

Carpeta informativa

Eutanasia

La raíz etimológica de la palabra refiere a un buen morir. En medicina se conceptualiza de formas diversas, pero en principio existe un acuerdo de que la definición relevante se refiere a la acción de un médico, con el consentimiento del paciente desahuciado que, para evitar su sufrimiento actual o futuro, acelera su muerte. De hecho, la acepción médica es una extensión de la idea de que la muerte, cuando es suavisada médicamente, no debe implicar sufrimiento; es decir, el bienestar general del paciente, que incluye la ausencia de dolor y la dignidad de la persona ante su deseo de muerte, debe tomarse en cuenta.

Mayo de 2007

Centro de Estudios

CESOP

Sociales y de Opinión Pública

"Cumplimos 5 años de trabajo"

Eutanasia

Carpeta informativa



**Comité del CESOP
Mesa Directiva**

Dip. Salvador Barajas del Toro
Presidente

Dip. Fabián Fernando Montes Sánchez
Secretario

Dip. Cuauhtémoc Sandoval Ramírez
Secretario

**Centro de Estudios Sociales
y de Opinión Pública**

Francisco Guerrero Aguirre
Director General

Arturo Maldonado Tapia
Director de Vinculación y Gestión

Gustavo Meixueiro Nájera
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Francisco Sales Heredia
Director de Estudios Sociales

Eduardo Rojas Vega
Director de Opinión Pública

Ernesto Cavero Pérez
Subdirector de Análisis
y Procesamiento de Datos

Saúl Munguía Ortiz
Coordinador Administrativo

Juan Carlos Amador Hernández
Rafael Ante Valencia
Efrén Arellano Trejo
Sandra Espinosa Morales
José de Jesús González Rodríguez
Nora León Rebollo
María Guadalupe Martínez Anchondo
Claudia Icela Martínez García
Mario Mendoza Arellano
Salvador Moreno Pérez
Alejandro Navarro Arredondo
Sara María Ochoa León
César Augusto Rodríguez Gómez
Oscar Rodríguez Olvera
Karla Ruiz Oscura
Investigadores

Luis Horacio Martínez Cárdenas
Asistente Editorial

Elizabeth Perdomo Reyes
Coeditora

Alejandro López Morcillo
Editor

Índice

Presentación	5
Definición y planteamiento del problema	7
Comparativo internacional sobre eutanasia	15
Código de Bioética en México	29
Seguimiento de medios: opiniones de actores relevantes	39
Artículos de opinión recomendados	49
Artículos y documentos de fondo recomendados	55
Iniciativas y reformas de ley	59
Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones del Código Civil Federal, presentada por el diputado Juan Francisco Rivera Bedoya	61
Iniciativa de decreto que reforma y adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, el Código Penal y el Código Civil, ambos para el Distrito Federal, presentada por el diputado Armando Tonatiuh González Case	73
Iniciativa para la creación de la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo, presentada por el senador Lázaro Mazón Alonso	87
Iniciativa para la creación de la Ley de Voluntad Anticipada, que presentará la diputada local por el Distrito Federal Paula Soto	121
Anexo 1. Artículos de opinión	151
Anexo 2. Artículos, documentos de fondo y encuestas	161

Presentación

El Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública pone al alcance del legislador y del público en general una carpeta informativa con documentos relevantes sobre la eutanasia.

La carpeta inicia con los antecedentes conceptuales sobre el tema y un breve análisis argumentativo acerca de los límites prácticos que imponen las diversas concepciones de *eutanasia* y otros tratamientos médicos. En esta sección, de igual manera, se hace una breve referencia a las iniciativas y reforma de ley que presentan diversos legisladores y los problemas que intentan resolver sus propuestas.

En la siguiente sección se presenta un comparativo internacional de la legislación imperante y cómo se resuelven en estos países algunos de los problemas que surgen en la práctica médica. En el caso de México se presenta una breve transcripción del Código de Bioética de la Comisión Nacional de Bioética, así como una relación de los integrantes de esta Comisión.

En la sección de medios, se registran las opiniones de los actores relevantes sobre el tema en los últimos meses, así como una lista de los artículos periodísticos aparecidos en los medios nacionales más importantes; una selección de ellos se incluye en los anexos de esta carpeta.

Se agrega una sección de literatura recomendada y en los anexos se incluyen algunos documentos y artículos académicos informativos sobre el tema.

En la sección de iniciativas se incluyen cuatro casos que hacen referencia directa e indirectamente a la eutanasia, presentadas por diversos legisladores nacionales de los tres partidos políticos más grandes del país. Al final de la carpeta se incluye un seguimiento de las encuestas de opinión nacionales que tratan el tema.

El CESOP confía en que esta recopilación de textos permitirá enriquecer la discusión y aclarar dudas sobre la eutanasia.

Definición y planteamiento del problema

Eutanasia

La raíz etimológica de la palabra refiere a un buen morir. En medicina se conceptualiza de formas diversas, pero en principio existe un acuerdo de que la definición relevante se refiere a la *acción de un médico, con el consentimiento del paciente desahuciado que, para evitar su sufrimiento actual o futuro, acelera su muerte*. De hecho, la acepción médica es una extensión de la idea de que la muerte, cuando es supervisada médicamente, no debe implicar sufrimiento, es decir, el bienestar general del paciente, que incluye la ausencia de dolor y la dignidad de la persona ante su deseo de muerte, debe tomarse en cuenta.

Esta acepción ha ganado adeptos desde que en los países bajos, después de una discusión pública que duró 20 años, llegaron a la conclusión, en 1983, de que la *eutanasia* sólo puede ser entendida como la acción deliberada que quita la vida a otra persona. Esta acción es un delito en Holanda y tiene una pena de prisión y multa. Sin embargo, puede ser no punible, sí y sólo si se conduce bajo criterios estrictos de supervisión médica y deseo expreso y repetido del paciente. Un juez es quien lo determina en caso de que exista una controversia.

Otras acepciones del término describen a la eutanasia como involuntaria y pasiva. La eutanasia involuntaria es descrita como el quitar la vida de alguien que no puede manifestar su deseo, ya sea por accidente, enfermedad o incapacidad profunda. La eutanasia pasiva es descrita como la decisión de omitir tratamientos médicos que prolonguen la vida del paciente desahuciado.

En la discusión ética sobre el caso se considera necesario reducir la amplitud del concepto y limitarlo a un acto deliberado con consentimiento del paciente para privarlo de su vida. Los otros dos casos genéricos pueden incorporarse en varios tipos de intervención médica para que los Comités de Bioética nacionales y de los hospitales de tercer nivel los discutan y consulten, pero no tienen la misma relevancia moral que la acción de privar de la vida a una persona.

Es importante señalar que en la mayoría de los países donde se ha legislado sobre el tema se distingue entre eutanasia y otro tipo de intervenciones médicas que pueden llevar a la muerte del paciente:

- a) La primera diferencia es la petición del paciente de suspender el tratamiento o de la no intervención médica.
- b) La segunda distinción es aquella intervención médica que sin intención acorta la vida de un paciente moribundo, y
- c) La tercera es aquella intervención médica que descontinúa u omite los tratamientos médicos inútiles.

Discusión

La discusión pública sobre el caso hace hincapié en la obligación del Estado de tutelar y proteger la vida humana y, por ende, cómo entenderla, así como cuál es la calidad de vida y muerte.

Los argumentos a favor de la eutanasia, entendiendo a ésta como un acto deliberado que causa la muerte con el fin de dotar de calidad de vida al paciente en sus últimos momentos, se centran en la inhibición de un sufrimiento prolongado y se aluden razones humanitarias. Se considera que un adulto consciente de su enfermedad y en pleno uso de sus facultades, y después de varias consultas médicas y reflexión profunda, puede decidir, con plena autonomía, que quiere morir para evitar un deterioro actual o futuro y merece ser ayudado para lograr este fin.

Los críticos argumentan que si bien el pronóstico de sobrevivida de una enfermedad terminal puede ser exacto, el sufrimiento que está en el centro de la definición de eutanasia no está claramente delimitado y es muy difícil de valorar objetivamente. Aluden que el Estado, ante la incapacidad de determinar un nivel objetivo de dolor insufrible, no puede permitir el homicidio humanitario.

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

Por ejemplo, el Código Penal Federal considera que:

Artículo 302.- Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.

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 320.- Al responsable de un homicidio calificado se le impondrán de treinta a sesenta años de prisión.

EL Código Penal del Distrito Federal establece que:

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.

ARTÍCULO 128. A quien cometa homicidio calificado se le impondrá de veinte a cincuenta años de prisión.

ARTÍCULO 138. El homicidio y las lesiones son calificadas cuando se cometan con: ventaja, traición, alevosía, retribución, por el medio empleado, saña o en estado de alteración voluntaria.

En los casos de los artículos 312 del Código Penal Federal y 127 del Código Penal del Distrito Federal, queda de manifiesto que el legislador consideró prudente incorporar atenuantes en la descripción del tipo penal. Tales atenuantes, en el segundo caso, pueden ajustarse a la definición descriptiva de eutanasia; es decir, se presenta la privación de la vida de otra persona como un acto humanitario. Sin embargo, la interpretación del caso queda en manos de los jueces.

Discusión sobre tipos de intervención u omisión de tratamiento médico en pacientes terminales

La discusión genérica sobre el tema considera que existen tres tipos de casos que involucran la omisión de atención y que pueden y deben ser tratados con objetividad y supervisión médica.

En el primer caso, el paciente con conciencia de su enfermedad terminal y en pleno uso de sus facultades, rechaza el tratamiento. En este caso los médicos sólo pueden, bajo la legislación actual, administrar analgésicos que eliminen el dolor ante la imposibilidad de realizar otro tipo de intervención. La variedad de los casos es enorme y de ahí que éstos sean discutidos en los Comités Éticos de los hospitales.

Aquellos que se oponen a que el Estado permita la omisión de atención, aluden que este acto debería ser catalogado como un homicidio culposo, pues no se ha realizado todo lo posible para mantener con vida “orgánica” al individuo. La ley considera que existe un delito si no se ofrece la debida atención médica cuando se tienen los elementos para hacerlo. Este argumento es utilizado al referirse a los casos de personas que pierden la conciencia y que inician un proceso de deterioro sin haber manifestado su voluntad, dado el hecho de que no existe una figura legal que permita la lectura de un testamento vinculante, mientras se viva. Este tema lo resuelven las cuatro iniciativas de reforma y de ley presentadas en esta carpeta.

La segunda distinción involucra la intervención médica de último recurso, tal vez innecesaria pero que se decide llevar a cabo, y si el paciente muere se priva a éste de una muerte en compañía de sus seres queridos, lo cual es considerado como encarnizamiento médico. En estos casos, la decisión médica de intervenir o no, involucra las posibilidades de supervivencia de un paciente y los recursos destinados a tal intervención. En este segundo tipo de casos los comités de bioética toman en cuenta las probabilidades de supervivencia o de sobrevida de un paciente y los recursos que deben emplearse en tratamientos que pueden resultar inútiles.

El tercer tipo genérico involucra el caso de pacientes que no tienen conciencia de sí debido a un mal degenerativo, que han quedado en estado vegetativo mental con el resto de sus órganos funcionando adecuadamente, o bien que requieren un respirador artificial. Sólo en el último caso, el de la muerte cerebral, se considera que, *in loco parentis*, los parientes en primera y segunda línea pueden solicitar que no se utilicen medios artificiales para mantener con vida orgánica al individuo y permitir la muerte de sus órganos. En este último caso la certificación de la pérdida de vida se determina con las pruebas irrefutables de la inexistencia de actividad cerebral. Estos casos hacen viables los trasplantes.

Los casos anteriores en este tipo genérico son mucho más complejos y merecen un tratamiento aparte. Se trata de la decisión del Estado de considerar si la falta de conciencia de sí mismo involucra la pérdida de autonomía y, aunque exista vida orgánica, no existe vida "biográfica".¹ Es decir, no existe la posibilidad de que este individuo realice algún proyecto de vida, por mínimo que sea. En estos casos, el Estado acepta que esta vida es una persona, aun sin conciencia de sí mismo, y ha asumido que los familiares o él mismo deben cuidar de los pacientes.

Estos casos son discutidos ampliamente en la literatura. A favor de la eutanasia se argumenta que el no poseer conciencia de sí implica una muerte de facto, por lo cual la persona debe ser tutelada.

En contra se argumenta que en los estudios del cerebro aún no se puede determinar exacta y objetivamente si hay o no conciencia y, por tanto, es imposible afirmar cuándo existe y cuándo no.

Iniciativas de ley

En los últimos meses se han discutido en los medios cuatro iniciativas de reforma de ley. La primera presentada por el diputado local de la Asamblea del Distrito Federal Tonatiuh González Case, ante el pleno y en representación del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional (PRI). El diputado propone reformas al Código Penal del Distrito Federal, a la Ley General de Salud del Distrito Federal y al Código Civil del Distrito Federal. Las

propuestas de reforma consideran eliminar la pena ante la privación de la vida por razones humanitarias, formar grupos de bioética que supervisen los casos relevantes e instituir el testamento en vida.

La segunda iniciativa de ley fue presentada por el senador de la república Lázaro Mazón Alonso, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática (PRD), quien propone la creación de la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo. La propuesta de ley revisa el procedimiento por el cual un paciente terminal privado de sus facultades mentales, o sus parientes, pueden solicitar que se suspenda el tratamiento curativo y que se administren tratamientos paliativos. La ley protegería al médico que acepte tal voluntad y siga los procedimientos descritos.

La tercera iniciativa es la que elabora la diputada local en el Distrito Federal, Paula Soto. Esta iniciativa de ley aún no presentada en comisiones, propone la creación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y de igual manera revisa y regula el procedimiento por el cual un paciente terminal o sus parientes pueden solicitar que se suspenda un tratamiento curativo y se inicie uno paliativo que disminuya totalmente el dolor, aun con la consecuencia de la muerte.

La cuarta iniciativa es la presentada por el diputado federal Juan Francisco Rivera Bedoya. En ella se consideran una serie de reformas al Código Civil Federal, que establecen la figura de un tutor legal que tome decisiones médicas con el previo consentimiento del paciente incapacitado.

Tres iniciativas revisan y consideran la concepción de eutanasia activa; dos de ellas contemplan no penar la acción bajo criterios de estricta observancia y elaboran la figura de un testamento en vida donde el paciente haya manifestado sus últimos deseos en torno a los tratamientos médicos; una cuarta considera la figura de un tutor legal que prosiga la voluntad del paciente incapacitado. Tres propuestas consideran la creación de grupos de bioética en los hospitales, para que supervisen, atestigüen y aprueben los tratamientos o la ausencia de éstos a los pacientes terminales.

