría usted: se

dejaría morir u optaría por la eutanasia, en caso de que se permitiera en México?, tal vez, después de sentirlo, disfrute al máximo de su vida, de lo que tiene y no de lo que le hace falta, de los que los rodean y de igual manera, haga algo, sumándose a alguna organización civil o desde su espacio contribuya a que nuestro planeta siga vivo, y así, usted y las generaciones que le siguen puedan disfrutar de una vida plena y por lo tanto, sana.

## **I. Definiciones**

### **A. Eutanasia**

Para los fines del presente trabajo, revisaremos algunas definiciones que diversos autores han señalado como eutanasia, sin que sea nuestra intención llegar a un análisis profundo de las diversas clasificaciones que se han hecho, pues no queremos confundir al lector, toda vez que cada autor las ordena de diferente forma. A continuación presentamos algunas de ellas, que se refieren al término de manera más general.

Iniciaremos señalando que la raíz etimológica de la palabra eutanasia proviene del griego *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte), por lo que en su conjunto significa buena muerte. Sin embargo, la complejidad del término deriva del prefijo *eu*, pues su significado es muy ambiguo, ya que lo que es bueno para una persona, no lo es para la otra, en consecuencia, ¿cómo podemos referirnos a una buena muerte?, es decir, ¿qué significa una buena muerte? Una buena muerte será lo que para cada individuo de acuerdo con sus particulares experiencias de vida signifique, pudiendo circunscribirse a un suicidio asistido, a un homicidio piadoso, a una muerte sin dolor, a dejarse morir (suspender alimentos, seguimiento medico o medicina paliativa) o soportar los dolores hasta que se haga la voluntad de Dios, etc.

El mexicano Cipriano Sotelo Salgado, indica que la eutanasia es la *terminación deliberada de la vida de un*

*paciente en orden a prevenir posteriores sufrimientos. Es decir, se entiende como acción u omisión que por su naturaleza o en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor*; añade que la conducta eutanásica, está compuesta por diversos actos de un tercero, que realiza por motivos piadosos, para acabar con el sufrimiento de personas que están desprovistas de valor vital, por encontrarse en estado vegetativo o por sufrir una enfermedad dolorosa y terminal. Y que para que se justifique como homicidio piadoso, debe ser el propio paciente el que reclame la muerte; el padecimiento deber ser mortal y de los que no perdonan en breve plazo, y, que la única intención del que mate sea abreviar el sufrimiento.<sup>1</sup> Este autor en su libro, nos obsequia varias definiciones, pero considero que ésta es la más completa, aunque de acuerdo con su definición, un individuo no cuentan con valor vital, por el simple hecho de encontrarse en estado vegetativo o ser un enfermo terminal, en lo cual no estoy de acuerdo, pues entonces en qué plano quedarían los derechos humanos, además de que en la práctica ha sucedido que personas que habían sido desahuciadas, de manera casi milagrosa han recuperado su salud.

Para Miguel Sánchez y López Romero, con la palabra eutanasia, se hace referencia a las acciones realizadas por terceros, por petición expresa y repetitiva del paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico, como consecuencia de una enfermedad terminal y que vive como inaceptable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora. La petición del paciente, es requisito imprescindible para distinguir la eutanasia del homicidio, con el fin de poner fin o evitar un padecimiento insoportable.<sup>2</sup> Sin

---

<sup>1</sup> SOTELO SALGADO, Cipriano, *La legalización de la eutanasia*, Cárdenas Velasco Editores, S.A. de C.V., México, 2004, p. 8-27.

<sup>2</sup> SÁNCHEZ, C. DE MIGUEL y A. LÓPEZ ROMERO, *Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia*, Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria. Área 7. Atención Primaria. Gerencia Atención Primaria Área 2. Madrid, Med Pal, Vol. 13, p. 209, [Documento en línea], [México,

embargo, no estoy de acuerdo que este autor indique que procede por un sufrimiento psíquico, pues mucho se ha discutido sobre revisar muy bien el estado psíquico de las personas al momento que solicitan la eutanasia, pues es lógico que un paciente terminal o con mucho dolor, se encuentre deprimido y con estados de ansiedad que lo orillen a tomar dicha decisión, pero que en cambio, si esos dolores fueran controlados mediante medicina paliativa, desistirían de su decisión de morir.

Desde el punto de vista penal, Quintano Ripollés la ha definido como la acción de acortar de manera voluntaria la vida de quien sufre una enfermedad incurable, reclamándolo de manera seria e insistente, para hacer cesar sus insoportables dolores,<sup>3</sup> disgrega su definición, indicando que la acción es la de acortar la vida; el sujeto activo puede ser cualquier persona que lo lleve a cabo; el sujeto pasivo es quien lo solicita, es decir, el enfermo terminal; el requerimiento se hace a través de la solicitud de acabar con su vida; el bien jurídico tutelado es la vida, y lo pide por dolores insoportables que padece.

Por su parte, el jurista Francisco González de la Vega, señala que la eutanasia *se reserva a aquéllos criminales caritativos en que una persona, ante los incesantes requerimientos de otra, víctima de incurable mal, la priva de la vida piadosamente para hacer cesar sus estériles sufrimientos.*<sup>4</sup> Esta definición le da al sujeto activo la calidad de criminal y al igual que la definición anterior, se refiere a cuando es el propio enfermo terminal el que pide a otro le auxilie a poner fin a su

---

citado el 4 de Marzo de 2009], disponible en línea:  
<http://www.eutanasia.ws/resultadodocumentos.asp?busquedaautor=De%20Miguel%20Sánchez%20C>.

<sup>3</sup> Cfr. MARCOS DEL CANO, Ana María, Monografías Jurídicas, La eutanasia: estudio filosófico-jurídico, Universidad Nacional de Educación a Distancia- Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., Madrid, 1999, p. 36.

<sup>4</sup> GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco, *Derecho Penal Mexicano: Los Delitos*, Editorial Porrúa, México, 1998, p. 234.



vida, sin considerar a los enfermos mentales o a los que se encuentran en estado vegetativo, los cuales no pueden manifestar su voluntad, por lo que en razón de ellos es que se pensó en los testamentos vitales, para que cuando se encuentren en pleno uso de sus capacidades, indiquen que hacer con su persona cuando se encuentren incapacitados para decidir por ellos mismos, los cuales veremos posteriormente.

Para Manuel Iglesias, es la muerte que una persona procura a otra que padece una enfermedad incurable o muy penosa, y la que tiende a truncar la agonía demasiado cruel o prolongada. En un sentido amplio, es la que se procura con un objetivo eugenésico y seleccionador (muerte de niños deformes; eliminación de idiotas y locos irremediables).<sup>5</sup>

En el ámbito religioso, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe manifestó el 5 de mayo de 1980, que la eutanasia es *una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar el dolor*;<sup>6</sup> se trata de una definición corta y sencilla, que considero comprende los elementos básicos que se requieren para dicho concepto.

En junio de 1990, la revista *Journal of the Law Society of Scotland*, publicó *La ética de la Eutanasia*, escrito por D. Doyle, en el que señaló que: *La eutanasia es la deliberada producción de la muerte de una persona sobre la base de que en su situación se considera mejor morir que continuar viviendo*,<sup>7</sup> lo importante de este concepto, se sitúa en el hecho de que, en las condiciones de sufrimiento en que se encuentra el enfermo, es preferible morir.

Finalmente, nos referiremos a la clasificación que hace Antonio Beristáin de la eutanasia: se habla de eutanasia activa o pasiva, según se provoque la muerte al sujeto por una acción o una

---

<sup>5</sup> IGLESIAS, M. *Aborto, Eutanasia y Fecundación Artificial*, Dux Editores y Publicaciones, México, 1998, p. 18.

<sup>6</sup> BERISTAIN, Antonio, *Eutanasia: dignidad y muerte (y otros trabajos)*, Ediciones Desalma, Buenos Aires, Argentina, 1991, p. 14.

<sup>7</sup> Cfr. MARCOS DEL CANO, Ana María, *Op. cit.*, p. 37.

omisión; se le denomina eutanasia directa, cuando sobreviene la muerte, e indirecta, cuando se busca mitigar el dolor físico, con el conocimiento de que el abuso de drogas como parte del tratamiento puede acortar la vida del paciente; para algunos autores a esta última no puede llamarse propiamente eutanasia, pues lo que cuenta, desde el punto de vista ético, es la intención de matar, lo que jurídicamente se llama dolo. Se clasifica en voluntaria e involuntaria, según se solicite por quien desea la muerte o por otra persona; perinatal, agónica, psíquica o social, la que se aplica a los recién nacidos con males congénitos, o a enfermos terminales, con lesiones cerebrales irreversibles, a ancianos u otras personas consideradas socialmente improductivas y prescindibles.<sup>8</sup>

Como pudimos anticipar, derivado de la subjetividad de lo que significa para cada individuo una buena muerte, las definiciones están en función de diversos puntos de vista teológicos, religiosos, morales, éticos, legales, filosóficos, científicos, etc.; sin embargo, nuestro objetivo, como ya lo mencionamos, es revisar la parte legal, por lo que definiré como eutanasia:

*La acción u omisión que tiene como finalidad terminar con la vida de una persona que padece una enfermedad terminal o incurable, determinada así por el médico o los médicos del conocimiento, que produce al enfermo dolores insoportables, que lo hacen pensar que la única alternativa para poner fin a su sufrimiento, es la muerte, la cual al producirse traerá consecuencias de hecho y de derecho, de acuerdo con la legislación de cada Estado.*

---

<sup>8</sup> Cfr. GÓMEZ GRANADOS, Manuel, *Eutanasia: debates, postura y ética*, Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, Asociación Mexicana de Promoción y Cultura Social, A.C., Colección *Doctrina Social Cristiana*, Vol. 48, 2ª. edición, México, 2005, p. 8.

## B. Ortotanasia

Este término data de 1950, deriva de la raíz griega *orthos* que significa lo recto y *thánatos*, muerte, es decir, muerte correcta, la cual supone una actuación más humana de quienes atienden enfermos terminales, sin embargo, otra vez nos encontramos ante la subjetividad del concepto, pues lo que es correcto para una persona, no lo es para otra.

Cipriano Sotelo señala que consiste *en dejar de realizar los actos que le permitirán a una persona vivir, o bien el suspender los medios de los cuales depende la vida ajena, la eutanasia pasiva, también conocida como eutanasia por omisión, generalmente es cometida en personas que no prestan su consentimiento por estar privadas de la conciencia universalmente, se considera inmoral y antijurídica este tipo de eutanasia.*<sup>9</sup>

Para Miguel Sánchez y López Romero, se trata de la muerte justa, a su debido tiempo, en su momento, sin prolongaciones de la vida ni retrasos de la muerte.<sup>10</sup> Esta definición la considero acertada, pues para algunos autores la ortotanasia se diferencia de la eutanasia activa o pasiva, porque aquella no acelera la muerte, ni por acción ni por omisión. Se cree que este término toma en cuenta de manera importante el proceso de humanización de la muerte, los cuidados paliativos y no alarga la vida de manera innecesaria, es decir, no incurre en alargamientos abusivos con la aplicación de medios desproporcionados que solamente producen sufrimientos adicionales.

Por su parte, Luis Fernando Niño, indica que *la ortotanasia representa el derecho a morir de manera digna y paralelamente, como la exigencia de carácter ético de auxiliar a quien procura hacer valer ese derecho...*<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> SOTELO, SALGADO Cipriano, *Op. cit.*, p. 112.

<sup>10</sup> SÁNCHEZ, C. DE MIGUEL y A. LÓPEZ ROMERO, *Op. cit.*, p. 209.

<sup>11</sup> NIÑO, Luis Fernando, *Eutanasia: morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales*, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina,

Tanto la ortotanasia, como la distanasia, surgieron para distinguirse de la eutanasia. En la primera, observamos que se trata de acciones u omisiones que causan la muerte, pero no tienen la intención de matar, p.e.: cuando a un paciente se le administran dosis adecuadas de fármacos para mitigar el dolor, en algunos casos la consecuencia es acortarle el tiempo de vida, o cuando el mismo paciente renuncia a terapias que retrasan de manera forzosa la muerte, aun a costa del sufrimiento del paciente, como en el caso de mi amiga Carolina.