Comparativo internacional sobre eutanasia

Comparativo de la eutanasia en el mundo

Países	Eutanasia o condicionamientos similares	Casos relevantes de aplicación
<p>Holanda</p>	<p><i>Se despenalizó a partir del año 2001 y entró en vigor en abril de ese año.</i></p> <p>En Holanda se entiende por eutanasia la terminación de la vida que lleva a cabo el médico a petición del paciente, después de un proceso de evaluación muy delicado.</p> <p>La cuestión de si debiera limitarse la penalización de la eutanasia, y de cómo podría hacerse, constituyó en Holanda el tema de una amplia discusión política y social que abarcó más de 20 años. Respeto a la vida humana, la voluntad del paciente, transparencia y la comprobación uniforme de las prácticas médicas, fueron las prioridades de esta discusión.</p> <p>Por encargo del gobierno holandés, en 1986 se llevó a cabo una investigación independiente sobre el Estado de la Cuestión de las Actualidades Médicas de Terminación de la Vida en 1985 respecto a 1980. Hasta el momento, Holanda es el único país donde se ha realizado una investigación de estas características.</p> <p>Después de 20 años, las discusiones dieron como resultado una nueva ley y modificaciones en el Código Penal que fueron aprobadas, rescatando los artículos 293 y 294, para después retomar los artículos más importantes de la nueva ley sobre requisitos de cuidado y esmero profesional.</p> <p>El artículo 293 del Código Penal, que fue modificado, quedó redactado de la forma que sigue:</p> <p style="padding-left: 40px;">Artículo 293.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El que quita 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 2º 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 7º, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales. <p>La modificación del artículo 294 del Código Penal resulta en el siguiente texto:</p>	<p>En Holanda, alrededor de 2 000 personas reciben ayuda médica anualmente para morir.</p> <p>El número de casos de eutanasia registrados en Holanda se ha estabilizado tras la entrada en vigor en abril de 2002. Según los datos publicados por la Comisión de Control de la Eutanasia (CCE), se han notificado los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En 2003 se notificaron 1 815 casos. • En 2004 se notificaron 1 886. • En 2005 fueron 1 933. <p>La mayor parte de los pacientes a los que se les aplica esta medida son enfermos de cáncer. En 2005 se practicó la eutanasia a tres enfermos de Alzheimer.</p> <p>Fuente: Periódico <i>El País</i>. http://www.elpais.com/articulo/sociedad/casos/eutanasia/estabilizan/Holanda/anos/regularse/elpepuint/20070331elpepi_soc_3/Tes</p> <p>Un estudio de la Universidad de Göttingen, llevado a cabo analizando estos casos de eutanasia, arrojó los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 41% está legitimado por el deseo de los familiares de acabar con el sufrimiento del paciente; • El 14% de ellos estaba consciente y con capacidad de juicio en los momentos previos a la muerte; • El 11% estaba en situación de tomar la decisión pero no se les preguntó. <p>Las causas para tomar la decisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 60% de las muertes está condicionado por la falta de expectativas para una recuperación del enfermo. • El 32% de los casos es, según los médicos, por la incapacidad de los familiares para continuar con la situación del enfermo hasta el final. <p>Fuente: http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,1528224,00.html</p>

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.

Estos dos artículos muestran que la eutanasia sigue siendo castigada, pero que, bajo estrictas condiciones de cuidado, hay excepciones que ofrecen al médico la posibilidad de ayudar a un paciente con una enfermedad terminal y dolor insoportable, sin repercusiones.

En el capítulo 2, artículo 2º de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del auxilio al Suicidio, están estipulados los requisitos de cuidado y esmero profesional, los cuales debe cumplir el médico, a saber:

Artículo 2.

1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo del Código Penal, implican 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 a al d, y
 - f) Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.¹

¹ Arturo Zamora Jiménez, "La eutanasia y el consentimiento en derecho penal", *Iter criminis*, revista de derecho y ciencias penales, núm. 2, México, 1999 y Código Penal holandés, artículos 293 y 294.

<p>Bélgica</p>	<p><i>Bélgica, siguiendo el ejemplo de la vecina Holanda, despenalizó el 23 de septiembre de 2002 la eutanasia para los adultos en ciertos casos.</i> La actual legislación permite poner fin a la administración de alimentos, líquidos o medicinas en casos de demencia, pero no prevé la posibilidad de ayudar a morir “de manera digna” mediante la eutanasia.</p> <p>Es posible sólo con asistencia médica, siempre y cuando el paciente desee que se le aplique y sea consciente de sus implicaciones.</p> <p>Está permitida bajo estrictas condiciones, pero en ningún caso puede aplicarse a menores o a personas con lesiones cerebrales o dementes. No están contempladas en la legislación, aunque existen excepciones, como es el supuesto de las personas en coma.</p> <p>Está exenta de observancia jurídica para los facultativos que la procuren cuando el paciente sufre de manera insoportable y no tiene esperanzas de mejora.</p> <p>La ley exige que el paciente haya decidido libremente morir y haya expresado repetidas veces este deseo. Tiene que transcurrir un plazo de cuatro semanas entre la demanda de morir y la ejecución de esta demanda. A diferencia de Holanda, la legislación belga permite el suicidio asistido también para pacientes que no se encuentran aún en la fase terminal. Dentro de este grupo se incluye también a personas que sufren trastornos psicológicos.</p> <p>Fuentes: <i>Morir con dignidad</i>: http://www.condignidad.org/muerte-anciana-demente-Belgica.html. Y Deutsche Welle: http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,1528224,00.html</p>	<p>Según el semanario <i>Le Généraliste</i>, el número de eutanasias practicadas en Bélgica y declaradas por los médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasó de 17 por mes en 2002, año que entró en vigor la ley, a 31 por mes durante el periodo 2004-2005 y a 37 por mes en la primera parte de 2006. • Para los años 2004 y 2005, hubo un total de 742 declaraciones de eutanasia, 86% en la región de Flandes (norte) y 14% en Valonia (sur). De ellos, 54% eran hombres y 46% mujeres, según el informe. • En cuanto a la edad, la franja de 60 a 79 años es la más representada, con 49% de los casos. • Las patologías que dieron lugar a la eutanasia son severas e incurables, subraya el informe. Se trata principalmente de cáncer (83%). Nueve casos concernían a enfermedades neuropsiquiátricas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer. <p>http://www.eutanasia.ws/textos/aumenta1106.doc</p>
<p>Francia</p>	<p>El Senado adoptó, el 12 de abril de 2005, la proposición del señor Léonetti con el mismo texto que la Asamblea Nacional. La proposición Léonetti es pues, desde entonces, una ley de la república. Ciertos aspectos de la ley son indiscutiblemente buenos, otros lo son mucho menos.</p> <p>Los aspectos positivos de la ley hay que buscarlos no tanto en lo que dice como en lo que no dice. La importancia de esta ley estriba en que precisa un número de derechos para los enfermos. Como esta ley no revoluciona nada en materia de cuidados, resulta así más interesante por aquello a lo que rehúsa instituir en derecho.</p> <p>Reconoce el derecho del paciente terminal a rechazar un tratamiento considerado ya inútil y dejar que llegue la muerte, no legaliza la eutanasia. Las principales disposiciones de la ley son:</p>	

- *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 (...), mas 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.

Un tema que preocupa a los médicos y a los pacientes es el del tratamiento del dolor con el efecto secundario de abreviar la vida. La diferencia entre esto y la eutanasia depende del objetivo buscado. La decisión colegial y la consulta a la familia excluye cualquier clandestinidad o decisión unilateral del médico.

Otra cuestión crucial es la alimentación artificial, que ciertos sectores consideran como uno de esos medios desproporcionados que la ley permite suspender. En una declaración, el presidente de la Conferencia Episcopal, monseñor Jean-Pierre Ricard, ha dicho que “aunque los objetivos de la ley son aceptables, existen ambigüedades que importa aclarar. Mucho dependerá de la manera en que se aplique la ley”. A no ser que el paciente lo rechace, “convendrá mantener los cuidados corrientes, y especialmente buscar la manera más adecuada de alimentar al enfermo o, al menos, de aportarle elementos nutritivos”.

	<p>Otros han criticado la ley, que en la Asamblea había sido aprobada por unanimidad y en el Senado sin los votos de la oposición, porque no prevé “la excepción de eutanasia”, la posibilidad de que una persona pueda recurrir a una “ayuda para morir”.</p> <p>(20 de abril de 2005)</p> <p>http://www.condignidad.org/Francia-ley-fin-vida.html</p>	
Oregon, Estados Unidos	<p><i>Oregon es, desde 1997, el único estado que permite prescripciones letales en Estados Unidos. Los ciudadanos en el estado de Oregon aprobaron la medida el 16 de noviembre de 1994. La ley estatal denominada “Para una muerte con dignidad” –dos veces aprobada por los votantes de Oregon– permiten el suministro de dosis letales de medicamentos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los enfermos terminales que deseen la eutanasia deben obtener un <i>certificado</i> de dos médicos, que establezca que al paciente <i>le quedan menos de seis meses de vida</i> y que se encuentra en posesión de sus facultades mentales. <p><i>Posiciones:</i></p> <p><i>Scott Sweson, director ejecutivo del Centro Nacional para la Muerte con Dignidad.</i> “Lo que hace la ley en Oregon es llevar una gran tranquilidad a las personas enfermas en fase terminal que están sufriendo y que quieren pasar las últimas semanas de sus vidas con sus familiares y amigos en paz”.</p> <p><i>El fiscal general, John Ashcroft,</i> intentó en 1994, mediante un mandato judicial, ordenar a los médicos de ese estado el no suministrar dosis letales de medicamentos, tal como lo permite la ley local. En su iniciativa legal declaraba que usar medicamentos restringidos por la Ley de Sustancias Controladas para ayudar a pacientes a cometer suicidio no era un propósito médico legítimo. Finalmente su decisión fue rechazada en una decisión de dos votos contra uno, los jueces del Noveno Circuito de la Corte de Apelaciones estableció que Ashcroft se había excedido en sus funciones.</p> <p>Fuente, BBC de Londres: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid_3752000/3752137.stm</p>	<p>Al menos 170 personas se han beneficiado de las leyes de Oregon para cometer suicidio desde 1998.</p> <p>Fuente, BBC de Londres: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid_3752000/3752137.stm</p> <ul style="list-style-type: none"> • En 2004 treinta y siete enfermos con diagnóstico terminal, muchos de ellos afectados de cáncer, recurrieron en el estado estadounidense de Oregon a la muerte asistida bajo supervisión médica. • La cifra revela un descenso respecto de las muertes asistidas en 2003, que fue de 42 casos, la más alta hasta hoy. La edad promedio de los solicitantes fue de 64 años. Oregon es el único de los 50 estados estadounidenses con una norma que permite el suicidio asistido. <p>Fuente: http://ediciones.prensa.com/mensual/contenido/2005/03/12/hoy/mundo/159273.html</p>
Suiza	<p>El 11 de diciembre de 2001 se decide <i>finalmente despenalizar “la asistencia al suicidio”, y el Código Penal permite el suicidio asistido</i>, salvo en el caso de “intereses personales” (misma que se plebiscitó antes). Éste consiste en ofrecer la ayuda exterior necesaria para facilitar la muerte de quien claramente quiere acabar con su vida pero no tiene medios para hacerlo por sí solo, en casos</p>	<p>En Suiza, de acuerdo con varios estudios, alrededor del 10% de todos los suicidios que contabilizan las estadísticas oficiales cada año (entre 1 300 y 1 400, según los últimos datos oficiales registrados), son “asistidos” por otra u otras personas. Dignitas, una asociación suiza, ha facilitado el suicidio</p>

	<p>de personas conscientes y con una enfermedad incurable o mortal a corto plazo, incluso por personas que no sean médicos, “si no hay motivos egoístas”. Debe realizarse la ayuda sólo en forma “altruista”.</p> <p>Posteriormente, y con base en decisiones judiciales, <i>la muerte asistida se ha ampliado más</i> (Ginebra-05/02/2007).</p> <p>:</p> <p>Una sentencia del Tribunal Federal Suizo ha admitido, en principio, que “<i>las personas aquejadas de problemas psíquicos o psiquiátricos</i>” puedan igualmente beneficiarse de la asistencia médica al suicidio.</p> <p>Fuente: http://www.eutanasia.ws/textos/suizaabre0207.doc</p>	<p>asistido a más de 450 personas desde 1998 (y creen, según lo dicho por su director Ludwig Minelli, de 74 años de edad, que ha llegado el momento de extender esta práctica a enfermos no terminales y a enfermos psíquicos).</p> <p>Los últimos datos revelan que el suicidio practicado de forma asistida, es decir, con la intervención de una segunda persona, es el causante de aproximadamente 0.2% de todas las defunciones en Suiza.</p> <p>Fuente: http://www.condignidad.org/Suiza-suicidios-asistidos.html</p>
Alemania	<p>El Tribunal Constitucional dictaminó en 2003 que <i>es permisible acatar la voluntad de un paciente sólo en algunos casos</i> cuando el sufrimiento del enfermo es causado por un mal que ha tomado un curso irreversible y mortal (pero este supuesto no aplica para el caso de los pacientes en estado de coma).</p> <p><i>Posiciones de los diversos sectores alemanes</i></p> <p><i>La ex ministra de Justicia, Brigitte Zypries</i> presentó a finales del 2004 una enmienda de ley con la que se fortalecerían los derechos de los pacientes que padezcan una enfermedad terminal, para que éstos puedan decidir sobre la interrupción del tratamiento, incluso en los casos en que la enfermedad no conduzca irreversiblemente a la muerte. No sólo se acataría la voluntad que ha manifestado un paciente por escrito, sino incluso de manera verbal.</p> <p><i>La clase política alemana:</i> no respalda este tipo de propuestas que tienen que ver con la eutanasia por los recuerdos que despierta de la era del nazismo.</p> <p><i>Las iglesias católica y evangélica:</i> se manifestaron de manera masiva contra esta propuesta.</p> <p><i>La comunidad médica:</i> también se manifestó en contra de la propuesta de la ex ministra, por lo que la obligaron, junto con las manifestaciones de católicos y evangélicos, a retirarla.</p> <p><i>La población:</i> el 74% apoya la legitimación de la eutanasia con medicamentos que «ayuden» a morir sin dolor, según un sondeo publicado por el semanario <i>Stern</i>. Conforme al sondeo, casi tres cuartas partes de la población alemana están a favor de permitir que las personas desahuciadas tengan una “muerte con dignidad”.</p>	<p>La primera sucursal de Dignitas (la asociación suiza de ayuda al suicidio asistido) en Alemania fue inaugurada el pasado 26 de septiembre en Hannover (norte de Alemania) y su apertura desencadenó polémica y enérgicas protestas en círculos políticos, religiosos y médicos de Alemania.</p> <p><i>Dignitas enumeró los siguientes datos:</i></p> <p>“Sobre un total de aproximadamente 650 casos de eutanasia pasiva (en Suiza) en 2004, 380 fueron practicados en pacientes alemanes”, dijo recientemente a la prensa el portavoz de Dignitas en Alemania, el abogado Dieter Graefe.</p>