### **C. Distanasia**

También del griego *dis* que significa mal y *thánatos*, que como ya se dijo se trata de muerte, es decir, una mala muerte; se piensa que esta definición es contraria a la de eutanasia, toda vez que:

*Consiste en retrasar lo más que se pueda el advenimiento de la muerte y por todos los medios posibles aunque no haya esperanza alguna de curación y aun cuando ello signifique añadir más sufrimientos al moribundo, y que, obviamente, no evitarán la muerte, sino sólo la aplazarán en condiciones lamentables para el enfermo. Esto es lo que se ha llamado también encarnizamiento terapéutico.*<sup>12</sup>

Otra definición nos es obsequiada por Miguel Sánchez y A. López Romero, que indican que es lo contrario a la eutanasia, pues se trata de la prolongación inútil de una vida agonizante, con la intención de alejar en todo lo posible el momento de la muerte, a través de los medios técnicos al alcance, aunque no exista esperanza de curación.<sup>13</sup>

---

reimpresión, 2005, p. 86.

<sup>12</sup> GÓMEZ GRANADOS, *Op. cit.*, p. 9.

<sup>13</sup> SÁNCHEZ, C. DE MIGUEL y A. LÓPEZ ROMERO, *Op. cit.*, p. 209.

Podemos advertir, que la distanasia en el mundo médico tal como ya se comentó, es habitualmente conocida con el término de encarnizamiento terapéutico, es decir, el establecimiento de acciones médicas con la única finalidad de prolongar la vida del paciente, cuando el proceso de muerte es irreversible e inevitable.

#### **D. Suicidio Asistido**

Miguel Sánchez y López Romero, indican que se trata de *la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido;*<sup>14</sup> sin embargo, como se verá en la parte de Derecho Comparado, no son únicamente los médicos los que pueden asistir la muerte de una persona.

Por su parte, Antonio Berinstain comenta que tal vez la mayoría de los tratadistas, admiten que en determinadas circunstancias pueden darse motivos suficientes, para un suicidio oblativo, es decir, cuando se entrega la vida en favor de familiares o amigos, y en tal caso, se tiene que analizar cada supuesto antes de emitir el juicio aprobatorio o condenatorio.<sup>15</sup>

Al suicidio asistido también se le ha denominado como ayuda al suicidio, autoeutanasia o muerte asistida, pues en realidad se trata de un suicidio solicitado por el propio enfermo terminal, que al no poder ejecutarlo por sí mismo solicita que alguien le asista, en base a estas consideraciones, para algunos autores no se trata propiamente de una forma de eutanasia y para otros, se trata de un supuesto derecho al suicidio; un caso muy sonado fue el del español tetrapléjico por 35 años, Ramón San Pedro, historia que se escenificó en la película española *Mar Adentro*.

---

<sup>14</sup> SÁNCHEZ, C. DE MIGUEL y A. LÓPEZ ROMERO, *Op. cit.*, 209.

<sup>15</sup> BERISTAIN, Antonio, *Op. cit.*, p. 6.

Otro caso real que tuvo la historia de la humanidad, en materia de suicidio asistido, fue el Dr. Jack Kevorkian, médico de origen armenio, conocido en los noventas como el *Dr. Muerte*, egresado de la University of Michigan Medical School, quien ayudó a morir a más de 130 enfermos terminales. En 1991, se le retiró su licencia para ejercer como patólogo. La asistencia suicidio, la llevaba a cabo a través de dos métodos que inventó: una máscara de gas conectada a una botella de monóxido de carbono y un mecanismo de autoinyección que contenía una droga mortal (Thanatron).

El Dr. Muerte fue declarado inocente en varios juicios, debido a que algunos de los integrantes del jurado simpatizaban con su causa; sin embargo, en 1998 aplicó una inyección letal a Thomas Youk, que padecía esclerosis lateral amiotrófica, grabando el momento en que lo lleva a cabo, en él reta a las autoridades a que lo encarcelen, constituyéndose como prueba plena de su participación, por lo que fue condenado a una pena de 10 a 25 años, por homicidio.<sup>16</sup> En 2007, debido a lo avanzado de su edad (79 años) y a su salud, le permiten salir en libertad bajo palabra, tras haber estado 8 años en la cárcel. El 15 de enero de 2008, dio una conferencia en la Universidad de Florida, en donde señaló que su finalidad de sus acciones, era evitar el sufrimiento a los pacientes y no matarlos. El 12 de marzo de 2008, anunció su postulación al Congreso de Michigan como candidato independiente.

De estas definiciones, es importante señalar que como afirma Couceiro, que tanto la eutanasia como el suicidio asistido implican forzosamente una acción que se lleva a cabo de manera directa y voluntaria, cuya finalidad es acabar definitivamente con el sufrimiento de un enfermo terminal, a través de un acto que pone fin a su vida biológica.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> *Deben acusarme. Si no lo hacen, se entenderá que no creen que se trate de un crimen. No necesitan más pruebas, ¿o sí?*, dijo desafiante en el video que fue emitido por las televisiones de E.U.

<sup>17</sup> COUCEIRO, Azucena, *La sedación de los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos*, en Bayés R, Ed. Ética y sedación al final de la vida. Barcelona: Fundació Victor Grifols i Lucas, Barcelona, España, 2003, p- 29-

Podemos resumir, que en el caso de enfermos terminales se hace referencia a eutanasia, cuando se acelera la muerte; ortotanasia, cuando se trata de la acción u omisión consciente, que trae como consecuencia inevitable la muerte; distanasia cuando se prolonga de manera innecesaria la vida; y, suicidio asistido, cuando alguien ayuda a morir a quien se lo ha solicitado.

## **E. Cuidados Paliativos**

En este apartado, nos toca revisar el concepto de cuidados paliativos, por la implicación trascendental que tienen sobre el tema que analizamos, pues como podemos ver de las definiciones anteriores, unos adecuados cuidados paliativos pueden hacer que las personas con enfermedades terminales, desistan de la intención de morir cuando se le apoya con la disminución del dolor, la atención adecuada, la paciencia y el amor que todo ello requiere.

Miguel Sánchez y López Romero definen los cuidados paliativos como *aquellos cuidados activos totales destinados a enfermos con procesos avanzados e incurables y a sus familiares con especial atención al confort y a la calidad de vida. Es función de los médicos y de todos los profesionales sanitarios aliviar el dolor y el sufrimiento de los enfermos que están en una fase terminal. Estos enfermos tienen el derecho a recibir asistencia de calidad, soporte psicológico y ayuda social que contribuyan a humanizar el proceso de su muerte. Es preciso asegurar que las personas que hacen una solicitud de eutanasia hayan recibido la información y el ofrecimiento de estos cuidados paliativos.*<sup>18</sup>

Por su parte, Oscar E. Garay al hablar de cuidados paliativos incorpora la obligación humanitaria de los profesionales de la medicina, al indicar que deben otorgar

---

58, [Documento en línea], [México, citado el 12 de Enero de 2009], formato pdf, disponible en línea: [www.fundaciogrifols.org/docs/pub9%20esp.pdf](http://www.fundaciogrifols.org/docs/pub9%20esp.pdf)

<sup>18</sup> SÁNCHEZ, C. DE MIGUEL y A. LÓPEZ ROMERO, *Op. cit.*, p. 209.

todos aquellos objetivos terapéuticos con la finalidad de una calidad de vida y de muerte en pacientes con enfermedades crónicas sin expectativas de curación o restitución *ad integrum*. De tal manera, que el médico no debe renunciar a su misión humanitaria, sirviendo al paciente, brindando precisamente medicina paliativa, antes de la cura, ya que ésta le brindará confort y calidad de vida a los enfermos en etapa terminal.<sup>19</sup>

La Organización Mundial de la Salud, ha señalado que los cuidados paliativos *son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.*

*Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.*<sup>20</sup>

Estos cuidados paliativos, como lo señala el Dr. Roberto Levín, comprenden el buen control del dolor y otros síntomas (que se encuentre lo más asintomático posible); buena comunicación (que el enfermo y sus familiares conozcan por parte del médico el diagnóstico); apoyo psicosocial (con la finalidad de que el enfermo y su familia trabajen el dolor, la pérdida y todas las emociones que surgen por la enfermedad terminal) y trabajo en equipo (de los profesionales médicos y no médicos que intervienen en el cuidado del enfermo).<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> GARAY, Oscar E., *Derechos Fundamentales de los Pacientes*, Edit. Ad-Hoc, Buenos Aires, Argentina, 2003, p. 327.

<sup>20</sup> LEVÍN, Roberto, Cuidados Paliativos: Principios Generales, en *Guías para el Manejo Clínico*, Organización Panamericana para la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Cuidados Paliativos*, [Documento en línea], [México, citado el 15 de Febrero de 2009], formato htm, disponible en línea: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.htm>, p. 3.

<sup>21</sup> LEVÍN, Roberto, *Op. Cit.*, p. 3-8.



En consecuencia, podemos señalar que se trata de aquellos cuidados que de manera integral, sirven al enfermo terminal para sentirse lo mejor que sea posible por el tiempo que le resta de vida, pero que a toda costa deben estar presentes los derechos humanos, pues en muchas ocasiones al conocer que a la persona no le queda mucho tiempo de vida, el personal poco capacitado o inconscientes del manejo de una vida humana, los tienen en el abandono y no les brindan los cuidados necesarios.

Como se puede observar, los cuidados paliativos son un punto clave en el tema de la eutanasia, toda vez que si el enfermo terminal tiene el dolor controlado y un seguimiento adecuado, se encuentra asintomático, y en general se siente bien, no se deprimirá, ni tendrá crisis de ansiedad y en consecuencia, no pensará en morir.

Desafortunadamente, en países como el nuestro en donde el sistema de seguridad social es de mala calidad, obviamente los cuidados paliativos en la práctica son casi inexistentes, debido a lo sobrepoblado de estas instituciones. Es un contenido al que no se le ha dado la importancia que reviste, tan es así que en la actualidad en nuestro país no contamos con ninguna norma oficial (NOM) sobre cuidados paliativos (se encuentra en proyecto) y la incorporación del Título Octavo Bis *De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal*, de la Ley General Salud, se publicó en el D.O.F. el 5 de enero del presente año, pretendiendo regular este vasto tema en tan sólo trece artículos, resultando insuficientes; sin embargo, no se puede seguir postergando su cumplimiento, pues como podemos ver existen normas internacionales que obligan a su observancia por la importancia que representan.

La Ley General de Salud se refiere a ellos, como el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales. Tienen por objeto (artículo 166 Bis):

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;*
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;*
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;*
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;*
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y*
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.*

Por otro lado, los enfermos terminales tienen derecho a: recibir atención médica integral; ingresar a las instituciones de salud cuando así lo requieran; dejar la institución de salud en que esté hospitalizado; recibir un trato digno y profesional procurando preservar su calidad de vida; recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar; dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos; solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor; renunciar, abandonar o negarse a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario; optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular; designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para que cuando esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación; recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él o persona de su confianza, así como los demás que señalen las leyes (artículo 166 Bis 3).

Finalmente comentaremos, que la obligación por parte del Estado de otorgar cuidados paliativos, surge en el

momento en el que se diagnostica el estado terminal de su enfermedad (artículo 166 Bis 9).

## **F. Testamentos Vitales, Voluntad Anticipada o Documento de Disposiciones Previsoras.**

El año pasado se publicó la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y la Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila, las cuales hacen referencia a los testamentos vitales, voluntades anticipadas o documento de disposiciones previsoras, pero ¿qué son? y ¿para que sirven?, lo estudiaremos a continuación:

Xavier Hurtado indica que los testamentos vitales *consisten en expresar la voluntad anticipada de una persona respecto a la forma que desea ser médicamente asistida en caso de no poder hacerlo en el momento oportuno por haber devenido en incapacitada. Generalmente se trata de instrucciones acerca de suspender cualquier tratamiento diseñado para prolongarle la vida cuando el proceso de muerte es irreversible;*<sup>22</sup> señala que en cuanto a la forma, no son solemnes, toda vez que en la mayoría de países en los que existen, sólo basta la presencia de dos testigos que acrediten el deseo del enfermo de ser privado de su vida, que hagan constar que lo hacen por propia voluntad y que el que lo otorga se encuentra con facultades mentales para así decidirlo.

En algunos lugares del mundo, se exige como requisito que los testigos no sean familiares, toda vez que pudieran dar falso testimonio o influir en la decisión del enfermo terminal; pero por otro lado, se le pide al testador que le entregue una copia del mismo a su familia o al médico tratante e incluso, en algunos lugares del mundo existen asociaciones que se encargan de que se cumpla la voluntad del testador, siendo

---

<sup>22</sup> HURTADO OLIVER, Xavier, *El Derecho a la Vida ¿Y a la Muerte?, Procreación Humana, Fecundación in vitro, clonación, eutanasia y suicidio asistido, problemas éticos, legales y religiosos*, segunda edición, Editorial Porrúa, México, 2000, p. 163.

precisamente estas organizaciones las que dieron el impulso legal para que se regulara al respecto. De manera adicional, el enfermo puede designar un apoderado, a quien le otorga facultades para que tome decisiones sobre su voluntad, en caso de que devenga alguna incapacidad mental o en su defecto, se encargue de vigilar que su voluntad sea cumplida al pie de la letra.