	<p>http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,1528224,00.html+swissinfo, Juan Carlos Tellechea, Berlín: http://www.medicos-progresistas.org/modules.php?name=News&file=article&sid=88</p>	
Australia	<p><i>En el Territorio del Norte de Australia, durante un año (1996-1997) se permitió la eutanasia.</i></p> <p>El parlamento del Territorio del Norte introdujo en setiembre de 1996 la primera ley al mundo que permitía la eutanasia voluntaria, bajo supervisión médica, de personas con enfermedades en estado terminal.</p> <p>Bajo presión de la iglesia cristiana y de grupos que apoyan el derecho a la vida, el Parlamento de Canberra aprobó, en marzo de 1997, una norma que derogó la ley del territorio.</p> <p>Fuente: http://www.eutanasia.ws/textos/australia0307.doc</p> <p><i>Antecedentes:</i></p> <p>En Australia la eutanasia activa y voluntaria está considerada como delito, ya sea como asesinato o como auxilio al suicidio. Pero en la provincia de Victoria existe una ley de 1990 en virtud de la cual el paciente puede negarse a recibir tratamiento, y el médico no puede iniciar o continuar tratamiento a quien haya registrado su negativa. Se permite a terceros el que puedan suplir a quienes sean incapaces de tomar decisiones cuando se designe a estas personas según la reglamentación local.</p> <p>La ley para la muerte natural en Australia del Sur de 1983 y el territorio del norte de 1988 regula la “declaración vital”, instrucción previa con base en la cual el declarante no desea ser mantenido con vida si le sobreviene la incapacidad y contrae una enfermedad terminal que las leyes locales definan como enfermedad, lesión o degeneración de las facultades físicas o mentales, en virtud de lo cual la muerte se producirá de manera inminente sin que se pueda, según los avances médicos, esperar una recuperación. En algunas leyes se precisa “en la Declaración Vital”, el deseo del paciente de no ser sometido a medidas extraordinarias.</p> <p>(Ley para la Muerte Natural en Australia del Sur de 1983 y el Territorio del Norte de 1988)</p>	<p>Philip Nitschke, médico activista a favor de la eutanasia, durante la legalización ayudó a morir a cuatro enfermos terminales.</p>
Reino Unido	<p><i>En la Gran Bretaña la eutanasia está prohibida y se castiga con hasta 14 años de prisión.</i></p> <p><i>Sólo escapa a esta prohibición</i> la decisión excepcional de un tribunal de ordenar que se deje de alimentar al paciente terminal.</p>	<p>En 1993, la familia de Tony Bland, en estado vegetativo desde 1989, consiguió que un juez ordenara que se le retiraran los tubos que le alimentaban.</p>

	<p><i>Antecedentes de discusión</i></p> <p>En el Reino Unido, perteneciente a la familia del Common Law, en 1961 se elabora el acta suicida, en la cual se estableció que ya no sería un delito el suicidio, pero la misma ley consideró como delito ayudar, aconsejar, facilitar o instigar a otros al suicidio.</p> <p>En 1963 y 1969 se presentaron proyectos de ley sobre eutanasia voluntaria. En el último de ellos, presentado a la Cámara de los Lores, se establecía la posibilidad de solicitar la eutanasia por escrito en caso de enfermedad física grave e incurable, causante de un sufrimiento insoportable, pero fue rechazado del mismo modo que otro proyecto análogo presentado en 1973.</p> <p>(Acta Suicida de 1961)</p> <p><i>Posiciones:</i></p> <p><i>La población:</i> el 80% de los británicos apoya que los enfermos terminales soliciten la asistencia de un profesional médico para que los ayude a morir, según la edición de 2007 de la encuesta británica sobre comportamientos sociales publicada por el periódico <i>The Times</i> en su edición del 24 de enero. Los argumentos ahí esgrimidos señalan que: “defienden la llamada eutanasia voluntaria y quieren que cambie la ley que impide que los médicos ayuden a morir en el momento en que decidan a los pacientes con enfermedades incurables”.</p> <p>La amplia mayoría que apoya la eutanasia se reduce a un <i>45 por ciento</i> cuando se trata de aprobar la intervención de los médicos en los casos que no se sabe con certeza si la enfermedad va a llevar al paciente a la muerte.</p> <p><i>El Congreso de la Asociación Médica Británica:</i> 65 por ciento de los más de 200 profesionales presentes votaron contra la aprobación de una ley que les permita ayudar a morir a sus pacientes.</p> <p>Fuentes: http://www.eutanasia.ws/textos/runido0107.doc</p>	
Noruega	<p>El artículo 235 del Código Penal noruego establece que quien, con su consentimiento, causa a otro la muerte o una lesión grave o que, por piedad, causa la muerte a un enfermo incurable o le ayuda a suicidarse, podrá ser sancionado con pena menor al mínimo previsto o con la conmutación de la pena por servicio a la comunidad.</p> <p>El artículo 236 castiga al que presta asistencia al suicida o al que le provoca enfermedad o lesiones graves de manera consentida; será penado como cómplice de homicidio consentido o por el delito de lesiones graves. No será penado si la muerte o las lesiones no se producen.</p>	

Dinamarca	<p>El Código Penal danés de 1930, en su artículo 239, regula el homicidio consentido sancionándolo con prisión de hasta tres años, pero si existen motivaciones piadosas, detención con una duración de mínimo 60 días. Si la muerte es consentida y operan los móviles de piedad, equivale al perdón judicial.</p> <p>El artículo 240 sanciona la ayuda al suicidio, aumentando la pena si la motivación del que asiste se basa en un interés personal, hasta con tres años de cárcel. Si el homicidio es realizado por móviles humanitarios, pero sin consentimiento, entonces se castiga como homicidio intencional aplicando la pena de privación de la libertad con un mínimo de cinco años.</p>	
-----------	---	--

Comparativo de la eutanasia en América Latina

País	Concepto al que se refiere	Código Penal	Código de Ética Médica
Argentina	<p><i>Eutanasia pasiva:</i> eutanasia por la cual se priva a personas con cuadros terminales de algún procedimiento que podría demorar una muerte inevitable.</p> <p><i>Eutanasia activa:</i> procedimiento que provoca la muerte del paciente.</p>	<p>En la Argentina esta forma de “Homicidio eutanásico” no está contemplada en el Código Penal argentino. Dicho código no considera al suicidio como un delito, pero sanciona con pena de prisión de 1 a 4 años a quien instigara o ayudara a otro a cometerlo y el acto se hubiese tentado o consumado (art. 83). (18)</p>	<p>En ningún caso el médico está autorizado a abreviar la vida del enfermo, sino a aliviar su enfermedad mediante los recursos terapéuticos del caso (código de la República de Argentina).</p> <p>En toda actuación el profesional cuidará a sus enfermos, ateniéndose a su condición humana. No utilizará sus conocimientos contra las leyes de la humanidad y en ninguna circunstancia le es permitido emplear métodos que disminuyen la resistencia física y la capacidad mental de un ser humano en forma definitiva, si ello no está condicionado por una indicación terapéutica o profiláctica muy precisa, siendo en estos casos conveniente obtener la aprobación de una Junta Médica (código Buenos Aires).</p> <p>Artículo 21. La cronicidad o incurabilidad no constituye un motivo para privar de asistencia al enfermo (código Buenos Aires).</p>
Brasil	<p><i>Homicidio especial:</i> homicidio cometido por un motivo de relevante valor moral o social.</p>	<p>Art. 121. Si el sujeto activo del delito, lo comete por un motivo de relevante valor moral o social, el juez puede reducir de un sexto a un tercio la pena señalada para el homicidio simple.</p> <p>Art. 122. Regula las conductas de participación en el suicidio. Se castiga el inducir o instigar a alguien a suicidarse o prestar auxilio para que lo haga, aumentándose o reduciéndose la pena en función de la consumación o tentativa de suicidio si de ésta resulta lesión corporal grave o si la víctima es menor o tiene disminuida su capacidad mental.</p>	<p>La resolución adoptada por el Consejo Federal de Medicina (CFM) permite a los médicos desconectar los aparatos que mantienen vivos de forma artificial a pacientes sin posibilidad de cura y en estado terminal.</p>

Colombia	<i>Homicidio por piedad:</i> cuando se mata a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable.	Art. 326. El que matare a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable incurrirá en prisión de seis meses a tres años. En mayo de 1997, el Tribunal Constitucional de Colombia decidió que cuando exista el consentimiento del paciente terminal, no podrá derivarse responsabilidad para el autor en base a la justificación de la conducta.	El código de Ética Médica permite la eutanasia pasiva.
Chile	Homicidio: privar de la vida a otro.	El derecho penal chileno no considera la eutanasia, por lo que cualquier tipo de ésta será considerado como homicidio.	El código de Ética del Colegio Médico de este país, en sus artículos 27 y 28, se manifiesta contrario a la eutanasia.
México	Homicidio: privar de la vida a otro.	El Código Penal Federal mexicano, en sus artículos 302 y 312, califica como homicida a todo aquel que prive de la vida a otro o, en su caso, lo induzca al suicidio.	El código de Ética Médica de México prohíbe la eutanasia.

Código de Bioética en México

Bioética en las instituciones de salud en México Documentos de interés general

Código de bioética para el personal de salud, México-2002

(Fragmento, apartados que tienen relación con el tema)

CAPÍTULO II.

CONDUCTA BIOÉTFICA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

10.- *Con base en las políticas de la Institución y en casos urgentes, si el paciente es incapaz de tomar una decisión para su diagnóstico y tratamiento y en ausencia de su representante legal, el personal de salud podrá aplicar las medidas que considere pertinentes y sean profesionalmente aceptadas.*

11.- *Es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite.*

12.- *El prestador de servicios de salud tiene la responsabilidad de sus enfermos a los que debe estar dispuesto a atender. Tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento y, sólo cuando lo amerite por no contar con los medios adecuados, lo derivará a otro colega o nivel para su atención.*

CAPÍTULO III.

EL ENFERMO COMO CENTRO DE INTERÉS DE LA BIOÉTFICA

14.- *El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad.*

20.- *El enfermo, en cualquier momento de su vida, puede expresar por escrito su voluntad anticipada para evitar que si sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas, se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con las que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida física, psicológica o socialmente aceptable.*

CAPÍTULO IV.

POTESTADES BIOÉTFICAS DEL PERSONAL DE SALUD

28.- *El personal de salud podrá rehusarse a aplicar medidas diagnósticas y terapéuticas que a su juicio pongan en riesgo la vida, la función de los pacientes o su descendencia, bien sea a petición de los propios pacientes, de sus superiores jerárquicos o autoridades institucionales, cuando se oponga a la práctica médica comúnmente aceptada, a los principios bioéticos, a sus capacidades profesionales o a razones de objeción de conciencia.*

CAPÍTULO V.

RESPONSABILIDADES DE LOS INDIVIDUOS SANOS Y DE LOS PACIENTES

31.- *El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública.*

32.- *El paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento. Este precepto debe aplicarse a los niños, ancianos, o pacientes con trastornos mentales leves, si su estado de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente. Su aceptación en estos casos debe ser ratificada por los padres, tutores o responsables.*

CAPÍTULO VIII.
TEMAS BIOÉTICOS ESPECÍFICOS

46.- *La donación de órganos y tejidos para trasplantes debe ser promovida por el personal de salud y por la población en general.*

50.- *Al paciente terminal se le aplicarán los procedimientos más actuales de la medicina paliativa para aliviar en lo posible sus sufrimientos físicos y psicológicos, aunque esto pudiera acortar su vida sin que ello implique provocar su muerte.*

(La Comisión Nacional de Bioética agradece, en este documento, la recepción de los documentos de trabajo que precedieron a este Código, lo hace a las 1 300 Instituciones de Educación Superior, Academias, Colegios, Comisiones Nacionales, Hospitales, Instituciones Médicas Privadas, Institutos de Salud, Organismos de la Administración Pública, Organismos No Gubernamentales, Sociedades Médicas, Personas Físicas y expresa su particular reconocimiento a: Academia Nacional de Cirugía, Academia Nacional de Medicina, Academia Nacional Mexicana de Bioética, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, Centro Nacional de Rehabilitación, Colegio de Bioética de Nuevo León, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, Facultad de Medicina de la UNAM, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital Juárez de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”, Instituto Nacional de Perinatología, Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa, Miembros de la Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud Chiapas, Secretaría de Salud Coahuila, Secretaría de Salud Jalisco, Secretaría de Salud Sonora, Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud de la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Relaciones Institucionales de la Secretaría de Salud, Universidad Autónoma de Chiapas, Universidad Autónoma de Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Panamericana, Visita a la página Web de aquellas personas interesadas).

Fuente: <http://www.conamed.gob.mx/codbioetica.htm>

Artículo 4. La comisión nacional tendrá las siguientes atribuciones:

I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones;

II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios a que se refiere el artículo 3º de este decreto;

III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan;

VI. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:

A) probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio;

B) probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario, y

C) aquellas que sean acordadas por el consejo;

VII. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje;

VIII. Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia;

IX. Hacer del conocimiento del órgano de control competente, la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la información que le hubiere solicitado la comisión nacional, en ejercicio de sus atribuciones;

X. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, y de los colegios, academias, asociaciones y consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios, de proporcionar la información que le hubiere solicitado la comisión nacional. Asimismo, informar del incumplimiento por parte de los citados prestadores de servicios, de sus resoluciones, de cualquier irregularidad que se detecte y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito;

XI. Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia;

XII. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones;

XIII. Asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la comisión nacional;

XIV. Orientar a los usuarios sobre las instancias competentes para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional, y

XV. Las demás que determinen otras disposiciones aplicables.

Fuente: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/192/5.htm?s=iste>

Comités de bioética y otros documentos normativos en hospitales

<i>Institución</i>	<i>Comité</i>	<i>Reglamentos médicos</i>	<i>Fuentes para consulta</i>
Interinstitucional	Comisión Nacional de Bioética	Código de Bioética para el personal de Salud, México, 2002	http://www.conamed.gob.mx/codbioetica.htm
UMAE Dr. Hospital General “La Raza” (IMSS)	Comité Hospitalario de Bioética	Derechos de los Pacientes y derechos de los Médicos y de los profesionales en Salud	http://chblaraza.i8.com/
Hospital General de México (SSA)	Sociedad médica: dirección general	a) Documento sobre consentimiento informado (bioética)	http://www.smhg.org.mx/
		b) Código de conducta para el personal de salud	http://hgm.salud.gob.mx/pdf/dirgral/codigo_conducta.pdf
		c) Carta de los derechos generales de los pacientes, 2001	http://hgm.salud.gob.mx/pdf/dirgral/derechos_de_pacientes.pdf
		d) Carta de los derechos generales de los médicos	http://hgm.salud.gob.mx/pdf/dirgral/derechos_doctores.pdf
		e) Código de Bioética para el Personal	http://hgm.salud.gob.mx/html/dirgral/hosp_codigo2.html
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (ISSSTE)	Normas internas	Manual de organización, 1999. División de asuntos jurídicos.	http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/74/656/default.htm?s=iste

Comisión Nacional de Bioética Hacia la práctica de la Bioética en las Instituciones de Salud

Instituciones participantes:

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Comisión de Salud, Cámara de Diputados
Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Consejo de Salubridad General
Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud
Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia
Dirección General de Epidemiología
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección General de Promoción de la Salud
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Academia Mexicana de Ciencias
Academia Mexicana de Bioética ULSA
Colegio de Bioética
Academia Nacional Mexicana de Bioética
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
Instituto Nacional de Cancerología
Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez"
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Salvador Zubirán"
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Instituto Nacional de Medicina Genómica
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
Instituto Nacional de Pediatría
Instituto Nacional de Perinatología "Dr. Isidro Espinosa de los Reyes"
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"
Instituto Nacional de Rehabilitación
Instituto Nacional de Salud Pública
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Hospital General de la Mujer
Hospital General de México
Hospital Juárez de México
Hospital Nacional Homeopático
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
Centro Nacional de Transplantes
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
Servicios de Atención Psiquiátrica
Instituto de Seguridad y Solidaridad Social para los Trabajadores del Estado

Instituto Médico de Petróleos Mexicanos
Centro Médico ABC
Fundación Médica Sur
Grupo Ángeles
Hospital Ángeles Clínica Londres
Hospital Ángeles del Pedregal
Hospital Ángeles Lomas
Hospital Ángeles Metropolitano
Hospital Ángeles Mocel
Hospital de México
Hospital Español
Cetifarma
Fundación Mexicana para la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Escuela de Medicina Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana
Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional
Facultad de Medicina de la Universidad La Salle
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Invitados de honor:

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Profesores invitados:

Dra. Azucena Couceiro Vidal
Master en Bioética
Doctora en Ciencias Sociosanitarias
Profesora de Teoría e Historia de la Medicina
Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Conamed

Dr. Miguel Gerardo Lombera González
Comisionado de Autorización Sanitaria
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Cofepris

Dr. Ricardo Hernández Forcada
Director del Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos
Primera Visitaduría General
Comisión Nacional de Derechos Humanos

Dr. Javier Rosado Muñoz
Asesor de la Subsecretaría de Innovación y Calidad

Instituto Nacional de Cancerología
Av. San Fernando No. 22, Colonia Sección XVI,
México D.F., C.P. 14080
Tel: 5628 0400

Instituto Nacional de Cardiología
Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI,
Delegación Tlalpan, C.P. 14080
Zona de Hospitales de Tlalpan, México D.F.,
(Periférico Sur en la intersección con Viaducto Tlalpan)
Tels: 5573 2911 / 5573 5255
Fax: 5573 0994

Páginas recomendadas

http://www.salud.gob.mx/sitios/cnb2/programa_ceremonia.htm
<http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=1334>
<http://www.bioetica-debat.org/>
http://comunidad.uls.edu.mx/public_html/bioetica/index.html
http://comunidad.uls.edu.mx/public_html/bioetica/popup.html
<http://www.conamed.gob.mx/codbioetica.htm>
<http://www.bioeticaweb.com/content/category/8/64/46/>
<http://www.bioeticaweb.com/content/view/854/46/>
<http://www.cenatra.gob.mx>
<http://www.cendeiss.sa.cr/etica/02-prog.htm>
<http://www.cnb-mexico.org/>
<http://www.juridicas.unam.mx/>

Seguimiento de medios:
opiniones de actores relevantes

Legislación sobre la eutanasia

<i>Actor</i>	<i>Opinión</i>
<i>Asamblea Legislativa del Distrito Federal</i>	
Daniel Ordóñez, presidente de la Comisión de Procuración de Justicia en la Asamblea Legislativa (ALDF) (PRD).	<p>Reconoció que aún falta mucho por hacer para alcanzar las reformas legales sobre eutanasia y aborto.</p> <p>Al respecto, aceptó que antes de dar a conocer cualquier proyecto de dictamen, buscará el apoyo de sus 33 compañeros asambleístas del partido del sol azteca, “porque no quiero ir solo en este asunto”, agregó el legislador.</p>
Guillermo Xiuh Tenorio Antiga, coordinador del Grupo Parlamentario de Nueva Alianza en la ALDF.	Señaló que el aborto y la eutanasia no se han discutido en la Comisión de Gobierno de la ALDF, donde los coordinadores parlamentarios analizarían la posibilidad de organizar un referéndum.
Humberto Morgan, presidente de la Comisión de Participación Ciudadana de la ALDF (PRD).	<p>Consejeros del Instituto Electoral del Distrito Federal (IEDF) y diputados de la Asamblea Legislativa analizan la posibilidad de utilizar urnas electrónicas para realizar un referendo sobre aborto y eutanasia en esta capital.</p> <p>Incluso, durante una reunión de trabajo, acordaron analizar también la conveniencia de usarlas para las elecciones vecinales, que según los legisladores podrían llevarse a cabo durante la última semana de octubre.</p> <p>El diputado Morgan señaló que lo anterior se lograría siempre y cuando se aprueben las reformas a la Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal, quien destacó que su partido y el PAN promoverán las modificaciones durante el periodo ordinario de sesiones que iniciará a partir del 15 de marzo.</p> <p>Expuso que falta lograr consensos con el Partido Acción Nacional, aunque adelantó que actualmente los perredistas –que son mayoría en la ALDF– cuentan con el aval del resto de los partidos para impulsarlas.</p>
Fernando José Díaz Naranjo, consejero electoral del Instituto Electoral del Distrito Federal (IEDF).	Mencionó que de realizarse la consulta o referendo, los resultados estarían listos en dos o tres horas, además de garantizar su confiabilidad porque la urna electrónica opera como si fuera un cajero automático.
Tonatiuh González Case, diputado del PRI en la ALDF.	El legislador priísta manifestó su extrañeza porque ahora resulta que sus compañeros diputados están interesados en poner a discusión su propuesta de despenalizar el aborto y aprobar la eutanasia. “Tuvieron la ocurrencia de hablar de un referendo sobre este tema”, dijo.
Víctor Hugo Círiga, presidente de la Comisión de Gobierno y líder de la bancada del PRD en la ALDF.	Expresó: “Vamos a la discusión sobre eutanasia y aborto, eso nos demanda la ciudadanía del Distrito Federal; esos temas son los que espera una sociedad plural y abierta como esta”.

<p>Miguel Hernández y Jorge Triana, coordinador y vicecoordinador de la bancada del PAN en la ALDF, respectivamente.</p>	<p>La despenalización del aborto y la eutanasia en el Distrito Federal no puede aprobarse bajo un albazco legislativo y es necesario socializar más el tema.</p> <p>Aunque fijaron de antemano su postura en contra de la interrupción del embarazo y cierta apertura en el tema de la muerte asistida, en conferencia de prensa dijeron que en la semana se conformó una comisión especial de diputados, que estarán coordinados por el secretario general de su partido en la ciudad, Juan Antonio Arévalo, para abordar estos temas.</p> <p>La comisión estará abierta a escuchar las voces de los académicos y especialistas, pero de antemano al interior del PAN ya existe una postura.</p>
<p>Isaías Villa González, integrante de la Comisión de Gobierno (PRD) en la Asamblea Legislativa.</p>	<p>“El tema del aborto lleva tiempo discutiéndose, lo vamos a tratar de hacer en consenso junto con el asunto de la eutanasia. Estos temas forman parte de nuestros programas partidarios desde hace muchos años, desde la fundación y sólo estamos siendo congruentes”, refirió.</p>
<p>Miguel Ángel Errasti Arango, diputado panista de la ALDF.</p>	<p>Propuso que la urna electrónica, presentada a los legisladores locales, también sea utilizada para la realización del plebiscito sobre el aborto y la eutanasia.</p>
<p><i>Senado de la República</i></p>	
<p>Ernesto Saro, presidente de la Comisión de Salud del Senado de la República (PAN).</p>	<p>Reconoció que la propuesta del perredista Lázaro Masón lleva su firma, ya que la intención de crear la Ley General de Terminación del Tratamiento Curativo busca preservar los derechos de los enfermos terminales.</p> <p>“Que sea una muerte digna. Lo que estamos buscando es que no se extienda extraordinariamente la vida de un paciente que no lo desea, que no se le canalice, que no se le entube, que no se le tenga con respirador artificial, que no se le den quimioterapias. Yo lo veo con buenos ojos en lo personal”, dijo.</p> <p>Aunque reconoció que el planteamiento no ha sido discutido en su bancada, el legislador federal adelantó que la iniciativa no contradice los principios de Acción Nacional.</p> <p>Reconoció, sin embargo, que deberán realizarse algunos ajustes de redacción, producto de la discusión del tema en las comisiones de Salud, Justicia y Estudios Legislativos.</p>
<p>Santiago Creel, coordinador del PAN en el Senado.</p>	<p>Aunque dijo desconocer la iniciativa, se manifestó dispuesto a analizar su contenido.</p> <p>“No conozco todavía la iniciativa, pero los principios del PAN son muy claros en cuanto a la defensa de la vida; eso no obsta para que estemos en la mejor disposición de dialogar, debatir, reflexionar e intercambiar ideas”, agregó.</p> <p>Posteriormente, salió en defensa de la iniciativa del PRD que permitiría la eutanasia pasiva, al hacer notar que simplemente permitiría la muerte digna y correcta a los pacientes que así lo deseen.</p>

<p>Manlio Fabio Beltrones, presidente del Senado (PRI).</p>	<p>Elogió la propuesta, y aseguró que su bancada está de acuerdo con la iniciativa.</p> <p>“Lo que he visto en la propuesta del PRD, por conducto del senador Lázaro Masón, es una muy bien elaborada iniciativa que fundamenta perfectamente lo que puede ser el instrumento pasivo y activo de la misma y que verdaderamente habla del carácter biológico y también de salud pública. Nosotros estamos de acuerdo”, expresó.</p>
<p>Carlos Navarrete, coordinador perredista en el Senado.</p>	<p>Coincidió en que hay varios pendientes, por lo que la eutanasia pasiva podría quedar para el periodo extraordinario.</p>
<p>María Elena Orantes, secretaria de la Comisión de Salud del Senado (PRI).</p>	<p>Se pronunció por evitar que el tema se discuta desde posiciones extremas de conservadurismo o de liberalismo.</p>
<p>Lázaro Masón, senador de la república (PRD). Presentó la iniciativa sobre eutanasia pasiva en el Senado.</p>	<p>Desde la tribuna pidió apoyar la iniciativa frente a los miles de dramas familiares que implica el padecimiento de una enfermedad terminal.</p> <p>Aclaró que la creación de la Ley General de Terminación del Tratamiento Curativo y las reformas que se proponen al Código Penal no avalan que un médico provoque la muerte de un paciente.</p> <p>“La legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia o el suicidio asistido o muerte digna, y estamos de acuerdo con esto, lo que significa que si un médico llega a aplicar algún agente que ocasione la muerte a un paciente terminal, estará incurriendo en la ilegalidad y, por ende, en una punible conducta de homicidio”, sostuvo.</p>
<p>Guillermo Tamborrel, presidente de la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables del Senado (PAN).</p>	<p>Aseguró que su bancada analizará la iniciativa sobre eutanasia, siempre y cuando no implique la inducción de la muerte del paciente por el suministro de medicamentos.</p> <p>Sin embargo, el senador del PAN adelantó su rechazo a la propuesta impulsada por el PRD desde la pasada legislatura, en la Cámara de Diputados, en la que se contempla una especie de “inyección letal” para ayudar a morir al paciente enfermo.</p> <p>“Los seres humanos no somos perros a quienes, por diversas razones, pretendan poner a dormir. Sin duda alguna, dichas propuestas significan el retorno a la barbarie”, denunció.</p>
<p><i>Partido Acción Nacional en el Distrito Federal</i></p>	
<p>Mariana Gómez del Campo, dirigente del PAN en el D.F.</p>	<p>Ratificó el acuerdo logrado por la bancada albiazul en la ALDF, en el sentido de no apoyar la despenalización del aborto y el “testamento de vida”.</p>

<p>Juan Antonio Arévalo, secretario general del PAN en el D.F.</p>	<p>Con la clara posición de que van en contra de ambas prácticas, los panistas impulsarán la cohesión de los grupos sociales que están en contra de la interrupción del aborto y de la muerte asistida “no porque sea una bandera del PAN, sino porque es la posición de muchos sectores de la población”.</p> <p>Arévalo descartó que con esa estrategia se busque polarizar a la sociedad capitalina, pues aseguró que el PAN estará abierto a escuchar todo tipo de opiniones, desde médicos hasta organizaciones que apoyan el aborto y la muerte asistida, pero con la convicción de que Acción Nacional está en favor de la vida desde la concepción.</p>
<p><i>Organismos de Derechos Humanos</i></p>	
<p>José Luis Soberanes, Ombudsman nacional.</p>	<p>Consideró que la eutanasia, independientemente de las razones para realizarla, es un homicidio que el Estado no debe permitir.</p> <p>“La eutanasia es un homicidio, y el homicidio no puede ser bueno; ese homicidio debe ser castigado. No creo que sea válido que otra persona decida sobre la muerte de uno”.</p> <p>A pesar de que se negó a expresar su opinión acerca del aborto, pues la ley se lo prohíbe, Soberanes destacó que nadie puede decidir sobre la muerte de otra persona.</p> <p>“No voy a hablar como católico, pero sí voy a decir, como jurista, que creo que no se puede facultar a otro para que decida por nosotros, es como si alguien más decidiera con quién nos casaremos, por ejemplo”, expresó durante su participación en el coloquio de Bioética, organizado por la Universidad Pontificia de México.</p>
<p>Emilio Álvarez Icaza, presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.</p>	<p>“Eutanasia, sí; yo ya di instrucciones para que me desconecten”.</p> <p>“Si las personas y el Estado le hemos reconocido potestad y derecho a los individuos para decidir qué hacer con su patrimonio, qué hacer con sus casas, qué hacer con sus coches, qué hacer con sus bienes, ¿por qué no acompañarlos en el qué hacer con su cuerpo? Así como la sexualidad es un acto racional y tiene que ver con el inicio de la vida, si ya quieres tener un hijo o no, racionalmente yo quiero determinar cuál es el fin de mi vida”.</p>
<p><i>Iglesias</i></p>	
<p>Papa Benedicto XVI.</p>	<p>Reiteró su llamamiento a que los católicos rechacen el aborto y la eutanasia, al decir que la vida es un regalo de Dios y no puede ser acortada “bajo el disfraz de la compasión humana”.</p>
<p>Ministros de las Iglesias evangélicas, ortodoxa griega, bíblica de México, ecuménica de Constantinopla, maronita y apostólica mexicana, entre otras.</p>	<p>Expresaron un enérgico rechazo a la propuesta que, en los hechos, legítima “esta práctica de muerte”.</p> <p>En una conferencia de prensa, los sacerdotes demandaron a los legisladores aplicar un referendo antes de votar la iniciativa, pues es “inaceptable” pretender aprobar “una ley de muerte ante los ojos de las Iglesias y confesiones cristianas”, y a espaldas “de la opinión madura del pueblo mexicano, sin someterla a una discusión más profunda y sin escuchar la verdadera voz popular”.</p>