Por su parte, Miguel Sánchez y A. López definen las voluntades anticipadas como *la expresión de los deseos, prioridades o decisiones de una persona formulados de forma anticipada en previsión de que, en un momento dado, la situación de incapacidad en que se encuentre no le permita manifestarlos. Se trata de una forma de poder continuar ejerciendo el derecho a ser respetado con los valores propios y asegurar que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de mayor vulnerabilidad. El otorgamiento se puede hacer mediante un documento.*<sup>23</sup>

Como podemos observar, bajo el nombre de testamentos vitales, voluntad anticipada o documento de disposiciones previsoras, se ha denominado al documento que otorga una persona, generalmente ante la presencia de dos testigos y la autoridad sanitaria, para que se haga respetar su voluntad, acerca de la manera en que quiere que sea manejada médicamente, en el caso de que por sí mismo, no pueda manifestarlo por haber sobrevenido una incapacidad mental, en el mismo puede designar a un representante que haga que se respete su voluntad, los cuales son revocables.

Es importante destacar, que estos testamentos han servido también para asentar la voluntad de los enfermos acerca de la donación de órganos, incluso, pudiendo en algunos países señalar exactamente qué órganos desea donar y cuáles no, lo cual considero muy importante, pues esto ayuda a que muchas personas que están esperando algún órgano, salven su vida, tal como lo veremos más adelante.

---

<sup>23</sup> SÁNCHEZ, C. DE MIGUEL y A. LÓPEZ ROMERO, *Op. cit.*, p. 210.

## II. Argumentos

La mayoría de los autores que han estudiado la eutanasia, señalan como argumentos a favor y en contra, los siguientes:

### A. A favor:

- ✓ Se trata de suprimir la vida de pacientes incurables, en fase terminal o de quienes padecen daño cerebral irreversible, que por su situación viven en condiciones poco humanas, por lo que se trata de una manifestación de solidaridad y compasión.
- ✓ Toda persona tiene derecho a una muerte digna, sobre todo los enfermos terminales, debido a los dolores insoportables que sufren. Dentro de este apartado comentaremos, que mucho se ha discutido sobre si se trata de un derecho, pues los que están a favor arguyen un derecho a la libertad y autonomía que posee, tal como lo veremos más adelante.
- ✓ Al ser una cuestión que existe en la realidad, como sucede con el aborto, es necesario legalizar su práctica, con la finalidad de que salga de la clandestinidad. Dentro de este punto, considero que quien tiene la firme determinación de no seguir viviendo, lo logrará a como dé lugar, p.e: dejar de alimentarse, dejar de recibir el tratamiento sugerido, tomando pastillas, etc.
- ✓ Dejar de vivir una vida que ya no tienen sentido, por no tener calidad y porque consideran que son una carga para su familia y la sociedad en su conjunto.
- ✓ Los defensores de la eutanasia, señalan que vivir drogado, como lo hacen la mayoría de los enfermos terminales, para poder soportar los dolores que les aquejan, no es vivir dignamente.
- ✓ Puede haber casos en que la ciencia desconozca el método para curar determinadas enfermedades

mortales de recién descubrimiento, por lo que la eutanasia se convierte en la opción de salida.

- ✓ La sociedad tiene derecho a eliminar a los enfermos mentales, a los incurables y a los peligrosos delincuentes. Esto lo considero no aplicable en los dos primeros casos, pues si así fuera predominaría la ley del más fuerte en todos los sentidos, sin darle ningún valor a la vida humana, equivocándonos como lo hizo Hitler al eliminar a los débiles y tal como lo sugirió en algún momento Nietzsche.

Respecto a la pena de muerte para delincuentes peligrosos, como medida ejemplar y preventiva del delito, puede ser argumento suficiente para derribar la posición de la Iglesia hacia el tema de la eutanasia, toda vez que satanizan su despenalización y no lo hacen en tal magnitud con la pena de muerte. A continuación transcribo algunos fragmentos del documento denominado *Pena de Muerte - Posición de Muerte del Papa*, escrito por Colin B. Donovan, Vicepresidente de Teología en EWTN, Licenciado en Teología Sagrada, con especialización en teología moral en la Universidad Pontificia de Santo Tomás de Aquino en Roma:

*La enseñanza de la Iglesia, no ha cambiado, ni el Papa ha dicho que lo ha hecho. El Catecismo y el Papa afirman que el estado tiene el derecho de aplicar la pena de muerte. Las naciones tienen derecho a una guerra justa y los individuos tienen derecho a su auto-defensa. ¿Quiere esto decir que algunos o todos los usos de la violencia para uno defenderse ante un criminal, o una nación criminal, están justificados? No, y la mayoría de las personas así lo entienden...*

...

*1. La pena capital es un derecho del estado. Este es el principio que enseña la Iglesia. El Papa no lo niega, pero*

*ni Santo Tomás ni ningún texto del Magisterio presume que esto otorga al estado un derecho ilimitado para hacer leyes capitales y ejecutarlas. Es inherente a una ley de pena de muerte justa, que exista una proporción entre tomar la vida del criminal y el beneficio esperado al bien común.*<sup>24</sup>

No estoy ni a favor de una, ni de la otra, pues mi intención no es adoptar una posición, sino dar elementos al lector para que se forme su propio criterio; sin embargo, en un país como el nuestro, tan corrupto, tanto la eutanasia como la pena de muerte son temas muy delicados, pues sabemos con base en los hechos cómo se manejan: las agencias del Ministerio Público, los jueces penales, algunos magistrados, eso aunado a un defectuoso sistema penal, pues estamos perdidos, pues ¿quién nos puede asegurar que al autorizarse la pena de muerte, no se van a capturar a chivos expiatorios y que gente inocente muera? Lo único que puedo observar, es la diferencia tan marcada de la Iglesia hacia un tema y el otro, yo me pregunto ¿a qué se deberá?, ¿qué intereses de la Iglesia estarán inmersos?... no lo sé, usted qué cree que pueda ser?...

## **B. En contra:**

- ✓ No se trata de un derecho humano, toda vez que no está contemplado en ningún instrumento internacional como tal. Y el derecho a la autonomía personal que se argumenta, no es superior al deber del Estado de amparar la vida de los individuos.
- ✓ La eutanasia es un rechazo a la importancia y el valor de la vida humana.
- ✓ Puede provocar abusos: que se lleve a cabo por otros motivos que no sea por compasión y humanidad hacia el enfermo; que la ley no prevea determinadas

---

<sup>24</sup> DONOVAN, Colin B., STL, *Pena de Muerte EWTN*, Global Catholic Network, Faith, [Documento en línea], [México, citado el 18 de Febrero de 2009], formato htm, disponible en línea:

[http://www.ewtn.com/spanish/preguntas/pena\\_de\\_muerte\\_posicion\\_del\\_Papa.htm](http://www.ewtn.com/spanish/preguntas/pena_de_muerte_posicion_del_Papa.htm)

situaciones en perjuicio del paciente o que sea interpretada a conveniencia de otras personas; que los enfermos se sientan presionados para que tomen la decisión de morir o que sea una forma de acabar con los enfermos terminales, reduciendo los costos del sector salud, y en consecuencia, que se llegue a realizar de manera involuntaria.

- ✓ La ética médica se ve seriamente afectada, ya que de acuerdo con el Juramento Hipocrático se debe eliminar el dolor, no al enfermo.
- ✓ Se considera que dificulta la relación médico-paciente y la relación paciente-familiares.
- ✓ Hace que se desincentive la inversión por parte del Estado en cuidados paliativos y en tratamientos para el dolor.
- ✓ Hace más difícil la labor de los terapeutas de minusválidos, de personas que se encuentran en depresión y en general con los enfermos, pues su trabajo se ve saboteado por la opción de eutanasia, que de legalizarse parece una atractiva salida para el enfermo y quien sufre de dolores insoportables.
- ✓ Puede generar que se solicite por personas deprimidas, trastornadas mental o emocionalmente. Los ancianos pueden sufrir de trastornos mentales por lo avanzado de la edad, sufrir ansiedad y depresión que los lleva a querer morir.
- ✓ Se puede convertir en un fenómeno contagioso, pues al suicidarse una persona deprimida, otras personas pueden anhelar su comportamiento.
- ✓ Se considera que tenderá a eliminar de la sociedad a los pobres y débiles, pues al ser promocionada entre las clases más pobres, los cuidados paliativos, podrían convertirse un lujo y sólo podrán ser pagados por la gente que cuente con medios económicos para ello.
- ✓ No evita que se sigan practicando eutanasias de manera clandestina, pues aun con los cuidados que



podiera establecer la ley, podrían suceder cosas como: dar autorizaciones sin examinar al paciente, aplicar la ley de manera inadecuada o existir fraude a la ley de manera generalizada.

- ✓ Si la eutanasia es despenalizada, la decisión de recibir cuidados paliativos, hará que muchas personas se sientan culpables por no elegir morir y dejar de ser una carga para la familia o quien se haga cargo de ellos.
- ✓ Se puede llegar a aplicar a gente que ya no quiere vivir, aunque no tenga razones físicas para solicitarlo.

### **III. ¿Existe un derecho a morir?**

No podemos evitar revisar el tema sobre si los individuos tenemos un derecho a morir, pues las personas que se encuentran a favor de la eutanasia argumentan el derecho a morir, por eso nos preguntamos ¿si legalmente existe dicho derecho? Para algunos autores, la muerte no es un derecho, sino una consecuencia natural de la vida, pues somos finitos; sin embargo, los países más desarrollados lo enmarcan dentro del derecho que tenemos los seres humanos de disponer de nuestro cuerpo, sin que para ello intervenga el Estado, consideran que vivir la vida es un derecho más no una obligación.

La explicación que dan para asegurar que el enfermo terminal tiene derecho a una muerte digna, lo fundamentan en el derecho que tiene al decidir sobre su cuerpo, cuando autoriza a los médicos a prescindir de procedimientos o medicamentos, sin que ello signifique abandonar el apoyo profesional y el control del dolor, pues el enfermo tiene la potestad de decidir parar o continuar con el tratamiento o medicación.

Este derecho del paciente terminal a decidir sobre su cuerpo, se encuentra plasmado en instrumentos nacionales e internacionales; en nuestro país, el artículo 166 Bis 3 de la Ley General de Salud, advierte:

*Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:*

...

*III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;*

...

*VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;*

...

*VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;*

...

Nos encontramos, tal como lo señalamos ante una encrucijada, en torno a si se trata de un derecho o no, podríamos llenar este trabajo de argumentos sin llegar a nada, lo cual no es nuestro objetivo, sólo quiero comentar que en lo personal, el fundamento que me parece más lógico, es el que indica que la vida se puede entender como un derecho, pero no como una obligación, entendiéndolo como en el caso de Carolina, que quien decida dejar de vivir lo va lograr a como dé lugar, ya sea dejándose de alimentar, no permitiendo continuar con un seguimiento médico o pidiendo que le den más droga para soportar el dolor, aun esté consciente de que ello puede acelerarle la muerte.

Lo que debemos recalcar, es que si se despenalizara la eutanasia estas personas no sufrirían tanto tiempo en la antesala de la muerte, lo delicado es establecer diversos candados legales, que aseguren que no habrá abusos, pues en

razón a los excesos que se pueden generar, es que muchos países no han querido despenalizarla, p.e.: se asegura que en Holanda se ha aplicado de manera indiscriminada en niños con síndrome de Down o retraso mental y en adultos, sin que exista una petición del propio enfermo terminal, en este último caso, le permite al Estado reducir considerablemente sus gastos en seguridad social de estos enfermos.

#### **IV. La Eutanasia dentro del Código Penal Federal**

La eutanasia en nuestro país está penalizada, el Código Penal Federal considera como delito el suicidio asistido y aunque se considera como homicidio piadoso, se persigue de oficio y la pena es menor a la que se establece para el homicidio simple intencional (12 a 24 años),<sup>25</sup> pues la ayuda que se presta al enfermo terminal no se hace de manera dolosa, sino con la intención de aliviar su sufrimiento y a petición del propio enfermo; sin embargo, cuando se trata de un menor o enfermo mental la pena se agrava y se le da el tratamiento de homicidio calificado (30 a 70 años).<sup>26</sup>

*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.*

*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.*

---

<sup>25</sup> Artículo 307 Código Penal Federal.

<sup>26</sup> Artículo 320 Código Penal Federal.

## DESCRIPCIÓN DEL DELITO DE AYUDA AL SUICIDIO

BIEN JURÍDICO TUTELADO	LA VIDA HUMANA
SUJETO ACTIVO	MÉDICOS, FAMILIARES, AMIGOS O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE COMETA EL DELITO
SUJETO PASIVO	ENFERMO TERMINAL (TITULAR DEL BIEN JURÍDICO TUTELADO)
OBJETO MATERIAL	EL CUERPO HUMANO
EL HECHO	VOLUNTAD DOLOSA (QUERER PRIVAR DE LA VIDA POR RAZONES HUMANITARIAS), ACTIVIDAD (CUALQUIERA QUE SEA LA ADECUADA PARA PRIVAR DE LA VIDA A UN SUJETO), RESULTADO MATERIAL (LA MUERTE) Y DE UN NEXO CAUSAL (EL QUE EXISTE ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL RESULTADO OBTENIDO)
ELEMENTO SUBJETIVO	SENTIMIENTO DE PIEDAD Y HUMANIDAD POR EL ENFERMO TERMINAL
LESIÓN DEL BIEN JURÍDICO	DESTRUCCIÓN DE LA VIDA HUMANA POR RAZONES HUMANITARIAS
VIOLACIÓN DEL DEBER JURÍDICO PENAL	VIOLACIÓN DE LA PROHIBICIÓN DE PRIVAR DE LA VIDA DOLOSAMENTE, AUNQUE SEA POR RAZONES HUMANITARIAS
FINALIDAD	MATAR PARA ACABAR CON EL SUFRIMIENTO DEL ENFERMO TERMINAL

El tipo penal se clasifica en simple, porque el único bien jurídico tutelado es la vida; en base al sujeto activo, en especial y monosubjetivo; en relación al sujeto pasivo, en personal y monosubjetivo; en relación al hecho, se trata de una acción dolosa, unisubsistente, plurisubsistente, instantáneo, de resultado material, sin modalidades y de formulación libre.

Finalmente, comentaremos que en el libro de Cipriano Sotelo, publicado en 2004, indicaba que en los Códigos Penales de los Estados de: México, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Hidalgo, Sonora y Zacatecas, no se encontraba tipificado el suicidio asistido;<sup>27</sup> por lo que revisé los códigos de dichas entidades, concluyendo que en la actualidad el suicidio asistido se encuentra regulado en todo el país, en algunos Estados le dan la calidad de delito grave y en otros, se agrava cuando se trata de menores o incapacitados.

A continuación revisaremos la Ley de Voluntad Anticipada, recientemente aprobada para el Distrito Federal, así como su reglamento, la cual considero un gran avance dentro de nuestro objeto de estudio, siempre y cuando, como ya se comentó, se garantice se aplique apegado a derecho y respetando la libre voluntad de cada individuo.

## **V. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su Reglamento**

El 7 de enero de 2008, fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal la Ley de Voluntad Anticipada, la cual contiene 47 artículos; y su reglamento, fue publicado el 4 de Abril de 2008 y consta de 40 artículos.

A continuación revisaremos el contenido de la ley, pero antes quisiera mostrar los resultados de una encuesta que hizo Consulta Mitofsky, de lo que opinan los mexicanos sobre la legalización de la eutanasia y la muerte asistida, la cual me pareció interesante:

---

<sup>27</sup> SOTELO SALGADO, Cipriano, *Op. cit.*, p. 354.

**ESTARÍA DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON QUE SE LEGALIZARA LA MUERTE ASISTIDA O EUTANASIA EN MÉXICO<sup>28</sup>**

<b>SEXO</b>	<b>ACUERDO/ EN PARTE</b>	<b>DESACUERDO/ EN PARTE</b>	<b>NS/ NC</b>	<b>TOTAL</b>
HOMBRE	57.6	40.4	2.0	100.00
MUJER	54.2	43.8	2.0	100.00
<b>EDAD</b>				
18-29 AÑOS	66.8	32.1	1.1	100.00
30-49 AÑOS	53.7	43.7	2.6	100.00
50 Y MÁS	41.8	55.6	2.6	100.00
<b>ESCOLARIDAD</b>				
NINGUNA Y PRIMARIA	34.6	59.7	5.7	100.00
SECUNDARIA Y PREPARATORIA	56.6	42.3	1.1	100.00
UNIVERSIDAD Y MÁS	65.1	33.0	1.9	100
<b>TOTAL</b>	<b>55.8</b>	<b>42.2</b>	<b>2.0</b>	<b>100</b>

<sup>28</sup> Tomando de Consulta Mitofsky, Eutanasia, tendencias predominantes en estudios de opinión, Abril, 2007, [Documento en línea], [México, citado el 9 de Enero de 2009], formato pdf, disponible en línea: <http://74.125.95.132/search?q=cache:JcvHxtlIDX8J:www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/92059/264607/file/Eutanasia.pdf+Consulta+Mitofsky+Los+temas+que+dividen+eutanasia&cd=5&hl=e&ct=clnk&gl=mx> p. 30.

La encuesta fue realizada vía telefónica a 500 mexicanos y publicada en Julio de 2005; se realizó después de que el PRD presentara una iniciativa ante la Cámara de Diputados, de la que se concluye que la mayoría de los encuestados están a favor, 55.8% y en contra el 42.2%; de manera adicional, los hombres, los jóvenes y las personas con mayor nivel educativo, son los que están más a favor de esta medida, y los que presentan un porcentaje menor son las mujeres, los adultos mayores y las personas con menor escolaridad.

En cuanto a la ley, indicaremos que como su nombre lo indica, sólo es aplicable en el Distrito Federal, es de orden público e interés social y tiene por objeto regular la voluntad de cualquier persona *respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural (Artículo 1°).*

Es decir, de acuerdo con las definiciones que estudiamos en el apartado I. del presente trabajo, la ley señala que sólo aplica en materia de ortotanasia, permitiendo al paciente terminal negarse al encarnizamiento terapéutico, buscando respetar su dignidad, otorgando los cuidados paliativos, las medidas mínimas ordinarias, tanatológicas y en todo caso, la sedación controlada,<sup>29</sup> pero que bajo ninguna circunstancia faculta para acortar la vida de algún individuo de manera intencional.

La ley libera de responsabilidad civil, penal o administrativa, al solicitante, al profesional o al personal de salud, siempre y cuando actúen apegados a lo que la misma establece. En este sentido, fue necesario reformar el Código

---

<sup>29</sup> La ley la define a la sedación controlada, como *la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste (Artículo 3).*

Penal para el Distrito Federal,<sup>30</sup> para establecer que las conductas realizadas de acuerdo con la ley, no serán consideradas como homicidio, ayuda al suicidio, u omisión de auxilio o cuidado. En este sentido, las disposiciones penales para el distrito federal, quedaron redactadas de la siguiente manera:

*Artículo 127. Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años.*

*Los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.*

*Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.*

*Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente para los efectos del cumplimiento de las*

---

<sup>30</sup> El 8 de Enero de 2008, se adicionaron los párrafos segundo y tercero al artículo 127, el artículo 143-Bis y el artículo 158-Bis.



*disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.*

*Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.*

*Artículo 158 Bis. En los supuestos previstos en el artículo 156 y primer párrafo del artículo 158, no integran los elementos del cuerpo del delito de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por el personal de salud para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.*

*Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.*

Continuando con el contenido de la ley, en cuanto a la formalidad con la que debe cumplir la voluntad anticipada, se establece que puede realizarse mediante un *Documento de Voluntad Anticipada*,<sup>31</sup> suscrito ante Notario Público o llenar el “Formato de Voluntad Anticipada” expedido por la Secretaría de Salud, cuando el paciente se encuentre imposibilitado de

---

<sup>31</sup> Este documento puede ser suscrito por cualquier enfermo en etapa terminal; por sus familiares u otras personas, cuando el enfermo no pueda expresar su voluntad; y por sus padres o tutores, en el caso de menores de edad.

hacerlo ante Notario Público. Este documento, al igual que en otros países, tal como ya se comentó, sirve para que las personas indiquen si desean donar sus órganos.

Los notarios tienen la responsabilidad de dar aviso a la Secretaría de Salud, a través de la Coordinación Especializada de los Documentos de Voluntad Anticipada que ante ellos se suscriban; a su vez, esta Coordinación dará aviso al Ministerio Público.

El solicitante podrá nombrar a un representante, cargo que desempeñara de manera gratuita; cualquiera de ellos deben entregar el documento de voluntad anticipada al personal de salud y solicitar se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento.

En la historia clínica se debe asentar que el enfermo se encuentra en etapa terminal, así como toda información y constancias de ello, hasta que fallezca, se deben incluir los cuidados paliativos, las medidas mínimas ordinarias, la sedación controlada y el tratamiento tanatológico que se le otorgue.

El personal de salud que tenga creencias religiosas o convicciones personales que sean contrarias a la ley, podrán ser objetores de conciencia y excusarse de intervenir en la realización de actos que tengan como finalidad cumplimentar las disposiciones de la voluntad anticipada. La Secretaría de Salud debe asegurarse de que se cuente con el personal no objetor de conciencia suficiente, para verificar el cumplimiento de la voluntad del enfermo terminal.

La ley establece como prohibición al personal de salud de que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia suministre medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional la muerte del enfermo terminal.

Ya una vez que el documento cuente con la fe del Ministerio Público el solicitante o su representante deben entregarlo al personal de salud, quien lo integrará a su expediente para que se dé cumplimiento, además de que el

personal queda obligado a detallar en el historial médico del paciente todo lo que se le realice hasta terminar con el proceso.

Como en cualquier acto jurídico, el documento de Voluntad Anticipada, podrá anularse cuando la voluntad del solicitante esté viciada; es decir, que se realice bajo amenazas, por dolo o fraude; que no contenga de forma clara la voluntad de la persona o no se realice de acuerdo con las formalidades que establece la ley.

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal obliga a la Secretaría de Salud a garantizar en sus diversas instituciones la voluntad anticipada de quien la desee; además de quedar obligada a ofrecer atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, así como emitir los lineamientos para aplicar esta normatividad en las instituciones privadas de salud.

La Coordinación Especializada es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto velar por el cumplimiento de la ley en las instituciones de salud, así como encargarse de los trasplantes y donación de órganos y tejidos de los pacientes.

Por su parte, el jefe de gobierno tiene la facultad para suscribir convenios con el Colegio de Notarios, la Secretaría de Salud Federal, el Centro Nacional de Trasplantes y así como con los Centros Estatales de Trasplantes. En tal sentido, el 21 de mayo del 2008, celebró con el Colegio de Notarios del D.F. un convenio con la finalidad de que fedatarios brinden asesoría a la ciudadanía para el otorgamiento de los Documentos de Voluntad Anticipada a que se refiere la Ley y su Reglamento, con bajo costo.

A continuación presentamos las cifras de la Secretaría de Salud, respecto de los documentos de Voluntad Anticipada, que se han suscrito del 15 de febrero de 2008 al 17 de marzo de 2009:<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Datos proporcionados por la Secretaría de Salud, Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada, al 17 de marzo del 2009.

<b>PERSONAS</b>	<b>EDAD</b>
01	20 a 30 años
08	31 a 40 años
05	41 a 50 años
29	51 a 60 años
45	61 a 70 años
39	71 a 80 años
15	81 a 90 años
<b>142</b>	<b>TOTAL</b>

<b>PERSONAS</b>	<b>SEXO</b>
86	FEMENINO
56	MASCULINO
<b>142</b>	<b>TOTAL</b>

<b>PERSONAS</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
64	CASADOS
78	SOLTEROS
<b>142</b>	<b>TOTAL</b>

El Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de Abril de 2008, tiene por objeto regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en Instituciones Públicas y Privadas de Salud, y regula entre otras cosas:

Algunas definiciones no contempladas en la ley, como en el caso del Comité Hospitalario de Ética Médica, que es el grupo consultor interdisciplinario que se ocupa de verificar, avalar y hacer recomendaciones sobre el diagnóstico del enfermo en etapa terminal y la aplicación de la Voluntad Anticipada; también prevé que un representante para efectos de la ley, es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las

disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, entre otros.