Marcelino Hernández, obispo auxiliar de la Arquidiócesis de México.	Dijo que la vida debe respetarse desde el momento de la concepción “hasta la muerte natural”.
Tarcisio Motte Martínez, Iglesia católica apostólica mexicana (conocida como “La hostia sangrante”).	Se pronunció por una discusión profunda sobre el tema, “no nada más filosófica, sino médica”.
Hugo Valdemar, vocero del Arzobispado Mexicano.	El vocero añadió que “con esto, sobre todo los católicos, la próxima vez que vayan a votar deben pensarlo muy en serio, porque no basta con una buena propuesta social, también debe valorarse la ética y la moral del candidato”. Esto “porque un católico de ninguna manera puede votar por un candidato que haga propuestas de leyes a favor de la eutanasia y el aborto”.
Mensaje difundido por la Oficina de Prensa de la Conferencia del Episcopado Mexicano (CEM).	Los obispos de México señalaron que la Jornada Mundial del Enfermo “es una ocasión para recordar que no podemos intervenir para la muerte de nadie, aun en situaciones de dolores extremos. Debemos buscar el mejoramiento de los cuidados de los enfermos aún en situación terminal”.
Arquidiócesis de México.	La iniciativa para legalizar la eutanasia y el aborto que se analizará en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal es “una falacia progresista que busca destruir la patria y esclavizar en el libertinaje a las personas”.
El obispo de Ecatepec, Onésimo Cepeda Silva.	Comentó que después de la propuesta respecto al aborto viene la ley sobre la eutanasia, la cual calificó como asesinato de los viejos.
José Luis Dibildox, obispo de Tampico.	“Que es una carga para la familia, pero si esa familia le da un sentido y le da el cariño, ese cariño que requiere ese niño, están haciendo una obra maravillosa para el reino de los cielos y la Iglesia le da un sentido a todo ello y por eso no puede estar de acuerdo con la eutanasia directa”, enfatizó.
Padre Arnulfo Rojas Bretón, parroquia de Ocotlán, diócesis de Tlaxcala.	Manifestó su rechazo a la legalización del aborto y la eutanasia. En entrevista, el presbítero expuso que los legisladores se han equivocado en su labor legislativa, ya que, dijo, su encomienda es trabajar por la defensa del ser humano.
<i>Administración Pública Federal</i>	
José Ángel Córdova Villalobos, titular de la Secretaría de Salud (Ssa).	Aseguró que la dependencia que encabeza respetará la decisión que tomen los legisladores en relación con la iniciativa para que enfermos terminales soliciten el fin de su tratamiento médico para “bien morir”.
<i>Poder Judicial del Distrito Federal</i>	
José Guadalupe Carrera Domínguez, titular del TSJDF	La viabilidad de aplicar la eutanasia en la ciudad debe discutirse ampliamente por los principales actores vinculados con el tema, pues tiene aspectos religiosos, éticos y jurídicos. En entrevista, reconoció que establecer un marco jurídico al respecto es responsabilidad de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), pero debe invitarse a toda la sociedad para que emita su punto de vista.

<i>Estados</i>	
Héctor Herrera Álvarez, <i>El Cholo</i> , candidato del PRD a la gubernatura de Yucatán	Se deslindó formalmente de promover la despenalización del aborto o la legalización de la eutanasia.
<i>Opiniones de médicos</i>	
Fernando Benítez Obeso, director del Centro de Especialidades Médicas (CEM).	Opina que aunque el tema de la eutanasia es algo que tarde o temprano tendrá que debatirse, las circunstancias en el país aún no están dadas para poder legalizarla.
Pedro Coronel Brizio, director del Hospital de Cancerología “Miguel Dorantes Meza”.	<p>“Como creyente religioso, creo que se debe respetar la vida al cien por ciento”.</p> <p>De acuerdo con el experto, en el caso de los enfermos de cáncer terminal, el sufrimiento es prolongado y hay pacientes que llegan a tener una agonía que puede durar meses. “Nosotros tenemos que hacer lo imposible para que la persona recupere su salud y darle un medicamento paliativo para que pase mejor su enfermedad”.</p> <p>Sin embargo, expone que “el problema es que como médico, sí vemos sufrir mucho a la gente y probablemente la decisión (de la eutanasia) pueda ser del enfermo o, en caso de que esté inconsciente y no se pueda recuperar, de los familiares”.</p>
Fernando Cano Valle, director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).	<p>Advirtió sobre las desigualdades que persisten en el país, el analfabetismo y la falta de acceso a los servicios de salud en que todavía se encuentran los municipios más pobres. Estas condiciones limitan la autonomía y poder de decisión de los individuos, afirmó.</p> <p>Por su parte, Cano Valle, también ex secretario ejecutivo de la CNB, alertó sobre los riesgos de aprobar la eutanasia en México, donde 40 millones de personas viven en condiciones de pobreza, 10 millones son analfabetas y persisten la desigualdad y la falta de acceso a los servicios de salud, factores que están directamente relacionados con los diversos grados de autonomía de los individuos, señaló.</p>
<i>Otros actores</i>	
Fabiola Montoya Martín del Campo, psicóloga con especialidad en Tanatología Clínica y Cuidados Paliativos (actualmente impulsa la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud en materia de medicina paliativa y su Norma Oficial Mexicana correspondiente).	<p>“En estos tiempos en que tanto se debate la muerte, vale pronunciarse a favor de la vida”.</p> <p>Montoya, afirma: “cuidados paliativos no es sinónimo de eutanasia”.</p>
Fernando Savater, filósofo español.	“Algunos dicen ‘es que yo respeto la vida’. Por eso, por respeto a la vida no se debe llamar vida a lo que ya no lo es. La vida en un ser humano no es un fenómeno biológico, sino simbólico; mantener a alguien obligatoriamente vivo no es mantenerlo humanamente vivo”.

Hans Küng, teólogo suizo.	Llamó a la Iglesia católica a no radicalizar la postura que tiene sobre el aborto, la eutanasia, la homosexualidad y la anticoncepción, cuatro problemas que son delicados porque los mismos católicos tienen visiones diferentes y no es posible hacerlos parte de una ética mundial.
Miguel Ángel Contreras Nieto, doctor en derecho.	Manifestó su abierto rechazo a la eutanasia, y dijo que esta práctica, tanto a nivel nacional como estatal, está prohibida y penada, con una sanción que va de cinco a 20 años de prisión.

Fuente: Búsqueda electrónica en *El Universal*, *Reforma*, *La Jornada* y *Milenio*.

Artículos de opinión recomendados

Legislación sobre la eutanasia

<i>Autor</i>	<i>Fragmento del artículo</i>
<p>Arnoldo Kraus /III y último Eutanasia: la vuelta de la tuerca <i>La Jornada</i> 28 de febrero de 2007</p>	<p>“En la eutanasia, tal como ha demostrado la experiencia holandesa y la de Oregon, también es mentira la idea pregonada <i>ad nauseam</i> por los grupos que denuestan esta práctica, quienes aseveraban que las peticiones para optar por la buena muerte se incrementarían en caso de que ésta se legalizara. El tiempo ha demostrado lo contrario: las solicitudes en busca de eutanasia activa (Holanda) o de suicidio asistido (Oregon) no han aumentado conforme pasan los años.”</p> <p>Cuando se habla de temas tan ingentes como la eutanasia, el aborto u otros relacionados con la ética médica, es evidente que la opinión pública se mueve con mayor celeridad e inteligencia que las leyes de la sociedad.</p>
<p>Sergio Sarmiento Jaque Mate Eutanasia pasiva <i>Reforma</i> 17 de abril de 2007</p>	<p>“Debo reconocer que yo me inclino por una legislación que vaya más allá que esta propuesta en materia de eutanasia. Estoy convencido de que hay casos en que la eutanasia activa no sólo es pertinente sino incluso obligatoria desde un punto de vista moral. Pero entiendo las dificultades de aprobar en estos momentos una legislación que permita la eutanasia activa. El agravio para los católicos sería enorme. Un intento por legalizar la eutanasia activa despertaría un debate que dividiría a nuestro país tanto o más que el que estamos presenciando en materia de aborto.”</p>
<p>Paz Fernández Cueto Lo natural <i>Reforma</i> 5 de enero de 2007</p>	<p>“La experiencia con la eutanasia demuestra exactamente lo mismo. Es la vida o más bien la muerte, la que se pone en juego ante la percepción subjetiva de un médico, el peso de la carga económica de una enfermedad o la depresión anímica del enfermo. O se respeta la vida absolutamente, o caemos en una pendiente peligrosa según el criterio dominante.”</p>
<p>Miguel Ángel Ochoa Covarrubias Eutanasia y cuidados paliativos <i>Milenio Diario</i> 18 de abril de 2007</p>	<p>“Aclaro que para el especialista en cuidados paliativos, la eutanasia nunca es ni debe ser una opción terapéutica. Los paliativos nos dedicamos a dar calidad de vida. Controlar el dolor de un paciente nunca acelerar su muerte. Contamos con especialistas algólogos que evitan que el paciente tenga dolor. Y además, ¿quién asegura que el paciente se va a morir en menos de seis meses?”</p>

<p>Arturo Zamora Jiménez La eutanasia y el consentimiento <i>Milenio Diario</i> 18 de abril de 2007</p>	<p>“Antes de tomar postura, debemos considerar que ayudar para morir y ayudar a bien morir (a través de métodos paliativos) son cosas totalmente diferentes, por lo que de entrada es importante que los legisladores realicen una profunda reflexión sobre una figura de reciente incorporación a la legislación que se conoce como ‘el consentimiento’, que excluye toda responsabilidad penal, según la fracción III del artículo 15° del <i>Código Penal Federal</i> al definir que es causa de exclusión ‘cuando se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado...’. No es un asunto sencillo, toda vez que al consentimiento le precede una valoración en la que se renuncia a ciertos derechos, debiendo manifestarse de manera clara y fehaciente.”</p>
<p>Arnoldo Kraus/ II Eutanasia: la vuelta de tuerca <i>La Jornada</i> 21 de febrero de 2007</p>	<p>“<i>La vida es un derecho, no una obligación</i>’, escribió Ramón Sampetro. Los familiares de Jorge León explicaron que ‘escapar de su propio infierno’ era su más profundo deseo. ‘Como la enfermedad, que nunca es igual, cada muerte es distinta’, escribí en la historia clínica de una enferma lúcida que deseaba adelantar su muerte, antes de que el cáncer que padecía le imposibilitase decidir acerca del final de su vida. ¿Qué significan y hacia dónde nos llevan esas reflexiones? Resumen, brevemente, como anticipé en la entrega previa, los seis casos de suicidio asistido narrados por la prensa en los últimos nueve años.”</p>
<p>Arnoldo Kraus/ I Eutanasia: la vuelta de la tuerca <i>La Jornada</i> 14 de febrero de 2007</p>	<p>“Entre Ramón Sanpedro (enero de 1998) y Madeleine Z (enero de 2007) han transcurrido nueve años. En ese tiempo, la prensa ha informado, incluyendo a los nombrados, de seis casos en los cuales la muerte se alcanzó por suicidio asistido. La <i>mass media</i> no publica regularmente lo que sucede en Holanda o en Bélgica, donde la eutanasia activa es legal, ni lo que acontece en Oregon, Estados Unidos, o en Suiza, donde el suicidio asistido es una opción válida.”</p>
<p>Fernando Rangel de León La eutanasia <i>Milenio Diario</i> 8 de abril de 2007</p>	<p>“Ahora empieza a ponerse en el tapete de la discusión el proyecto de Ley de Protección de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal, presentado por el PRD en la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, por la que se reconoce a los enfermos irreversibles y mortales su derecho a bien morir o a que no se prolongue su sufrida agonía, siempre y cuando médicamente se haya determinado la imposibilidad de sanar.”</p>

<p>Ricardo Sepúlveda Iguíniz Eutanasia, objeción de conciencia y derechos humanos <i>Milenio Diario</i> 23 de octubre de 2006</p>	<p>“En primer lugar, hay que tener presente que los derechos humanos en un país no son un asunto de encuesta o estadística, sino de estudio, análisis, reflexión y decisión. El enfoque de derechos humanos tiene la ventaja de que aporta una visión integral de la realidad y de sus problemáticas. Así, en el análisis del tema de la eutanasia, debe centrarse principalmente en el derecho a la vida, que a todas luces es un derecho de la persona, no del médico, ni tampoco de la sociedad. Aunado a lo anterior, este tema implica otros derechos, como el derecho a la salud o el derecho a una vida digna, del que se hace derivar el derecho a mitigar el dolor.”</p>
<p>Arnoldo Kraus Eutanasia en Holanda: la polémica <i>La Jornada</i> 25 de abril de 2001</p>	<p>“Para quienes consideran que el ser humano es autónomo, la eutanasia es válida. Para aquellos cuyos preceptos religiosos niegan la autonomía, la eutanasia nunca será permitida. Mientras los primeros no atentan contra los segundos, los últimos consideran que el ser humano no tiene derecho a decidir. Quienes ejercen la medicina y comprenden sus límites y los de la vida, y saben que para muchos pacientes terminales la muerte alarma menos que el cúmulo del dolor, la eutanasia, bien entendida, puede ser una vía que dignifique la profesión al aminorar los sufrimientos físicos y del alma de algunos enfermos y sus familiares. Así como la imagen de Dios ha mutado, la del ser humano también. La legalización de la eutanasia en Holanda es una gran invitación a dialogar.”</p>

Fuente: Búsqueda electrónica en *El Universal*, *Reforma*, *La Jornada* y *Milenio*.

Artículos y documentos
de fondo recomendados

Documentos sobre la eutanasia

Artículos

- Enrique Díaz-Aranda, "Eutanasia (propuesta de solución jurídica en México)", *Revista de derecho penal*, núm. 1, Rubinzal-Culzoni Editores, Buenos Aires, 2003, pp. 299-309.
- Arnoldo Kraus, "Eutanasia: reflexión obligada", *Revista de Investigación Clínica*, vol. 47, núm. 3, mayo-junio, México, 1995.
- Asunción Álvarez, "Eutanasia y suicidio asistido. Opciones al final de la vida", *Revista Investigación Clínica*, núm. 4, julio-agosto, México, 2002, pp. 295-298.
- Joanne Dorneward, "La política de eutanasia en los Países Bajos", en Fernando Cano Valle, Enrique Díaz Aranda y Eugenia Maldonado (coords.), *Eutanasia, aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM (Serie G: Estudios Jurídicos, núm. 22), México, 2001.
- Ruy Pérez Tamayo, "La eutanasia. Un dilema", *Nexos*, núm. 243, marzo, México, 1998, pp. 85-87.

Documentos

- Congregación para la doctrina de la Fe, Declaración sobre la Eutanasia.
- Discurso de Juan Pablo II al XVIII Congreso Internacional de la Sociedad de Transplantes (29 de agosto de 2000).
- Sexto informe anual del Acta de Muerte Digna de Oregon, Estados Unidos (en inglés, marzo de 2004).
- The Oregon Death with Dignity Act.
- Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio (Ley en Holanda).
- Discurso de Juan Pablo II sobre estado vegetativo y eutanasia (20 de marzo de 2004).

Libros

- Asunción Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, FCE, México, 2005.
- Arnoldo Kraus y Asunción Álvarez, *La eutanasia*, Conaculta, 1998.
- Dereck Humphry, *El derecho a morir*, Tusquets, Barcelona, 1986.
- Fernando Cano Valle, Enrique Díaz Aranda y Eugenia Maldonado (coords.), *Eutanasia, aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM (Serie G: Estudios Jurídicos, núm. 22), México, 2001.
- Hans Kung y Walter Jens, *Morir con dignidad*, Temas de Hoy, Madrid, 1995.
- Jean Pierre Soulier, *Morir con dignidad, una cuestión médica*, Temas de Hoy, Madrid, 1995.

Ronald Dworkin, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Ariel, Barcelona, 1994.

Sitios WEB

<http://www.epcc.ca>

Coalición contra la Eutanasia (Canadá).

<http://www.internationaltaskforce.org>

Fuerza Internacional Anti Eutanasia (Estados Unidos).

<http://www.notdeadyet.org>

La resistencia a la muerte todavía (Estados Unidos).

<http://www.hli.org>

Vida Humana Internacional (Estados Unidos).

<http://www.aciprensa.com/eutanasia/100-preguntas.htm>

100 preguntas y respuestas sobre la eutanasia. Comité para la Defensa de la Vida, Conferencia Episcopal Española.

<http://www.worldrtd.net>

Federación de Sociedades Pro Derecho a Morir.

<http://www.dmd.org.co>

Fundación Pro Derechos a Morir Dignamente (Colombia).

<http://www.cotesa.es/morirencasa/cgi-bin/index.cgi>

Morir en Casa. Grupo de personas comprometidas con cuidados paliativos (España).

<http://www.dwd.org>

Centro Nacional de Muerte con Dignidad (Estados Unidos).

<http://www.euthanasia.com>

Centro de Investigación sobre Eutanasia (Estados Unidos).

<http://www.admd.net/sommair.htm>

Asociación por el Derecho de Morir en Dignidad (Francia).

<http://www.nvve.nl/english/index.html>

Derecho a Morir (Holanda).

<http://www.ves.org.uk/index.htm>

Sociedad Voluntaria para la Eutanasia (Inglaterra).

Iniciativas y reformas de ley

Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones del Código Civil Federal

El que suscribe, diputado federal por el estado de Nuevo León, Juan Francisco Rivera Bedoya, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, con base en la facultad que me confiere el artículo 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se permite someter a la consideración del Pleno de la honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Unión el proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 454, 461, 462 y 520, fracciones IV y V, del Código Civil Federal; y se adiciona un Capítulo IV Bis con los artículos 481 Bis, 481 Bis I, 481 Bis II, 481 Bis III, 481 Bis IV, 481 Bis V, 481 Bis VI, 481 Bis VII, 481 Bis VIII, 481 Bis IX, 481 Bis X, 481 Bis XI, 481 Bis XII, 481 Bis XIII, 481 Bis XIV, 481 Bis XV, 481 Bis XVI del Código Civil Federal, en los términos que a continuación se exponen.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El ser humano –sabemos– nace, crece, se reproduce (en algunos casos) y muere. Es decir, lo único que se tiene seguro una vez que se nace, es que algún día habremos de morir, seguridad que no se ve reflejada en el accionar de las personas, porque si bien todos sabemos que en algún momento moriremos, la mayor parte de nosotros no tenemos un plan de qué se hará con nosotros cuando eso suceda.

Algunos sectores de la sociedad, por cierto una mínima parte, podrán comprar un seguro de vida; podrán proveer seguridad financiera a los seres que aman; otros otorgarán testamentos para la distribución de sus bienes terrenales, pero muy pocos se toman el tiempo para preparar en detalle lo que debe hacerse cuando la muerte se aproxime de manera inevitable, para cuando la certeza de la muerte es mucho mayor que las probabilidades de continuar con vida; o bien, cuando esta posibilidad es nula, o simplemente cuando las condiciones físicas de la persona no le permiten expresar con libertad su voluntad de qué hacer con él cuando estas condiciones se presenten.

Posiblemente es el miedo lo que hace de esta experiencia algo indeseable y difícil de manejar. Algunos, por sus acciones, pareciera que se consideran inmortales, o bien, demasiado jóvenes para pensar que la muerte y sus implicaciones les pueda suceder en el corto plazo. Esta actitud de evitar discutir, de pensar sobre el último momento de nuestra vida, hace que la mayor parte de las personas no estén preparadas para manejar con responsabilidad las necesidades inmediatas de las personas que amamos, y que están a cargo de tomar decisiones en el proceso de presentación de la muerte. En razón de que el propio afectado, por alguna razón, no puede tomar decisiones, ya sea por estar inconsciente, o privado de la voluntad para reflexionar y expresar de viva voz sus decisiones respecto a qué hacer con él en estas circunstancias.

Esta determinación de qué hacer con él, o cómo se deben conducir sus familiares cuando la persona se encuentra en estos supuestos extremos de cara a la muerte, no encuentra tampoco soporte jurídico para que las personas actúen con mayor certeza. No existe un marco jurídico que, en apoyo a las familias, o personas allegadas, les permita asumir las responsabilidades inherentes a la autorización de determinadas acciones médicas, sin que con ello corran el riesgo de verse afectados por consecuencias jurídicas o morales, derivadas de la toma de decisiones en estos momentos difíciles en que existe alta presión en todos los sentidos.

En muchos países del mundo existe una legislación al respecto, sólo baste mencionar los ejemplos de Estados Unidos de América, Colombia y la Unión Europea. De ahí la necesidad de normar en nuestro país que un ciudadano, en su completa lucidez, y en ejercicio pleno de su libertad, esté facultado para decidir cuáles deben ser los cuidados de su salud en un futuro, cuando no esté en condiciones de decidir, ya sea por un estado de inconsciencia o por la propia gravedad de la enfermedad.

Concretamente, en Estados Unidos de América existe una ley federal acerca de la autodeterminación del paciente (1990 Patient Self Determination Act), en la que se exige a los hospitales, hogares de ancianos y otras instituciones, que acepten los seguros médicos para personas de escasos recursos económicos (como Medicare y Medicaid en Estados Unidos de América), y para que suministren información por escrito a los residentes o sus allegados en el momento de la admisión, y sobre las instrucciones existentes acerca del cuidado que por adelantado haya dispuesto el directamente interesado.

Es perfectamente factible que en un documento se pueda especificar sus deseos, por ejemplo, de donar órganos, o bien, diseñar cuáles podrían ser los escenarios posibles ante una enfermedad incurable o un accidente inesperado, para que indique qué desearía que se hiciera en caso de que sufra una incapacidad que le impida tomar (o comunicar) estas decisiones cuando estos eventos ya se hayan presentado.

En México no existe todavía una norma que regule lo anterior, que ampare este derecho, por lo que es necesario actualizar nuestro marco jurídico, a fin de que se permita a los mexicanos tomar las medidas preventivas para deslindar a sus familiares y personas allegadas de la responsabilidad jurídica, o moral derivada de la toma de decisiones en momentos especialmente difíciles. De esta forma, en un acto pleno de responsabilidad, es el propio interesado quien, mediante un acto formal, prevé qué hacer cuando ya no se tiene la suficiente salud para tomar decisiones conscientes, por lo que designa, con todos los elementos legales ante un fedatario público, a la persona que se hará cargo de transmitir estas decisiones propias. Esta es la razón por la cual proponemos esta iniciativa de reforma y adiciones al Código Civil Federal para su aprobación.

Cuáles serían las ventajas

Las ventajas potenciales de la implementación de las directrices de cuidado de salud en situaciones críticas, por adelantado son:

- La disminución de la preocupación personal del directamente interesado. El médico adquiere un mayor conocimiento acerca de los deseos del paciente, para actuar en consecuencia.
- Disminución de la aplicación de “medicina defensiva” por parte del médico, cuando ya las posibilidades son nulas.
- Disminución de las intervenciones médicas ineficaces y costosas.
- Disminución general de los costos de la atención médica salvaguardando el patrimonio familiar.
- Disminución de los sentimientos de culpa o de impotencia para la familia a cargo de la toma de decisiones.
- Disminución de las preocupaciones de tipo legal para todas las personas involucradas.

Cuáles serían las limitaciones

Es claro que una disposición legal como la que se propone tiene limitaciones, lo cual radica en la escasa posibilidad de predecir los diversos escenarios en que se pueden presentar la incapacidad para manifestar conscientemente la voluntad. Esto es, la limitación para dar la totalidad de las instrucciones de cuidado por adelantado, lo que radica en la propia incapacidad del médico para predecir las situaciones que pueden presentarse en el futuro y los procesos que posteriormente podrían desarrollarse como alternativas disponibles para brindar solución a lo que hasta el momento se considera “irremediable”.

Pero esta limitación no es suficiente para no hacer nada, no prever posibles escenarios a partir de un historial médico, recurrencia médica o probabilidades de sucesos. Siempre será mejor avanzar que permanecer inmóviles.

¿Es necesario designar a alguien como responsable?

Sí, es necesario designar a alguna o algunas personas que se harán cargo de que sus indicaciones sean cumplidas en el momento de que se presenten los sucesos previstos, mediante un documento en que se hagan constar las instrucciones fáciles de especificar para que todos los involucrados puedan actuar en los términos de la voluntad expresada oportunamente por quien en ese momento ya no está en la capacidad de expresar libremente su voluntad.

Por qué hacerlo por adelantado

Esto facilitará a los seres queridos el tomar decisiones en momentos críticos. Además los médicos podrán tomar decisiones más fundamentadas en el deseo del paciente.

En momentos de crisis o al final de la vida, la preocupación y la ansiedad obstaculizarán la toma de decisiones. Por ello, expresar por adelantado cuál es nuestro deseo facilitará a los familiares una mejor toma de decisiones, puesto que en ocasiones los miembros de la familia tienen criterios distintos que pueden resultar en un conflicto y dificultan a su vez la toma de decisiones médicas más convenientes.

Quién sería la persona que se encargue

Puede ser un familiar o amigo de confianza. También es deseable que se discutan sus deseos con sus médicos e informe de sus decisiones a la mayor cantidad de familiares posible.

Qué es el tutor especial de atención médica

Ahora bien, nuestra legislación civil actualmente ya ofrece la posibilidad de que cualquier persona pueda designar a un apoderado o celebrar un contrato de mandato para que alguien lo represente en la celebración de cualquier acto jurídico, incluso particularmente cuando se trate de ser representado en asuntos judiciales. Sin embargo, nosotros observamos que esa regulación genérica y amplia no considera el aspecto fundamental de la incapacidad del poderdante o mandante.

En este sentido, para el caso de la incapacidad o falta de capacidad de manifestar nuestras decisiones, el Código Civil Federal, siguiendo la tradición del derecho romano, nos ofrece la regulación jurídica de la tutela, misma que, si bien resulta aplicable en su causa, merece ser actualizada bajo criterios más flexibles y prácticos.

Es oportuno señalar que no se pretende importar en forma literal prácticas de otras legislaciones, como la que tiene lugar en Estados Unidos, donde los de-

seos de un incapacitado son expresados previamente en formatos impresos proporcionados obligatoriamente por las instituciones hospitalarias o de salud.

Con tales consideraciones, optamos por el aprovechamiento de la fracción II del artículo 450 del Código Civil Federal, el cual específicamente prevé la incapacidad natural y legal para el caso de “los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes; siempre que debido a la limitación o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos o manifestar su voluntad por algún medio”. De esta forma, nuestro Código Civil Federal reconoce que será una tercera persona, el tutor, quien deba representar al mayor de edad incapacitado y tomar decisiones por dicho incapacitado.

En términos generales, la tutela en nuestro Estado deja el nombramiento, la supervisión y la vigilancia del tutor en manos de un juez, de un curador y de un consejo de tutelas, excluyendo la posibilidad de que sea el propio mayor de edad, con plena lucidez, quien designe a la persona de su confianza que lo va a representar en la manifestación de decisiones difíciles que tienen que ver con su propia salud y vida, sobre todo en los últimos momentos de ésta.

Es importante reiterar que no se pretende modificar el régimen general que la legislación civil federal ya prevé para la tutela, sino de ofrecer, adicional y especialmente, una alternativa legítima para el caso especial de la atención médica o de los cuidados de salud que deseamos recibir cuando no hay esperanza real y presente de recuperación.

En virtud de lo anterior, esta propuesta se basa en la adición de un Capítulo IV Bis con sus artículos 481 Bis y siguientes, que se refiere a lo que hemos denominado “tutela especial de atención médica”, para el supuesto de que un mayor de edad con incapacidad, originada por enfermedades o deficiencias persistentes, no pueda gobernarse por sí mismo y que, además, ya no exista posibilidad médica de que se vaya a dejar el estado de incapacidad o discapacidad.

En el artículo 481 Bis I, además de establecer con precisión el objeto limitado de la tutela especial de atención médica, que es la representación para decidir los cuidados de salud y la atención médica que el representado vaya a recibir en su incapacidad, también se propone dejar en claro que las instituciones públicas o privadas dedicadas a prestar servicios de atención médica o de cuidados de salud, así como los médicos y demás personas que independientemente presenten los servicios referidos, deben atender las decisiones del tutor especial de atención médica en el ejercicio de dicha tutela, lo que, sin duda, representa una obligación pero simultáneamente establece una precisa liberación legal de responsabilidad médica.

Considerando la importancia de la voluntad de las personas para esos momentos finales de su vida y en forma similar a lo que sucede en los testamentos, que son documentos en los que se consigna la última voluntad de las personas, proponemos que la tutela especial de atención médica sea considerada como un acto personalísimo, revocable y libre, por lo que la designación del tutor especial de atención médica deberá expresarse en un instrumento ante notario público, sin necesidad de testigos o de declaración judicial alguna. Esto último, en consideración de que el mayor de edad se encuentra en plena capacidad de ejercicio y el notario público está obligado a verificar tal circunstancia.

Así como solamente los mayores de edad tendrían la posibilidad de nombrar a un tutor especial de atención médica, en el artículo 481 Bis V resulta esencial que dicha designación deba recaer en mayores de edad, ya sean parientes o no del otorgante del instrumento notarial. Debido a la enorme confianza que ha de existir entre el otorgante y el tutor especial, en el artículo 481 Bis XIII se establece que el tutor especial de atención médica no debe recibir remuneración alguna.

Ahora bien, considerando que el tutor especial de atención médica es designado para ejecutar las decisiones de su representado, es de suma importancia que en el instrumento notarial en que se le designa sea válido y es deseable que contenga las instrucciones generales o particulares que la persona, en plena conciencia, le haya encomendado sobre los cuidados de salud o la atención médica que desee recibir o no. Es en estas instrucciones donde radica la expresión de la voluntad de la persona sobre dichos cuidados de salud o atención médica. Por lo mismo, se ha optado por no limitar la intención del mayor de edad y confiar en la posibilidad de indicaciones posteriores al instrumento notarial.

Otro aspecto relevante de la tutela especial que proponemos se refiere al inicio del ejercicio de la misma, dejando señalado con claridad que la tutela especial de atención médica se desempeña al momento de la incapacidad de la persona para gobernarse por sí misma o cuando no pueda manifestar su voluntad por algún medio, siendo necesaria la certificación de un médico, pero sin necesidad de la promoción de un procedimiento judicial, que requiere de tiempo, costo y abogados.

Por otra parte, proponemos que en el ejercicio de la tutela especial de atención médica no haya, en principio, disposición de los bienes del incapacitado. Sin embargo, considerando que resulta previsible que en muchos casos el nombramiento de tutor recaerá en algún pariente cercano, nos pareció más apropiado que el propio mayor de edad sea quien faculte o no al tutor sobre la disposición de sus bienes para el cuidado de su salud.