Establece que en caso de que algún enfermo terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad, alguna de las siguientes personas en el orden establecido, podrá suscribir la Voluntad Anticipada: I. El o la cónyuge; II. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente. III. Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados; IV. Los padres o adoptantes; V. Los nietos mayores de edad; y VI. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

Por otro lado, señala que la expresión de la Voluntad Anticipada tiene como consecuencia:

- No someter al enfermo en etapa terminal a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida, protegiendo en todo momento su dignidad;
- Cumplir con lo establecido en el plan de manejo médico respecto a cuidados paliativos y en su caso sedación controlada; y
- Dar asistencia psicológica o tanatológica al paciente y sus familiares.

El Formato de Voluntad Anticipada, suscrito ante personal de salud de las instituciones públicas o privadas de salud, debe ser entregado a la Coordinación Especializada en un plazo no mayor a 48 horas (quien a su vez deberá notificarlo al Ministerio Público dentro de las 72 horas siguientes). Se le deberá anexar: copia de identificación oficial del enfermo o suscriptor y/o representante y de los testigos, resumen clínico, diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal con firma autógrafa y formato emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local, cuando la voluntad del enfermo en etapa terminal o suscriptor sea la de donar órganos. La Coordinación contará con un plazo de dos días hábiles para

notificar sobre la existencia de algún otro documento de Voluntad Anticipada. Si hubiere controversia, objeción institucional médica o familiar sobre la validez o contenido del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, se suspenderá su cumplimiento hasta que algún Juez o autoridad competente resuelva.

Es importante destacar que el personal de salud debe guardar confidencialidad y reserva respecto a las disposiciones de la Voluntad Anticipada, así como de la información que obtengan por motivo de su cumplimiento.

Los directivos de las instituciones públicas y privadas deben nombrar a un responsable encargado de recabar los documentos y datos del enfermo en etapa terminal o en su caso, de la persona que lo represente legalmente, para: i) llenar el Formato de Voluntad Anticipada sin abreviaturas, tachaduras o enmendaduras, ii) verificar la identidad del enfermo en etapa terminal y en su caso del suscriptor, iii) solicitar que exprese de modo claro su voluntad, iv) leer en voz alta el contenido del Formato para que el enfermo o el suscriptor confirme su voluntad se encuentra en los términos y condiciones manifestadas y iv) recabar las firmas del enfermo o el suscriptor y/o representante y los testigos.

Con el Formato de Voluntad Anticipada, se hace constar que: 1. El paciente fue diagnosticado médicamente en etapa terminal; 2. El enfermo en etapa terminal o el representante, fueron informados por el médico tratante del diagnóstico; 3. Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor, manifiesta de manera libre y consciente su voluntad para: a) no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar su vida; b) aceptar o no donar, órganos y tejidos.

Los documentos que deberán acompañar al Formato de Voluntad Anticipada son: 1. Copia de identificación oficial de los participantes; 2. Copia de su resumen clínico; 3. Copia, con firma autógrafa, del diagnóstico médico del enfermo en

etapa terminal; y 4. Copia del formato emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local, cuando la voluntad del enfermo en etapa terminal o suscriptor sea la de donar órganos, en su caso.

Podrán suscribir el Formato cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad y será obligación del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, atendiendo al siguiente orden de prelación: 1. El o la cónyuge; 2. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente; 3. Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados; 4. Los padres o adoptantes; 5. Los nietos mayores de edad; y 6. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

En el caso de los enfermos terminales menores de edad o con incapacidad legalmente declarada, pueden suscribir el formato y será responsabilidad del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, atendiendo al siguiente orden de prelación: 1. Los padres o adoptantes; 2. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor; o, 3. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

El enfermo terminal o suscriptor podrán hacer cambios en las disposiciones de Voluntad Anticipada, debiendo notificarlos, de inmediato y por escrito al directivo o responsable del establecimiento de salud.

El representante designado en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, una vez que sea notificado respecto al diagnóstico terminal del enfermo, es quien solicita al médico tratante o, en su caso, a los Directivos del establecimiento público o privado, para que den inicio al procedimiento de cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

El médico tratante con base en el expediente clínico tendrá la obligación de informar de forma veraz, completa y

comprensible al paciente y/o representante, las acciones y procedimientos médicos realizados, previos al diagnóstico de enfermo en etapa terminal; y una vez diagnosticado, informar el plan de manejo médico tendente al exacto cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

La Voluntad Anticipada no podrá ser suscrita cuando: i) se realice bajo amenazas contra el enfermo en etapa terminal o suscriptor; ii) se realice con el ánimo de obtener un beneficio o provecho del enfermo en etapa terminal; iii) no esté expresada claramente la voluntad del enfermo o suscriptor.

El personal de salud de las instituciones públicas y privadas de salud y los Comités Hospitalarios de Ética Médica, tienen las siguientes obligaciones: I. Emitir, suscribir y confirmar el diagnóstico del enfermo en etapa terminal; II. Validar ante la Coordinación Especializada la existencia del Documento o Formato de Voluntad Anticipada; III. Comenzar el manejo médico multidisciplinario del enfermo en etapa terminal; IV. Brindar apoyo para otorgar los cuidados y medidas necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada.

El médico tratante registrará en el expediente clínico del enfermo en etapa terminal el plan de manejo médico conforme a las notas de evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de estudios, indicaciones médicas y acciones realizadas para el cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

Finalmente, comentaremos que si existe la voluntad de donación de órganos y tejidos, la Coordinación Especializada informará a los Centros Nacional o Local de Trasplantes, para los efectos a que haya lugar.

Críticas que se han hecho a la ley y su reglamento:

- ⇒ Se considera que la ley es confusa, porque utiliza el término de ortotanasia como sinónimo de voluntades



anticipadas, cuando los autores han señalado conceptos diferentes para ambos y los alcances de cada uno son distintos.

- ⇒ Se indica que el término ortotanasia casi no se utiliza en el lenguaje médico por ser poco claro.
  
- ⇒ Se indica que en los instrumentos donde se expresan las voluntades anticipadas, se habla de: 1) No prolongar la vida por medios artificiales, es decir, se deja de hacer (eutanasia pasiva) y, 2) Suministrar los fármacos necesarios para aliviar los dolores del enfermo terminal, aunque se acorte la vida, es decir, hacer para acelerar la muerte (eutanasia activa), por lo que no sólo se trata de ortotanasia.

## **VI. Derecho Comparado**

A continuación revisamos algunos países en donde la eutanasia y el suicidio asistido han sido despenalizados, algunos donde alguna vez fueron aprobados y posteriormente, se volvieron a penalizar y otros en donde hay gran activismo y asociaciones que piden su legalización, pero que sin embargo no lo han logrado:

## SITUACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL DERECHO COMPARADO

PAIS	EUTANASIA	SUICIDIO ASISTIDO
Alemania	Penalizada	Penalizado y Despenalizado
Australia	Penalizada	Penalizado
Bélgica	Despenalizado	Despenalizado
Dinamarca	Penalizada	Penalizado
España	Penalizada	Penalizado
Francia	Penalizada	Penalizado
Holanda	Despenalizado (sólo se puede realizar por médicos y cumpliendo los requisitos de ley)	Despenalizado (sólo se puede realizar por médicos y cumpliendo los requisitos de ley)
México	Penalizada	Penalizada
Oregón, E.U.A.	Penalizada	Despenalizado
Reino Unido	Penalizada	Despenalizado
Suiza	Penalizada	Penalizada (la pena es de hasta 3 años, por ello es que muchas personas creen que está despenalizado)

### Alemania

La práctica eutanásica en este país, se dio de manera indiscriminada al iniciar la segunda guerra mundial con Hitler, quien la autorizó el 1° de septiembre de 1939, inicialmente ordenó eliminar a todos aquellos que se encontraran incapacitados y fueran incurables, pero posteriormente utilizó este programa *secreto* para eliminar a bebés, mujeres, niños y todo aquél que no fuera de raza aria.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> United States Holocaust Memorial Museum, Enciclopedia del Holocausto, [Documento en línea], [México, citado el 9 de Marzo de 2009], formato php, disponible en línea:  
<http://www.ushmm.org/wlc/article.php?lang=es&ModuleId=10007017>

Posteriormente, han existido varios intentos para que se despenalice la eutanasia; sin embargo, el Código Penal sólo castiga el homicidio a petición, o sea, la conducta de aquél que, a petición del paciente, pone fin a su vida de forma directa; pero no, por ejemplo, la de aquél que le proporciona los medios para hacerlo.

#### *216. Homicidio a petición*

*(1) Si alguien ha pedido a otro que lo mate por medio de expresa y seria petición, será castigado con prisión de seis meses a cinco años.*

*(2) La tentativa es punible.*

Es decir, el legislador alemán no ha penalizado nunca la colaboración al suicidio, no es fruto de un debate social, ni de una deliberación que haya conducido a una iniciativa legislativa en este sentido.

El problema se agrava cuando el paciente no está en condiciones de manifestar su voluntad por sí mismo, en tales condiciones, puede hacer uso de: el poder preventivo (Vorsorgevollmacht), de un representante o asistente, figuras que pueden ser nombradas previamente por el propio paciente o por un tribunal, en el caso en el que no haya tomado sus precauciones; todo esto tiene como finalidad respetar la autodeterminación del paciente en el momento en que se tenga que someter a un tratamiento.

Para que se haga el nombramiento definitivo como su representante legal, se requiere de una audiencia en donde esté presente el interesado y otros familiares; también se requiere de un dictamen médico, siempre y cuando sea para el caso de que el paciente no pueda manifestar su voluntad. En tal caso, el nombramiento del asistente es avalado por el Tribunal Supremo.

El enfermo también puede dar una determinada instrucción a su representante (Betreuungsverfügung), o disposición de última voluntad en relación con su situación

terminal. Esta figura no requiere que se comparezca ante el tribunal. Dicha instrucción tiene como finalidad velar por el bienestar del otorgante. Desde finales de los años 90 es obligatorio respetar las instrucciones previas. Existe la posibilidad de utilizar de manera combinada cualquiera de los medios que mencionamos.<sup>34</sup>

## **Australia**

En Darwin, territorio del norte de Australia que tenía 200,000 habitantes, en mayo de 1995 se legalizó la eutanasia voluntaria mediante *el acta de los enfermos terminales*, la cual estuvo en vigor y posteriormente, el 27 de marzo de 1997, la ley fue declarada ilegal por el Senado, con 38 votos a favor y 34 en contra. Durante su vigencia murieron cuatro personas por inyección subcutánea letal con la ayuda de una computadora.

Esta ley autorizaba el suicidio médicamente asistido, incluyendo el auxilio ejecutivo por parte del profesional, bajo ciertas circunstancias, pero a opinión de algunos expertos, rebasaba los límites establecidos por todas las leyes que hayan existido, a excepción de lo sucedido con el *Programa de Eutanasia* instaurado por Hitler en 1939, pues autorizaba que cualquier adulto -distinto de los médicos y desinteresado económicamente respecto de la muerte del paciente- pudiera suplir la incapacidad física del asistido en la formalización del certificado de solicitud, colocando al enfermo en una situación muy vulnerable.

## **Bélgica**

El 28 de mayo de 2002 se aprobó la *Ley relativa a la eutanasia*,<sup>35</sup> despenalizando la eutanasia, aunque no hace mención del suicidio asistido, toda vez que el Código Penal no

---

<sup>34</sup> Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), IV. Alemania, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 52-92, [Documento en línea], [México, citado el 19 de Marzo de 2009], formato pdf, disponible en línea:

[http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp)  
IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400

lo castiga, es decir, se puede asistir a otra persona para que se suicide por alguna enfermedad terminal, sin que sea castigada.

Esta ley relativa a la eutanasia, establece como requisitos para llevarla a cabo:

- ✓ El paciente debe ser mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su solicitud;
- ✓ La solicitud debe ser voluntaria, reiterada, sin presiones exteriores y puede haberla plasmado en un documento de voluntades anticipadas con una vigencia inferior a cinco años.
- ✓ Debe existir padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable (artículo 3º, fracción 1).

Por su parte, el médico tratante deberá:

- ✓ Informar al paciente sobre los cuidados paliativos;<sup>36</sup>
- ✓ Reconfirmar su decisión mediante el diálogo establecido con el paciente, en plazos de tiempo razonables, considerando la evolución del paciente;
- ✓ Tomar opinión médica de otro colega independiente al que visita al paciente y redactar un informe en el que manifieste si está de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones;
- ✓ Recopilar información del equipo que esté al cuidado del enfermo, si es que existe;

---

<sup>35</sup> Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), V. Bélgica, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 52-92, [Documento en línea], [México, citado el 19 de Marzo de 2009], formato pdf, disponible en línea: [http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

<sup>36</sup> Al mismo tiempo que se aprobó la ley de la eutanasia, se introdujo una legislación sobre cuidados paliativos, advirtiéndose que todos los belgas deben tener acceso a los mismos en condiciones adecuadas.