Finalmente, en el artículo 481 Bis XVI se propone establecer que la tutela especial de atención médica se extingue con la muerte del incapacitado, de-

jando establecido con claridad que a partir de ese momento corresponderá la intervención de los herederos y albacea del incapacitado.

En consideración de todo lo anterior, es que presentamos ante esta soberanía la iniciativa que contiene proyecto de

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN LOS ARTÍCULOS 454, 461, 462 Y 520, FRACCIONES IV Y V, DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL Y SE ADICIONA UN CAPÍTULO IV BIS CON LOS ARTÍCULOS 481 BIS, 481 BIS I, 481 BIS II, 481 BIS III, 481 BIS IV, 481 BIS V, 481 BIS VI, 481 BIS VII, 481 BIS VIII, 481 BIS IX, 481 BIS X, 481 BIS XI, 481 BIS XII, 481 BIS XIII, 481 BIS XIV, 481 BIS XV, 481 BIS XVI DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL, YA REFERIDO, EN LOS TÉRMINOS SIGUIENTES:

Artículo Único. Se reforman los artículos 454, 461, 462 y 520, fracción IV, y se adicionan la fracción V del artículo 520, así como el Capítulo IV Bis, denominado “De la Tutela Especial de Atención Médica”, con sus artículos 481 Bis, 481 Bis I, 481 Bis II, 481 Bis III, 481 Bis IV, 481 Bis V, 481 Bis VI, 481 Bis VII, 481 Bis VIII, 481 Bis IX, 481 Bis X, 481 Bis XI, 481 Bis XII, 481 Bis XIII, 481 Bis XIV, 481 Bis XV y Bis XVI del Código Civil Federal, para quedar como sigue:

Artículo 454. La tutela se desempeñará por el tutor con intervención del curador, del juez y del Consejo Local de Tutelas, en los términos establecidos en este código. En lo anterior no queda comprendida la tutela especial de atención médica prevista en este ordenamiento.

Artículo 461. La tutela es testamentaria, legítima, dativa y de atención médica.

Artículo 462. Salvo los casos de la administración o de tutela especial de atención médica, la tutela no podrá conferirse sin que previamente se declare en los términos que dispone el Código Procesal de la materia, el estado de incapacidad de la persona que va a quedar sujeto a ella.

CAPÍTULO IV BIS

DE LA TUTELA ESPECIAL DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 481 Bis. Los mayores de edad podrán designar a un tutor especial de atención médica para el caso de incapacidad o discapacidad originada por enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico, psicológico o sensorial que les impida gobernarse por sí mismos o no puedan manifestar su voluntad por algún medio y que, además, no exista una esperanza real y presente de que pueda dejar su estado de incapacidad o discapacidad.

Artículo 481 Bis I. La tutela especial de atención médica tiene por objeto la representación legal del mayor de edad incapacitado única y exclusivamente

para decidir los cuidados de salud y la atención médica que vaya a recibir el incapacitado.

Las instituciones públicas o privadas dedicadas a prestar servicios de atención médica o de cuidados de salud, así como los médicos y demás personas que independientemente presten los servicios referidos, deberán atender las decisiones del tutor especial de atención médica en el ejercicio de dicha tutela.

Artículo 481 Bis II. La designación de tutor especial de atención médica es un acto personalísimo, revocable y libre, que se expresa en cabal juicio ante notario público.

Artículo 481 Bis III. La designación del tutor especial de atención médica se otorgará en escritura pública sin necesidad de declaración judicial alguna.

Artículo 481 Bis IV. Para la designación del tutor especial de atención médica, en el caso de que el mayor de edad habitual o accidentalmente no disfrute de su cabal juicio, se requerirá el examen de dos médicos que certifiquen un intervalo de lucidez ante la presencia del notario público, quien podrá hacer cuantas preguntas estime conveniente, a fin de cerciorarse de la capacidad del mayor de edad.

El notario público transcribirá las certificaciones médicas y las preguntas y respuestas que, en su caso, se hubieren efectuado, así como los datos generales y cédulas profesiones de los médicos.

Firmarán la escritura pública, además del notario público, los médicos que intervinieron para el reconocimiento, haciéndose constar expresamente que en la designación del tutor especial de atención médica el mayor de edad tuvo perfecta lucidez de juicio y, sin estos requisitos, la designación será nula.

Artículo 481 Bis V. La designación del tutor especial de atención médica deberá efectuarse obligatoriamente a una persona mayor de edad. El tutor especial de atención médica podrá ser pariente del otorgante.

La aceptación de la tutela no es obligatoria y podrá ser expresa o tácita, pero una vez aceptada no podrá renunciarse a su ejercicio, salvo que demuestre impedimento o excusa ante un juez competente, quien resolverá sobre la validez de la renuncia.

Artículo 481 Bis VI. Podrá designarse a varias personas como tutores especiales de atención médica, pero sólo en forma sucesiva y en el orden que se haya determinado en la escritura pública correspondiente.

Artículo 481 Bis VII. Para el ejercicio de la tutela especial de atención médica no se requerirá de declaración judicial de incapacidad, ni de la intervención de un curador, de un juez o del Consejo Local de Tutelas.

El tutor especial de atención médica estará exceptuado de la obligación de dar garantía.

Artículo 481 Bis VIII. El tutor especial de atención médica iniciará el desempeño de la tutela a partir de que el mayor de edad que lo haya designado tutor tenga incapacidad de gobernarse por sí mismo o no pueda manifestar su voluntad por algún medio. Para tal efecto, bastará la certificación de un médico.

La ejecución de cualquier acto relacionado con la tutela se entenderá como aceptación tácita del cargo de tutor especial de atención médica del incapacitado.

Artículo 481 Bis IX. Para decidir los cuidados de salud o la atención médica que haya de recibir el incapacitado, el tutor especial de atención médica atenderá a las instrucciones que, en su caso, este último haya expresado en la escritura pública correspondiente o en aquellas indicaciones posteriores que su representado le haya confiado por cualquier medio.

Las instrucciones del mayor de edad, previas a su incapacidad, se atenderán en conciencia por el tutor especial de atención médica de acuerdo con la voluntad del mayor de edad y tendrá libertad para decidir sobre lo que no se haya expresado, aun cuando tales decisiones puedan acortar la vida del incapacitado.

Artículo 481 Bis X. Las instrucciones del mayor de edad sólo podrán referirse a los cuidados de salud o la atención médica que desee recibir o no. Podrán ser generales o particulares y referirse a cualquier procedimiento, tratamiento, medicamento, método o intervención médica o quirúrgica, incluyendo un periodo o lugar en el que desee recibir o no tales procedimientos, tratamiento, medicamento, métodos o intervenciones médicas o quirúrgicas.

En las instrucciones también podrá determinarse la voluntad del mayor de edad respecto de la donación de sus órganos, las cuales sólo serán válidas si se sujetan a la legislación aplicable a este caso.

Artículo 481 Bis XI. Toda persona mayor de edad tiene plena libertad de expresar en la escritura pública de designación del tutor especial de atención médica sobre lo que ella misma considere mínima calidad de vida.

Artículo 481 Bis XII. En el ejercicio de la tutela, el tutor especial de atención médica no dispondrá del patrimonio del mayor de edad incapacitado para sus cuidados de salud o la atención médica que el mayor de edad incapacitado haya de recibir, salvo que este último expresamente lo haya autorizado en la escritura pública de su designación con las facultades y límites ahí señalados.

En el caso de no haberse autorizado la utilización de recursos del patrimonio del incapacitado, quienes administren dicho patrimonio deberán realizar las

erogaciones que se requieran para los cuidados de salud o la atención médica que decida el tutor especial de atención médica en el ejercicio de la tutela.

Si el mayor de edad autorizó al tutor especial de atención médica para la disposición de su patrimonio, quienes lo administren deberán realizar los actos jurídicos necesarios para que el tutor especial de atención médica pueda disponer del patrimonio del incapacitado para los fines específicos de la tutela médica conferida. En este caso, el tutor especial de atención médica tendrá el carácter de apoderado general o especial para actos de administración o de dominio, según se haya determinado por el mayor de edad incapacitado y deberá rendir cuentas e informes a las personas que, en su caso, el mayor de edad incapacitado haya designado para tal efecto.

Artículo 481 Bis XIII. El tutor especial de atención médica no tendrá derecho a recibir remuneración alguna por el ejercicio de la tutela.

Cualquier indicación o estipulación en contrario será nula de pleno derecho.

Artículo 481 Bis XIV. El ejercicio de la tutela especial de atención médica conforme a la voluntad del mayor de edad incapacitado, no afectará la capacidad de heredar del tutor por dicho ejercicio.

Artículo 481 Bis XV. Para la nulidad, revocación y caducidad de la designación de la tutela especial de atención médica, se aplicará, en lo conducente, lo dispuesto en este ordenamiento para los testamentos.

Artículo 481 Bis XVI. El ejercicio de la tutela especial médica se extingue al momento de la muerte del incapacitado.

Artículo 520. (...)

- I. (...).
- II. (...).
- III. (...)
- IV. Los que acojan a un expósito, lo alimenten y eduquen convenientemente por más de diez años, a no ser que haya recibido pensión para cuidar de él, y
- V. Los tutores especiales de atención médica.

TRANSITORIO

Artículo Único. Este decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a los 13 días del mes de marzo de dos mil siete.

Diputado Juan Francisco Rivera Bedoya (rúbrica)

Turnada a la Comisión de Justicia, con opinión de la Comisión de Salud.

Gaceta Parlamentaria, número 2212-I, martes 13 de marzo de 2007. (459)

Iniciativa de decreto que reforma y adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, el Código Penal y el Código Civil, ambos para el Distrito Federal

El que suscribe, diputado Armando Tonatiuh González Case, a nombre del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 122 apartado C, base primera, fracción V, incisos h) e i) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 42, fracciones XII y XIII, y 46, fracción I del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, artículos 17, fracción IV, y 89 párrafos primero y segundo de la Ley Orgánica de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, someto a su consideración la siguiente iniciativa de decreto que reforma y adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, el Código Penal y el Código Civil, ambos para el Distrito Federal, al tenor de los siguientes:

ANTECEDENTES

Se define a la *eutanasia* como el derecho que tiene un paciente a decidir la forma y el momento de su muerte, con el objeto de evitar sufrimientos y agonía dolorosa como consecuencia de una enfermedad grave e incurable. Para ello se debieron agotar todas las opciones, que permitan diagnosticar la irreversibilidad de la enfermedad y por tanto la muerte inevitable.

La palabra *eutanasia* tiene su origen etimológico del griego: *eu* que significa “bueno” y *thanatos*, que es “muerte”, lo cual se traduce como “Buena muerte”.

Sin lugar a dudas el tema es polémico e implica tomar en cuenta diversas opiniones, pero son muchas las voces de médicos, juristas, pacientes y ciudadanos en general que se inclinan porque se legalice el derecho que tiene cualquier persona a decidir sobre su vida.

En este sentido el periódico *Milenio* publicó el año pasado una encuesta donde el 82 por ciento de los capitalinos están de acuerdo en que los enfermos terminales o totalmente incapacitados tengan el derecho a decidir sobre su vida.

En este contexto, en mayo de 2005, en la Cámara de Diputados se presentó una iniciativa de reforma a los códigos Penal y Civil federales para permitir la muerte asistida.

De igual forma, en octubre de 2005 se presentaron reformas a la ley de salud y al Nuevo Código Penal del Distrito Federal, para permitir la muerte asistida, mientras que en Nuevo León también se presentó una iniciativa para permitir la eutanasia.

En el mundo, el tema de la eutanasia no ha sido excluido de las legislaciones, a pesar de un lento avance a partir de 1934 el Código Penal de Uruguay establece el denominado *homicidio piadoso*.

En 1938, en el estado de Nueva Cork, se presentó una iniciativa de ley relacionada con la «muerte por piedad», mientras que en 1967 en el Reino Unido se presentó otro proyecto de ley.

En 1976 el estado de California aprobó la primera ley del «Testamento en Vida»; mientras que en 1983 en el mismo estado se aprobó la primera ley del Poder Notarial de Duración Indefinida para el cuidado de la Salud, por el cual quien lo firma nombra un apoderado para que tome cualquier decisión necesaria, en caso de que él quede incapacitado.

En 1988, el estado australiano de Victoria legalizó el «suicidio médico».

En Gran Bretaña, la eutanasia es ilegal; pero entre 1993 y 1994 se autorizó a varios médicos a desactivar los aparatos de pacientes que eran mantenidos con vida artificial y se reconoce el Testamento de Vida.

En Estados Unidos, Oregon es el único estado de la unión americana que cuenta con una ley de muerte con dignidad, que fue aprobada en 1997 por los votantes.

Mientras que en abril de 2005, en Francia se creó una ley que sin legalizar la eutanasia permite dejar morir a los enfermos incurables o en fase terminal.

Sin olvidar que en Alemania y Suiza es permitido el suicidio asistido y se reconoce el testamento de vida; a su vez España permite el suicidio asistido y en Dinamarca se reconoce el testamento de vida.

En países como China, Japón e India, se avanza en la materia y se prevé la legalización de la eutanasia.

Mientras que en 1984 Holanda es el primer país que legaliza la eutanasia por una decisión de la Corte Suprema. Para el año 2000 el parlamento holandés aprueba una ley que permite la eutanasia y el suicidio con asistencia médica.

Pero sólo dos países, Holanda y Bélgica, tienen una legislación que permite la eutanasia. El 28 de noviembre de 2000, el Parlamento de Holanda aprobó una ley que permite la eutanasia, el suicidio con asistencia médica y desde comienzos de 2002 tanto la eutanasia pasiva como la activa.

Dos años después, Bélgica despenalizó la eutanasia y es así que los enfermos que están en fase terminal pueden solicitar la eutanasia cumpliendo ciertos requisitos.

Contrario a lo anterior, en nuestro país, el artículo 312 del Código Penal Federal señala: «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 y el Código Penal para el Distrito Federal penaliza la muerte asistida en los artículos 123, 127 y 142.

Por lo anteriormente expuesto, se presenta la siguiente iniciativa de reformas a la Ley de Salud, el Código Penal y el Código Civil, todos del Distrito Federal, al tenor de la siguiente exposición de motivos:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas, señala en su artículo tercero el derecho a la vida, aunque en el artículo quinto señala el derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, lo que abre la posibilidad a la eutanasia.

De tal forma que cualquier persona tiene el derecho a vivir dignamente, a poder disfrutar cada momento, a caminar, hablar, ver, respirar, reproducirse; en resumen, a disfrutar de la vida.

Por ello es inaceptable que cuando la calidad de vida de cualquier persona se deteriora como consecuencia de una enfermedad o por daños irreversibles que originen dolores insoportables, se pretenda alargar la vida, porque inevitablemente la muerte llegará en cualquier momento; por lo que sólo se alarga el dolor de la familia y se produce la indiferencia de la sociedad.

Ante ello la eutanasia sí puede ser un derecho; pero siempre llenando requisitos y bajo ciertas condiciones.