- ✓ Intentar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno sobre su decisión (artículo 3º, fracción 2, incisos 1. a 6.)

Lo que debemos resaltar, es que se debe dejar transcurrir un mes entre la petición y la realización de la eutanasia (artículo 3º, fracción 3, inciso 2).

Una vez que se lleva a cabo la eutanasia, el médico tiene cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación de la Eutanasia, la documentación que señala la ley (artículo 5). La Comisión está integrada por médicos, algunos son profesores universitarios y personas que conviven con pacientes que padecen enfermedades incurables.<sup>37</sup>

Esta ley es reglamentaria del artículo 78 de la Constitución Francesa y contiene 16 artículos, dentro de 6 capítulos, que comprenden: I. Disposiciones Generales, II. De las condiciones y del procedimiento, III. De la Declaración Anticipada, IV. De la declaración y V. De la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia y VI. Disposiciones Particulares.

## **Dinamarca**

La Ley Nacional Danesa de los derechos de los enfermos (Lov om patienters retsstilling) del 1º de Julio de 1998, permite la eutanasia pasiva y la suspensión del tratamiento de un enfermo terminal; sin embargo, la eutanasia activa y el suicidio asistido, no están permitidos.

## **España**

La eutanasia y el suicidio asistido están penalizados dentro del artículo 143.4 del Código Penal, que señala:

---

<sup>37</sup> Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), V. Bélgica, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 93-113, [Documento en línea], [México, citado el 19 de Marzo de 2009], formato pdf, disponible en línea: [http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

### *Artículo 143.*

- 1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.*
- 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*
- 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*
- 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.*

De manera adicional, el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas, así como el fichero automatizado de datos de carácter personal. Por su parte, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, regula en su artículo 11:

### *Artículo 11. Instrucciones previas*

- 1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino*

*de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.*

*2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.*

*3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.*

*4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.*

*5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*

Este documento constituye la expresión del respeto a la autonomía de las personas que, de este modo, pueden decidir sobre aquellos cuidados y tratamientos que desean recibir o no en el futuro si se encuentran ante una determinada circunstancia o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos. No sólo permite al paciente influir en las futuras decisiones



asistenciales, sino que facilita a los profesionales de la salud la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo cuando éste no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo.

Sin embargo, a pesar de estar penados tanto la eutanasia y el suicidio asistido, España es uno de los países con más activismo social a favor de su despenalización, una de las organizaciones que da gran impulso a esta demanda, es la Asociación Federal a Morir Dignamente (DMD)<sup>38</sup> la cual vía internet presenta información actualizada sobre el tema, su manifiesto, boletines, casos de personas con enfermedades terminales, libros y artículos en línea, ligas de páginas de internet a favor de la eutanasia en otros países, así como un apartado de voluntarios (que acompañan al enfermo terminal, en el caso en que quiera acabar con su vida, este acompañamiento lo realizan resguardándose legalmente en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica).

## **Francia**

La eutanasia está prohibida en este país, pero en la práctica se permite la eutanasia pasiva, la cual como ya se comentó, consiste en abandonar el tratamiento médico por parte de los enfermos terminales.

En este sentido el parlamento francés, aprobó el 13 de Abril de 2005 la Ley relativa a los derechos de los enfermos y al fin de la vida, que sólo hace referencia a la posibilidad de otorgar voluntades anticipadas y a la necesidad de disminuir la obstinación terapéutica, pero no a la posibilidad de practicar la eutanasia o ayudar al suicidio; es decir, dejar morir a los enfermos sin esperanza de curación o en fase terminal, busca respetar la voluntad del enfermo, evitar la obstinación

---

<sup>38</sup> Asociación Federal a Morir Dignamente, [Documento en línea], [México, citado el 8 de Abril de 2009], formato pdf, disponible en línea: <http://www.eutanasia.ws/>

irracional en ciertos tratamientos médicos y luchar contra el sufrimiento. Las principales disposiciones son:

- ✓ Rechazo del encarnizamiento terapéutico. Cuando "los actos médicos resultan inútiles, desproporcionados o no tienen más efecto que el mantenimiento artificial de la vida, pueden ser suspendidos o no emprendidos". Los médicos obtienen la seguridad jurídica de que no incurrirán en responsabilidad en esas situaciones.
- ✓ Derecho a rehusar tratamientos. Cuando un paciente terminal *decide limitar o detener todo tratamiento, el médico debe respetar la voluntad de la persona después de haberle informado de las consecuencias de su decisión*. A partir de ese momento se le dispensarán cuidados paliativos.
- ✓ Disposiciones anticipadas. Se admite la validez de un documento en el que el paciente haya manifestado sus disposiciones para el caso en que no esté en condiciones de expresar su voluntad. Son revocables en todo momento y deben haber sido redactadas menos de tres años antes. El médico *las tendrá en cuenta para toda decisión*.
- ✓ Tratar el dolor con riesgo de abreviar la vida. *Si el médico constata que no puede tratar el dolor de una persona, en fase avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable (...), más que que aplicándole un tratamiento que como efecto secundario puede abreviar la vida, debe informar al paciente, y a la familia o la persona de confianza.*
- ✓ El caso del enfermo inconsciente. Cuando el enfermo terminal está inconsciente, la decisión de interrumpir el tratamiento debe ser realizada mediante un procedimiento colegial, consultando a la familia o persona de confianza y, en su caso, las directivas anticipadas.
- ✓ Cuidados paliativos. Se establece la obligación de crear camas para cuidados paliativos en los centros sanitarios.

## **Holanda**

En 2001, se aprobó la Ley de Comprobación de la Finalización de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, que entró en vigor el 1 de abril de 2002, la cual considera a la eutanasia como toda intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable, a petición expresa de éste. El Código Penal en concordancia con esta ley, señala respecto del suicidio asistido:

### *Artículo 293.*

*1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.*

*2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2° de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del auxilio al Suicidio y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7°, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.*

### *Artículo 294.*

*El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para tal fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.*

Por su parte, el artículo 2° de esta Ley, establece los requisitos para que cumpla con lo establecido en el artículo 293 del Código Penal:

## Artículo 2°:

1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo del Código Penal, implica que el médico:

- a) Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;
- b) Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora;
- c) Ha informado al paciente la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro;
- d) Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último;
- e) Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados anteriores, y
- f) Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.

Se excluyen del concepto de eutanasia:

- ✓ La conducta activa para causar la muerte de enfermos comatosos y recién nacidos, ya que no pueden expresar su voluntad de morir.
- ✓ La administración de una medicación analgésica para evitar o mitigar el padecimiento, pese a que éste acelere la muerte.

La supresión o el no inicio de tratamientos que no tienen una finalidad terapéutica sino sólo paliativa. Siempre y cuando se cumplan los requisitos anteriores, el médico podrá atender la petición de morir de: a) Mayores de 18 años

plenamente conscientes o que hayan expresado voluntades anticipadas; b) Menores entre 16 y 18 años plenamente conscientes o con voluntades anticipadas si los padres o tutores han participado en el proceso de decisión; y, c) Menores entre 12 y 16 años, con madurez suficiente, si los padres o tutores están de acuerdo con la decisión del menor.

Podemos observar de las disposiciones establecidas en el Código Penal, que la eutanasia y el suicidio asistido siguen penalizados, pero no así cuando se lleve a cabo por un médico, el cual deberá cumplir los requisitos y procedimientos que se establecen en la ley. En conclusión se puede señalar que cuando la práctica eutanásica se lleve a cabo por el médico apegado a la ley, no será castigado, pero cualquier otra conducta ya sea por parte del médico o de cualquier otra persona, será castigada penalmente.

### **Oregón, E.U.A.**

En los Estados Unidos de Norteamérica, a nivel federal es aplicable la Ley Federal Patient Self-Determination Act, promulgada el 5 de noviembre de 1990, la cual ordena a los proveedores de Medicaid y Medicare (instituciones de salud, hospitales, hospicios, clínicas, etc.) que en el momento de admitir a un paciente, sea informado a limitar o rechazar determinados tratamientos médicos que tengan como objeto prolongarle la vida, cuando el proceso de muerte se ha iniciado de manera natural, pidiéndole a su representante legal, declare si el paciente ha realizado su Living Will (Testamento vital), en el que haya manifestado su voluntad al respecto y designado quien lo represente legalmente, en caso de pérdida de la conciencia, para que tome decisiones a su nombre.<sup>39</sup>

Derivado de esta ley federal, la mayoría de los estados de la Unión Americana, han regulado los testamentos vitales, que como ya se comentó expresan la voluntad de una persona respecto a la forma que desea ser tratada médicamente en

---

<sup>39</sup> A este representante legal se le conoce con el nombre de Durable Power of Attorney for Health Care.

caso de encontrarse incapacitado, para manifestar su voluntad por él mismo, puede comprender el suspender cualquier tratamiento que tenga como finalidad prolongarle la vida, cuando su muerte es inminente.

En el Estado de Oregón han regulado dentro de su ley, denominada Dead With Dignity Act, el procedimiento que se debe seguir para dar cumplimiento a un testamento vital, debiéndose seguir una serie de requisitos, por parte de los encargados de llevar a cabo la voluntad del testador, entre ellos la confirmación del diagnóstico que confirme la enfermedad terminal, consultando a todo aquel experto en la especialidad médica que se requiera; comprobar la capacidad mental del paciente para redactar su testamento vital, sobre todo que lo hace por su propia voluntad; se le debe informar al paciente acerca de la medicina paliativa o sobre las consecuencias de la ausencia de medicación, se le pide reconsidere su solicitud y se deja pasar un lapso de tiempo para que lo reconsidere o la reitere, responsabilidad que recae en los médicos tratantes.

Esta ley permite interferir en el proceso de muerte que se ha iniciado de manera natural por medio de la enfermedad (eutanasia pasiva) y tomar acciones para que el paciente terminal muera más rápido (eutanasia activa).<sup>40</sup> Esta ley protege los siguientes derechos del paciente: a. A participar y dirigir sus decisiones en torno a la atención médica que quiere recibir; b. A aceptar o rehusar determinado tratamiento médico o quirúrgico; c. A redactar un testamento vital; d. A recibir información del proveedor de salud, acerca de las políticas que rigen estos derechos. e. A no recibir reanimación artificial (en caso de un accidente), de así desearlo, deben portar siempre y en forma visible una placa que establezca su voluntad, para que los paramédicos no incurran en actos contrarios a su voluntad.

La ley prohíbe a las instituciones de salud prácticas discriminatorias contra el paciente quien no haya redactado su

---

<sup>40</sup> HURTADO OLIVER, Xavier, Op. cit., p. 164.

testamento vital y les obliga a proporcionar información a la sociedad sobre los testamentos vitales.

En relación a la eutanasia el Estado de Oregón aprobó en 1994, la Ley de la Muerte con Dignidad,<sup>41</sup> con 51% de los votos a favor, la cual legaliza el suicidio asistido; sin embargo, en 1995 fue declarada inconstitucional, pero en 1997 se vuelve a aprobar, pero en esta ocasión con 60% de votos a favor. Cabe destacar, que la ley no utiliza en su texto en ningún momento el término “suicidio asistido”, si no habla de “morir con dignidad”.

Esta ley permite el suicidio asistido, siempre y cuando se realice por médicos y se cumplan los siguientes requisitos:

- ✓ Debe ser mayor de 18 años, plenamente capaz.
- ✓ Ser residente de Oregón.
- ✓ Debe ser un paciente terminal con una expectativa de seis meses.
- ✓ Que haya formulado dos peticiones de asistencia al suicidio con un intervalo mínimo de dos semanas, por escrito y en presencia de dos testigos, uno de los cuales no debe tener relación con él.
- ✓ Dos médicos (el que le atiende y un asesor) deben informar por escrito de las condiciones del paciente y que la petición no sea porque se encuentra en estado depresivo.
- ✓ Si alguno de los médicos considera que el paciente no se encuentra mentalmente capaz o con deterioro o desorden psicológico, se debe de referir al paciente para un examen psicológico.
- ✓ Los médicos pueden recetar, pero no administrar, dosis letales de drogas para producir una muerte rápida. El paciente debe ser capaz de tomarlo él mismo.
- ✓ Su médico le debe informar al paciente sobre las alternativas que existan, incluyendo el cuidado en un hospicio y control del dolor.

---

<sup>41</sup> Dead with Dignity Act DWDA.

- ✓ Los médicos no tienen que estar necesariamente presentes en el acto del suicidio.
- ✓ El médico tiene que presentar un informe.<sup>42</sup>

### **PRESCRIPCIÓN HISTÓRICA – OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT<sup>43</sup>**

<b>AÑO</b>	<b>MUERTES</b>	<b>PRESCRIPCIÓN</b>
1998	16 (66.6%)	24
1999	27 (81.8%)	33
2000	27 (69.2%)	39
2001	21 (47.7%)	44
2002	38 (65.5%)	58
2003	42 (61.7%)	68
2004	37 (61.6%)	60
2005	38 (58.46%)	65
2006	46 (70.7%)	65
2007	49 (57.6%)	85
2008	60 (68.1%)	88
<b>TOTAL</b>	<b>401 (63%)</b>	<b>629</b>

Podemos observar, que de las 629 solicitudes que desde 1998 se han gestionado, para terminar con su vida al amparo de esta ley, sólo el 63% de las solicitudes se han llevado a cabo. Así como que ha ido en aumento el número de peticiones con el paso del tiempo; sin embargo el porcentaje de las que después de solicitarlas, se llevan a cabo se mantiene en una media del 64.4% a lo largo de estos once años.

Reino Unido

---

<sup>42</sup> Oregon Dead with Dignity Act Requirements, [Documento en línea], [México, citado el 4 de Abril de 2009], formato html, disponible en línea: <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>

<sup>43</sup> Oregon Dead with Dignity Act Annual Report, [Documento en línea], [México, citado el 4 de Abril de 2009], formato html. <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>



El 8 de Enero de 2004, se presentó en la Cámara de los Lores, el Assisted Dying for Terminally Ill Bill, la cual permite la muerte asistida para enfermos terminales que sufren dolores insoportables, habilitándolos a recibir asistencia para morir por sí mismos; se tiene que hacer mediante una petición que ha sido considerada y es plasmada en una declaración, también prevé que estos enfermos reciban medicamentos que controlen su dolor.

La autorización de muerte asistida, se debe hacer:

- ✓ Cuando se cumplan las condiciones que establezca la ley, para lo cual el paciente debe hacer una declaración mediante los formatos establecidos en el Programa.
- ✓ La declaración debe ser presenciada por dos testigos, uno de ellos será un abogado.

El abogado sólo podrá testificar la declaración, si:

- el paciente conoce de manera personal al abogado o le ha probado su identidad;
- al abogado le parece que el paciente está en su sano juicio, y ha hecho la declaración voluntariamente, y
- el abogado está convencido de que el paciente entiende el efecto de la declaración.

El otro de los testigos sólo podrá presenciar la declaración de si:

- el paciente es conocido por ese testigo o que le ha demostrado su identidad, y
- parece que el testimonio del paciente los hace en su sano juicio, y ha formulado la declaración voluntaria.

El paciente y los testigos firmarán la declaración, al mismo tiempo y cada uno de ellos en la presencia de los demás.

Los asistentes, médicos tratantes, psiquiatra o médico miembro del equipo de atención, o un familiar o compañero (por sangre, matrimonio o adopción) no podrán ser testigos de la declaración.

Ninguna persona que sea propietaria, opere o sea empleado en un centro de asistencia sanitaria, podrá presenciar la declaración.

La declaración entrará en vigor después de que el período de espera requerido haya transcurrido y se mantendrá vigente (a menos que revoque) por seis meses.

De manera adicional, se debe ofrecer al enfermo terminal, un especialista médico o enfermera en cuidados paliativos, para platicar con él antes de que opte por la muerte asistida y cumplir una serie de requisitos antes de que el paciente llene la forma establecida para la muerte asistida, entre ellos se encuentran:

- ✓ Verificar del paciente si desea asistencia para morir;
- ✓ Examinar al paciente y su historial médico para verificar que no tiene otra opción;
- ✓ Hacer la determinación de que el paciente tiene una enfermedad terminal;
- ✓ Llegar a la conclusión de que el paciente tiene un sufrimiento insoportable como resultado de la enfermedad terminal;
- ✓ Informó al paciente de:
  - su diagnóstico médico;
  - su pronóstico;
  - el proceso de ayuda para morir;
  - las alternativas, incluyendo los cuidados paliativos, atención en un hospicio y el control del dolor;

- si el paciente insiste en la solicitud de ayuda para morir, satisfecho con que lo hace de manera voluntaria y que ha tomado una decisión informada, y
  - se refiere al paciente a consultar a otro médico.
- ✓ El médico deberá:
- Verificar del paciente si desea asistencia para morir;
  - Examinar al paciente y su historial médico para verificar que el paciente es candidato;
  - Confirmar el diagnóstico y el pronóstico hecho por el médico que le asiste;
  - Llegar a la conclusión de que el paciente tiene un sufrimiento insoportable como resultado de la enfermedad terminal;
  - Informar al paciente de las alternativas, incluyendo: los cuidados paliativos, la atención en un hospicio y el control del dolor;
  - Si el paciente persiste con su solicitud de ayuda para morir, convencido de que lo hace de manera voluntaria y que se trata de una decisión informada, y
  - Se advierte al paciente de que con anterioridad a dicha ayuda para morir se requiere que llene una declaración que puede revocar.

Si el médico tratante sospecha que el paciente no tiene capacidad mental para realizar su solicitud de muerte asistida, el médico remitirá al paciente a un psiquiatra para que dé su opinión. La asistencia para poner fin a la vida no podrá ser otorgada al paciente, a menos que el psiquiatra haya determinado que el paciente no sufre de algún trastorno psiquiátrico o psicológico que le cause deterioro de su juicio. Esta solicitud puede ser revocada verbalmente o de cualquier otra manera sin que se tenga que verificar el estado físico o mental del paciente. En este caso, el médico tratante se

asegurará de que quede constancia de la revocación y de que la solicitud de muerte asistida sea destruida.

Se le recomienda al paciente por parte del médico tratante avise a sus familiares de su solicitud de muerte asistida.

Otro de los aspectos que debemos destacar en el caso de esta ley, es que establece una serie de delitos, entre los que se encuentran:

- ✓ Una persona comete un delito si intencionalmente falsifica o fuerza una declaración, con la intención o el efecto de causar la muerte del paciente, pudiendo ser castigado en caso de que se le encuentre culpable hasta con cadena perpetua.
- ✓ Un testigo comete un delito si voluntariamente firma una declaración que sabe que es falsa. A la persona que se le encuentre culpable puede pasar en prisión un plazo no superior a cinco años.
- ✓ Una persona comete un delito si intencionalmente oculta o destruye una declaración, si se le encuentra culpable se le puede condenar a prisión por un plazo no superior a cinco años.
- ✓ Los médicos, psiquiatras, miembros de un equipo de atención médica o los testigos comenten delito si contravienen los requisitos que señala la ley, de encontrárseles culpables se les puede condenar a prisión por un plazo no superior a cinco años.<sup>44</sup>

## **Suiza**

La eutanasia en este país está penalizada; sin embargo, la ayuda al suicidio tiene una pena de prisión no tan alta y puede ser conmutativa, en éste se puede castigar hasta con

---

<sup>44</sup> Assisted Dying for Terminally Ill Bill, House of Lords, [Documento en línea], [México, citado el 4 de Abril de 2009], formato html, disponible en línea:

<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldbills/017/2004017.htm>

tres años de prisión y se puede conmutar pagando una multa. Lo que debemos resaltar, es que por no estar permitida tal cual la ayuda al suicidio la puede realizar cualquier persona, no necesariamente un médico, como en el caso de otros países.

*Artículo 114: Asesinato a petición de la víctima. Aquél que, cediendo a un causa (mobile) honorable, en particular, por piedad, mate a una persona por una petición seria, se castigará con una pena privativa de la libertad hasta por tres años o con una pena pecuniaria.*

El requisito para que se lleve a cabo, es que no exista un motivo egoísta de quien lo ayuda a cometer suicidio, ni de tipo personal o económico. Si esto se llega a acreditar, el responsable será castigado de acuerdo a lo que establece el artículo 115 del Código Penal:

*Artículo. 115: Incitación y ayuda al suicidio. Aquél que, empujado por una causa (mobile) egoísta, haya incitado una persona al suicidio, o le haya prestado ayuda para el suicidio, será, si fue tentativa o el suicidio se consumió, se castigará con una pena privativo de la libertad hasta por cinco años o una pena pecuniaria.*

Debido a que las penas son muy bajas, existen organizaciones civiles que dan ayuda al suicidio, entre ellas se encuentra EXIT<sup>45</sup> (apoya en los cantones de habla germánica e italiana); AMD (apoya en los cantones franceses); y DIGNITAS (ayuda a las personas extranjeras).

Finalmente, comentaremos que en este país las directrices anticipadas, se encuentran reguladas por la Ley de Salud Pública (*Loi sur la santé publique*) promulgada en mayo

---

<sup>45</sup> El objetivo de esta organización es la legalización del derecho a morir (right to die) derecho que argumentan de manera insistente las asociaciones ante los poderes del Estado con el fin de que algún ordenamiento jurídico lo haga posible.

de 1985; de acuerdo con esta ley, cualquier persona tiene derecho a redactar directrices anticipadas para señalar el tipo de cuidados que quisiera recibir o no, en caso de que ya no estuviera en aptitud de poder indicar su voluntad. Asimismo, el interesado puede designar a un representante terapéutico que será el encargado de pronunciarse sobre los cuidados que el paciente determine, cuando no pueda expresarse por sí mismo. En caso de urgencia, el profesional médico puede actuar sin esperar a saber si el paciente dejó directrices anticipadas. Este documento, puede incluir un apartado relativo a la donación de órganos y manifestar su voluntad al respecto.

## Conclusiones

1. Se considera importante sensibilizar a la sociedad en general, sobre el proceso de muerte, como parte de la vida que hay que afrontar.
2. Tratamos de enmarcar los términos relacionados al tema que nos ocupa, sin embargo, pudimos observar que algunos de ellos, no tienen el mismo significado para los diferentes autores, pero de cualquier manera pudimos comprender de manera clara el significado de los términos de eutanasia, ortotanasia, distanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos en diversas sociedades del mundo, lo que nos permitió cumplir con el objetivo del presente trabajo.
3. La eutanasia es un tema de actualidad, en el que están inmersos todos los países del mundo, toda vez que se trata de la disponibilidad de la propia vida, en ejercicio del derecho de autodeterminación personal, el cual permite disponer de la vida en los momentos en los que se ha de responder a la realidad de la muerte.
4. De llegar a autorizarse, se debe regular con mucho cuidado y con todos los candados legales que se consideren pertinentes, para que no haya lugar a duda acerca de los deseos del paciente terminal, p.e.: en caso de que no quiera que se le prolongue de modo artificial un proceso irreversible de muerte o que se lleven a cabo lo que se ha denominado como encarnizamiento terapéutico.
5. En los planes de estudios de las facultades de medicina de todo el país, se debería incluir como materias obligatorias los Cuidados Paliativos y la bioética, con la finalidad de humanizar a los profesionales de la medicina, sobre el proceso de muerte de los individuos.

6. Dentro del sector salud se deben implementar programas de cuidados paliativos, que los integren consideren como atención primaria al enfermo terminal dentro de los hospitales, en todo el país, por la importancia que revisten.

7. La enfermedad terminal, el estado vegetativo, algunas minusvalías, son circunstancias que no permiten a la persona tener una mínima calidad de vida, por lo que el suicidio asistido no debería ser considerado como una conducta criminal, pues cuando la persona ya no pueda más y desee morir, lo logrará de cualquier manera, aunque tal vez le cueste más trabajo, más tiempo y sea más doloroso, pero lo logrará, entonces no tiene sentido obligarlos a continuar con vida, pues como se ha dicho vivir la vida es un derecho, más no una obligación.

8. En cualquier decisión que tome el enfermo terminal sobre su cuerpo, se debe verificar que cuenta con capacidad mental para decidirlo y que se trata de un consentimiento informado.

9. En algunas ocasiones la solicitud de ayuda al suicidio, se debe a motivos de carácter psicológico, ya que debido al abandono por parte de familiares y amigos, los enfermos terminales sufren de crisis de ansiedad o depresión. La decisión de quererse quitar la vida la basan en el hecho de no querer sufrir una larga agonía, tener una vida sin sentido, y ser una carga para sus familias o de las personas que los cuidan.

10. Otro de los factores para que los enfermos decidan acabar con su vida, se debe a los incontrolables dolores que los aquejan, pues se ha comprobado que en el momento en que se logra controlar el dolor, mediante cuidados paliativos, su deseo de morir desiste.

11. Los enfermos terminales deben tener al menos los siguientes derechos: a) Ser tratado como un ser humano hasta su último aliento; b) Tener atención personalizada; c) Participar



en las decisiones acerca de los cuidados que le van a brindar; d) Controlarle el dolor; e) Mantenerlo informado sobre sus dudas de manera clara y honesta; f) Respetar su voluntad de acuerdo a sus creencias y fe; g) Ser tratado por profesionales altamente calificados, que le ayuden a enfrentar su proceso de muerte; h) Recibir apoyo de familiares y amigos que quiera le acompañen; y i) Morir con dignidad.

12. Las leyes en materia de suicidio asistido, testamentos vitales o voluntad anticipada deben ser claras y transparentes, para no caer en situaciones complejas, en vacíos legales o en excesos.

13. En Holanda y Bélgica está despenalizada la eutanasia y el suicidio asistido, así como este último está despenalizado en Alemania, Reino Unido y Oregón. En Europa, fuera de los países mencionados, la eutanasia y la ayuda al suicidio siguen penalizados como homicidio consentido. Sin embargo, en muchos de estos países hay un gran debate social sobre la conveniencia de legislar a favor de ellos.



## Bibliografía

Beristain, Antonio, *Eutanasia: dignidad y muerte (y otros trabajos)*, Ediciones Desalma, Buenos Aires, Argentina, 1991, p. 168.

Couceiro, Azucena, *La sedación de los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos*, en Bayés R, Ed. Ética y sedación al final de la vida. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, Barcelona, España, 2003, p- 29-58, disponible en línea: [www.fundaciogrifols.org/docs/pub9%20esp.pdf](http://www.fundaciogrifols.org/docs/pub9%20esp.pdf)

Garay, Óscar E., *Derechos Fundamentales de los Pacientes*, Edit. Ad-Hoc, Buenos Aires, Argentina, 2003, p. 542.

Gómez Granados, Manuel, *Eutanasia: debates, postura y ética*, Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, Asociación Mexicana de Promoción y Cultura Social, A.C., Colección "Doctrina Social Cristiana", Vol. 48, 2ª. Edición, México, 2005, p. 35.

González de la Vega, Francisco, *Derecho Penal Mexicano: Los Delitos*, Editorial Porrúa, México, 1998, p. 234.

Hurtado Oliver, Xavier, *El Derecho a la Vida ¿Y a la Muerte?*, Procreación Humana, Fecundación in vitro, clonación, eutanasia y suicidio asistido, problemas éticos, legales y religiosos, segunda edición, Editorial Porrúa, México, 2000, p. 219.

Iglesia, M. *Aborto, Eutanasia y Fecundación Artificial*, Dux Editores y Publicaciones, México, 1998, p. 18.

Marcos del Cano, Ana María, Monografías Jurídicas, *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, Universidad Nacional de

Educación a Distancia-Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., Madrid, 1999, p. 356.

Méndez Baiges, Víctor, *Sobre Morir, eutanasias, derechos, razones*, Editorial Trotta, Madrid, España, 2002, p. 110.

Marcos del Cano, Ana María, Monografías Jurídicas, *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, Universidad Nacional de Educación a Distancia-Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., Madrid, 1999, p. 36.

Niño, Luis Fernando, *Eutanasia: morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales*, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina, reimpresión, 2005, p. 268.

Roxin, Claus, Ferrando Mantovani, Jesús Barquín Sanz y Miguel Olmedo Cardenete, *Eutanasia y suicidio: cuestiones dogmáticas y de política criminal*, *Estudios de Derecho Penal*, traducido por Jesús Barquín Sanz, Miguel Olmedo Cardenete y Jesús Martínez Ruiz, Editorial COMARES, Granada, Diciembre 2001, p. 211.

Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, *Eutanasia y vida dependiente, inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la Eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias, Ética y Sociedad, segunda edición, 2001, Madrid, España, p. 149.

Sotelo Salgado, Cipriano, *La legalización de la eutanasia*, Cárdenas Velasco Editores, S.A. de C.V., México, 2004, p. 405.

### **Documentos:**

*Eutanasia: El parlamento holandés apoya el proyecto de Ley del Gobierno: Continúa penalizándose la eutanasia,*

*reglamentado el procedimiento de denuncia*, La Haya, Ministre Van Justitie, 30 de Noviembre de 1993, p. 3.

**Internet:**

20minutos.es, Basteiro, Daniel, *El doctor muerte sale de la cárcel*, Sección Internacional, 01/06/2007, disponible en línea: <http://www.20minutos.es/noticia/242300/0/kevorkian/eutanasia/carcel/>

Asociación Federal a Morir Dignamente, disponible en línea: <http://www.eutanasia.ws/>

Assisted Dying for Terminally Ill Bill, House of Lords, disponible en línea: <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldbills/017/2004017.htm>

Bajo, Fernández Miguel, Catedrático de Derecho Penal en la Universidad Autónoma de Madrid, *Disponibilidad de la propia vida*, p. 1129-1143, formato pdf, disponible en línea: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1225309>

Bayés, Ramón, *Eutanasia: Un dilema médico, ético y jurídico*, En *Cardiología Práctica*, 2005, Universidad Autónoma de Barcelona, p. 32-37, disponible en línea: <http://74.125.95.132/search?q=cache:vzmpyaWGZL4J:www.eutanasia.ws/hemeroteca/baye+sdilema.pdf+Bay%C3%A9s,+Ram%C3%B3n,+Eutanasia:+Un+dilema+m%C3%A9dico,+%C3%A9tico+y+jur%C3%ADdico,+En+Cardiolog%C3%ADa&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>

Castilla La Mancha, *Declaración de Voluntades Anticipadas (Testamento vital)*, formato html, disponible en línea: <http://www.jccm.es/sanidad/volprinci.html>

Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), IV. Alemania, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 52-92, formato pdf, disponible en línea:

[http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), V. Bélgica, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 93-113, formato pdf, disponible en línea:

[http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), VI. Dinamarca, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 114-121, formato pdf, disponible en línea:

[http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), VII. España, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 122-249, formato pdf, disponible en línea:

[http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), XII. Estados Unidos de América, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 318-342, formato pdf, disponible en línea:

[http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (CEPC), VIII. Francia, En *Regulación de la eutanasia y los derechos del enfermo*, Ministerio de la Presidencia, España, p. 250-258, formato pdf, disponible en línea:

[http://www.cepc.es/catalogo\\_documentos\\_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400](http://www.cepc.es/catalogo_documentos_electronicos.asp?IdClasificacion=112&IdCCatalogados=400)

Consulta Mitofsky, *Eutanasia, tendencias predominantes en estudios de opinión*, Abril, 2007, disponible en línea: <http://74.125.95.132/search?q=cache:JcvHxtlIDX8J:www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/92059/264607/file/Eutanasia.pdf+Consulta+Mitofsky,+Los+temas+que+dividen,+eutanasia&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=mx> p. 30.

*Dead With Dignity Act*, disponible en:

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ors.shtml>

Donovan, Colin B., STL, Pena de Muerte EWTN, Global Catholic Network, Faith, disponible en:

[http://www.ewtn.com/spanish/preguntas/pena\\_de\\_muerte\\_posici%C3%B3n\\_del\\_Papa.htm](http://www.ewtn.com/spanish/preguntas/pena_de_muerte_posici%C3%B3n_del_Papa.htm)

El Siglo de Torreón.com.mx, *Aprueba Francia ley sobre derecho a morir*, Sección Internacional, 30 de noviembre de 2004, disponible en:

<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/122082.aprueba-francia-ley-sobre-el-derecho-de-morir.html>

El Periódico de Aragón, *Francia aprueba la ley del derecho "a dejar morir"*, Sección Sociedad, 14 de abril de 2005, disponible en:

<http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/noticia.asp?pkid=177321>

*Federal Patient Self-Determination Act*, formato pdf, disponible en línea: <http://www.dgcenter.org/acp/pdf/psda.pdf>

Guía de la Ley de Maryland sobre Decisiones Médicas (Formularios incluidos), *Instrucciones Anticipadas*, Estado de Maryland, Oficina del Fiscal General *J. Joseph Curran, Jr. Fiscal General*, formato pdf, disponible en línea: [www.atlanticgeneral.org/files/File/AD\\_Spanish.pdf](http://www.atlanticgeneral.org/files/File/AD_Spanish.pdf)

Journal of Pain and Symptom Management, disponible en línea: <http://www.jpmsjournal.com/home>

La Jornada, *Joven en coma desata crisis política en Italia*, 9 de febrero 2009, primera plana, formato php, disponible en línea: <http://www.jornada.unam.mx/2009/02/09/index.php>

Lasprovincias.es, *Eluana Englaro muere mientras el Senado debatía la propuesta de Berlusconi para mantenerla con vida*, Sección Más Actualidad, disponible en línea: <http://www.lasprovincias.es/valencia/20090209/mas-actualidad/internacional/estado-fisico-eluana-sigue-200902091559.html>

Levín, Roberto, Cuidados Paliativos: Principios Generales, en *Guías para el Manejo Clínico*, Organización Panamericana para la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Cuidados Paliativos*, disponible en línea: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.htm>, p. 3-8.

Margaret- María Dudley, *acepresa.com*, *Fin de la eutanasia legal en Australia, Ha habido cuatro casos en nueve meses*, 23 de Abril de 1997, disponible en línea: <http://www.acepresa.com/articulos/1997/apr/23/fin-de-la-eutanasia-legal-en-australia/>



Oregon.gov, *Death with Dignity Act Annual Reports*, disponible en línea: <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>

Oregon.gov, *Legislative Statute Oregon, Death with Dignity Act*, disponible en línea:

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ors.shtml>

Oregon.gov, *Oregon Dead with Dignity Act Requirements*, disponible en línea:

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>

Oregon.gov, *Oregon Dead with Dignity Act Annual Report*, <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>

Organización Panamericana para la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Cuidados Paliativos*, Guías para el Manejo Clínico, disponible en línea:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>  
p. 142.

Pablo J. Ginés, *Diez argumentos para votar contra de la eutanasia dando ideas*, Forum Libertas, disponible en línea:

[http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id\\_noticia=52](http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=52)

Río Negro on line, *Eutanasia, distintas miradas sobre la muerte dulce*, Sección Sociedad, 22 de Abril de 2001, formato pdf, disponible en: [www.eutanasia.ws/hemeroteca/m105.pdf](http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m105.pdf)

Sánchez, C. de Miguel y A. López Romero, *Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia*, Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria. Área 7. Atención Primaria. Gerencia Atención Primaria Área 2. Madrid, Med Pal, Vol. 13, p. 215, [Documento en línea], [México, citado el 4 de Marzo de 2009], disponible en línea:

<http://www.eutanasia.ws/resultadodocumentos.asp?busquedaautor=De%20Miguel%20Sánchez%20C>.

Tealdi, Juan Carlos, *Bioética de los Derechos Humanos*, Investigaciones Biomédicas y Dignidad Humana, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Serie Doctrina Jurídica Núm. 52, Primera edición, México, 2008, p. 334, disponible en línea:  
<http://info5.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=2612>

United States Holocaust Memorial Museum, Enciclopedia del Holocausto, disponible en línea:  
<http://www.ushmm.org/wlc/article.php?lang=es&ModuleId=10007017>

Valent, María, *Eutanasia: el "suicidio asistido" de Occidente*, formato htm, disponible en línea en:  
<http://www.muertedigna.org/textos/euta623.htm>

Velásquez Castellanos, Tulio E., *Agonía y muerte asistida: ¿son conceptos compatibles en la actualidad?*, Artículo de Opinión, Rev Med Hondur 2007, 75:149-151, formato htm, disponible en línea: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2007/pdf/Vol75-3-2007-II.pdf>

World Federation of Rights to Die Societies, disponible en línea: <http://www.worldrtd.net/>

### **Legislación:**

- Códigos Penales de todos los Estados de la República Mexicana
- Ley General de Salud
- Ley de Salud para el Distrito Federal
- Código Penal Federal
- Código Penal Para el Distrito Federal

- Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal
- Código Penal Español
- Código Penal Alemán
- Código Penal Holandés
- Código Penal Suizo
- Real Decreto Español 124/2007 (Registro Nacional de Instrucciones Previas)
- Ley de Comprobación de la Finalización de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio
- Assisted Dying for Terminally Ill Bill
- Death with Dignity Act
- Ley 41/2002 de la Autonomía del Paciente. Ley 3/2005, de 23 de mayo, de la Comunidad de Madrid.