A pesar de los grandes avances científicos y que día con día se dan grandes pasos para erradicar enfermedades, aún existen males que ocasionan que muchas personas, más allá de vivir, sobrevivan de manera dolorosa; es en este contexto que aquellos que se encuentran desahuciados suplican que se les deje morir con dignidad, para de esa forma terminar con su sufrimiento y el de sus seres queridos.

El principal derecho que tiene cualquier persona es el de la vida; pero el estar recluido en un hospital, con la certeza de que será inevitable quizá salir solo muerto, donde la vida depende de aparatos para respirar de manera artificial, parecen razones suficientes para tener el derecho a tener una muerte digna y voluntaria.

Ese derecho que debemos tener todos para poder disponer de nuestra vida en situaciones especiales, por dignidad principalmente y de esta manera se respeta la humanidad y la libertad.

En defensa de la dignidad humana es que la eutanasia resulta una opción, porque es más indigno prolongar la vida cuando se sabe de antemano que no hay remedio.

Los médicos no deben temer a la eutanasia, porque si bien su compromiso es para salvar vidas, ¿qué caso tendrá alargar una que al final será irremediable que se extinga?

En este sentido, el médico tal vez alarga una vida porque no acepta que ha perdido la batalla y que inevitablemente su paciente morirá.

Por ello, cualquier persona puede expresar por medio de un testamento de vida su voluntad de lo que se debe hacer en caso de padecer una enfermedad terminal o muerte cerebral, situación que en la presente propuesta se considera en la reforma que se propone al Código Civil y a la Ley de Salud, ambas del Distrito Federal.

El propio secretario de Salud, doctor Julio Frenk, ha señalado «que es un derecho de las personas rehusarse, cuando están en pleno ejercicio de sus facultades, a seguir medidas heroicas que prolonguen la vida. Por eso es importante el testamento en vida, para que una persona pueda expresar su voluntad de no recibir medidas que prolonguen su existencia más allá del curso natural de la enfermedad».

Por lo que resulta necesario que los legisladores no nos cerremos ante la realidad, ante la necesidad de miles de personas que sufren, sin olvidar que es necesario que exista un órgano que autorice llevar a cabo la muerte asistida, conformado por autoridades, apoyado con médicos, abogados y psicólogos, con el fin de que sea una comisión de ética.

De igual manera siempre se debe considerar que la prolongación inútil de la agonía de una persona sólo causa dolor a la familia y hasta costos económicos, en muchos casos difíciles de sufragar, más para familias de escasos recursos.

Es una realidad que en ocasiones la práctica de la medicina se deshumaniza, como resultado de un mundo globalizado, donde impera el capital por encima de la propia vida.

Aun así, nuestras leyes han procurado flexibilizarse ante situaciones tan delicadas como la muerte; es así que la Ley General de Salud, sin ser explícita en el tema de la eutanasia, sí considera la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan que a un paciente no se le extienda la vida, cuando no existe posibilidad de cura.

En este sentido, en las fracciones VIII y IX del artículo 77 bis de la Ley General de Salud, se señala que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán derecho a decidir libremente sobre su atención y otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.

Además de que el artículo 345 de la misma ley, dice textualmente: «No existirá impedimento alguno para que la solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante, conforme al orden expresado, se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343».

Es preciso señalar que el artículo 343 de la Ley General de Salud dice: «Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

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

Mientras que el artículo 344 señala que: «La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

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

A su vez la fracción II del artículo 16 Bis 3 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, señala que “el usuario tendrá derecho a una atención terminal huma-

nitaria y a recibir toda la ayuda disponible para morir lo más digna y aliviadamente posible”.

Por lo que se hace evidente que la legislación federal en materia de salud permite la interrupción de la vida, siempre y cuando se llenen los requisitos citados y por su parte la local abre de igual manera la posibilidad para que el paciente acceda a una muerte digna.

Ante ello es que la presente iniciativa pretende fortalecer la integridad humana y los elementos legales que permitan a quien lo desee acceder a una muerte digna.

Es así que se propone la reforma del artículo 123 para que al que prive de la vida a otro se le imponga de 8 a 20 años de prisión salvo lo establecido en el artículo 127 segundo párrafo de este código.

El artículo 127 deberá decir que 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 de 2 a 5 años de prisión.

En los casos a que se refiere el párrafo anterior, la conducta no será punible cuando la persona haya suscrito un Testamento de Vida o se haya hecho una Petición de Misericordia y que lo expresado en estos documentos haya sido aprobado por la Comisión de Ética y aplicado por el médico designado por dicha Comisión.

Con la reforma al artículo 142 se prevé que el que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de 1 a 5 años si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de 4 a 10 años de prisión, a excepción de lo establecido en el segundo párrafo del artículo 127 de este código.

En el caso de la Ley de Salud se implementa, primero, el Testamento de Vida que es el documento jurídico por el cual de manera libre y voluntaria una persona enferma, en estado terminal o física y mentalmente capaz, expresa su voluntad para que en caso de enfermedad o accidente, y que su mal estado de salud sea irreversible, doloroso y mortal, se le concedan los medios necesarios para interrumpir su vida.

Asimismo, en ese mismo documento podrá suscribir, si así lo desea, el donar o no su cuerpo u órganos a favor de cualquier persona o institución de salud

Segundo, la creación de una figura jurídica considerada como «Petición de Misericordia», que es la solicitud hecha por un familiar para que se termine con la vida de un paciente y se realizará solamente cuando no se haya suscrito un Testamento de vida.

En esta misma propuesta también se considera que para el caso de personas que se encuentren en estado terminal o muerte cerebral que no cuenten con algún familiar o conocido que sea responsable de ellos, y hayan transcurrido 5 años desde su internación, la Comisión de Ética podrá realizar una petición de Misericordia, de acuerdo a lo establecido en la presente ley

Tercero: también se crea la Comisión de Ética, que será el órgano interdisciplinario dependiente de la Secretaría de Salud, que determinará autorizar o negar lo establecido en un Testamento de Vida o Petición de Misericordia, es decir, que tomará la determinación de permitirle al paciente la muerte asistida.

La Comisión de Ética se integrará por el secretario de Salud del Distrito Federal, que a su vez la presidirá; por un representante de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal; un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; un representante del Colegio de Notarios; un jurista designado por el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal; un médico especializado en la materia, un especialista en Bioética y un psicólogo, designados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La Comisión deberá recibir y analizar el Testamento de Vida, certificado éste ante un Notario Público con los requisitos establecidos en el Código Civil del Distrito Federal, y verificará que la solicitud sea acompañada de un dictamen, de un médico especializado y la firma de dos testigos.

Solicitará y analizará el dictamen médico del paciente y la opinión por escrito del médico encargado de la situación futura del mismo y comprobará que el dolor del paciente sea insoportable e inútil, su muerte sea irremediable o que de prolongarse la vida ésta será en estado vegetativo e irreversible.

Es decir, la Comisión de ética sólo aprobará o desechará la voluntad del paciente expresada en el Testamento de Vida en un plazo no mayor a 90 días a partir de que se haya hecho la solicitud.

Si alguno de los médicos se negase a cumplir la voluntad del paciente, esa comisión designará a otro médico que cumpla con lo dictaminado.

Cuando un paciente esté en etapa terminal o con muerte cerebral, algún familiar podrá hacer valer el derecho denominado «Petición de Misericordia», que es la solicitud hecha por los familiares ante la comisión cuando éste no haya suscrito un Testamento de Vida, para que se dictamine a favor o en contra la petición.

En el caso de las reformas al Código Penal para el Distrito Federal, sólo establecerá que la privación de la vida no será punible cuando la persona haya suscrito un Testamento de Vida o se haya hecho una Petición de Misericordia y que lo expresado en estos documentos haya sido aprobado por la Comisión de Ética y aplicado por el médico designado por dicha Comisión.

De igual manera se reforma el Código Civil del Distrito Federal para crear el denominado “Testamento de Vida”.

Por lo expuesto y con los fundamentos mencionados, presento al Pleno de esta Honorable Asamblea Legislativa del Distrito Federal el siguiente proyecto de decreto de iniciativa de reforma y adiciones al Código Penal, a la Ley de Salud y al Código Civil, todas del Distrito Federal:

DECRETO

ARTÍCULO PRIMERO: Se reforman los artículos 123 y 142 y se adiciona un segundo párrafo al artículo 127 del Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 123.- Al que prive de la vida a otro se le impondrán de 8 a 20 años de prisión salvo lo establecido en el artículo 127 segundo párrafo de este código.

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 impondrán de 2 a 5 años de prisión.

En los casos a que se refiere el párrafo anterior, la conducta no será punible cuando la persona haya suscrito un Testamento de Vida o se haya hecho una Petición de Misericordia y que lo expresado en estos documentos haya sido aprobado por la Comisión de Ética y aplicado por el médico designado por dicha Comisión.

Artículo 142.- Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de 1 a 5 años si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de 4 a 10 años de prisión, a excepción de lo establecido en el segundo párrafo del artículo 127 de este código.

TRANSITORIOS

Primero: esta Asamblea Legislativa del Distrito Federal, considerando que es un asunto de suma importancia e impacto en la vida de los capitalinos, deberá contemplar la realización de un referéndum para que los ciudadanos del Distrito Federal expresen su opinión y su voluntad quede plasmada en la redacción del dictamen y sean ellos quienes decidan la aprobación o rechazo de esta propuesta.

Segundo: Publíquese en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* y en el *Diario Oficial de la Federación* para su mayor difusión.

Tercero: El presente decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*.

ARTÍCULO SEGUNDO: Se adicionan las fracciones X, XI y XII del artículo 2, los artículos 15 bis, 15 ter, 15 quater, 15 quintus, 15 sextus, la fracción III del artículo 16 bis 1, la fracción III del artículo 16 bis 3 y el artículo 16 bis 8 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 2º. Para los efectos de esta ley se entiende por:

I a IX ...

X. Testamento de Vida. Es el documento jurídico por el cual de manera libre y voluntaria una persona enferma, en estado terminal o física y mentalmente capaz expresa su voluntad para que en caso de enfermedad o accidente, y que su mal estado de salud sea irreversible, doloroso y mortal, se le concedan los medios necesarios para interrumpir su vida a través del médico designado por la comisión de ética.

En el Testamento de Vida podrá suscribir, si así lo desea, el donar o no su cuerpo u órganos a favor de cualquier persona o institución de salud.

XI. Petición de Misericordia; Es la Solicitud que hace uno o varios de los familiares de un paciente que se encuentra en fase terminal o con muerte cerebral y se realizará solamente cuando no se haya suscrito el Testamento de vida correspondiente.

XII. Comisión de Ética, es el órgano interdisciplinario que depende de la Secretaría de Salud, que tomará la determinación de autorizar lo establecido en un Testamento de Vida o una Petición de Misericordia, siempre y cuando se haya cumplido con los requisitos establecidos en la presente ley.

Artículo 15 bis.- La Comisión de Ética estará presidida por el secretario de Salud del Distrito Federal y estará integrada por:

- a) Un representante de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal;
- b) Un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal;
- c) Un representante del Colegio de Notarios;
- d) Un médico especializado en la materia, designado por la Secretaría;
- e) Un especialista en bioética, designado por la Secretaría;
- f) Un psicólogo, designado por la Secretaría; y
- g) Un jurista, designado por el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.

Artículo 15 ter.- En cuanto al Testamento de Vida, la Comisión de Ética realizará las siguientes funciones:

I.- Recibir y analizar la solicitud y el Testamento de Vida, certificado ante un Notario Público que presente cualquier paciente o su representante y que llene los requisitos establecidos por el Código Civil del Distrito Federal.

II. Verificar que la solicitud sea firmada por el solicitante y dos testigos mayores de 18 años y acompañada de un dictamen médico.

III. Solicitar y analizar la opinión por escrito del médico encargado sobre la situación futura del paciente y pedir la opinión de otro médico especialista.

IV. Verificar que aun tomando las previsiones médicas y humanitarias disponibles, el dolor del paciente sea insoportable e inútil o que exista muerte cerebral.

V. Aprobar la voluntad expresada en el Testamento de Vida que cumpla con los requisitos o en su caso rechazarla, resolución que deberá ser por mayoría de votos, en un plazo no mayor a 90 días a partir de que se haya hecho la solicitud.

VI. Informar al solicitante o representante por escrito el sentido de la resolución, además de entregar una copia simple de la misma a las autoridades del centro de salud donde se atiende al paciente y a su médico.

VII. De ser aprobada la solicitud deberá:

- a)* Entregar además a las autoridades del centro de salud donde se atiende al paciente y a su médico la autorización por escrito, para que éste a su vez lleve a cabo la voluntad expresada por el paciente de interrumpir su vida;
- b)* Acordar con el representante del paciente el tiempo y la manera en que se interrumpirá la vida de su representado;
- c)* Tomar las providencias sanitarias, médicas y legales para interrumpir la vida del solicitante;
- d)* En caso de negarse el médico que atiende al paciente, que de manera voluntaria solicitó poner fin a su vida, a cumplir este deseo, designar al médico certificado no objetor que cumplirá con la voluntad del solicitante;
- e)* Informar al representante y al centro de salud donde se atiende al paciente el nombre del nuevo médico designado.
- f)* Designar al paciente o la institución de salud que recibirá el cuerpo o los órganos donados por el paciente.

La resolución tomada por la Comisión de Ética en el sentido que sea, será irrevocable.

Artículo 15 Quater.- En caso de que un paciente se encuentre en fase terminal o con muerte cerebral y no haya suscrito un Testamento de Vida, se podrá hacer la solicitud de «Petición de Misericordia» ante la Comisión de Ética.

La Petición de Misericordia deberá reunir los siguientes requisitos:

I. La solicitud podrá realizarse por las personas que a continuación se enlistan y conforme al orden siguiente:

- a) El o la cónyuge; o
- b) El concubinario o la concubina; o
- c) Los descendientes; o
- d) Los ascendientes; o
- e) Los hermanos, o
- f) El adoptado o el adoptante; o
- g) El Conviviente.

II. La solicitud se hará por escrito, firmada por el solicitante y dos testigos que sean familiares del paciente y en ella se establecerá si se dona o no el cuerpo o los órganos del mismo a favor de cualquier persona o institución de salud;

III. Tanto el paciente como el solicitante, y los testigos, deben ser mayores de 18 años;

IV. En la solicitud se explicarán las razones por las que se realiza la petición; y

V. Se anexará el historial médico del paciente, además de la opinión escrita sobre su situación futura por parte del médico encargado de su atención.

Artículo 15 Quintus.- Con respecto a la Petición de Misericordia la Comisión de Ética tendrá las siguientes funciones:

I. Recibir la solicitud, revisarla y analizar el dictamen médico del paciente, tomando en consideración la opinión por escrito del médico encargado;

II. Verificar que aun tomando las previsiones médicas y humanitarias disponibles, la pérdida de la vida sea irremediable o que existe muerte cerebral;

III. Resolver en un plazo no mayor de 90 días sobre dicha solicitud.

Para el caso de la solicitud de Petición de Misericordia, se aplicará lo establecido en las fracciones VI y VII del artículo 15 ter de la presente ley.

La resolución tomada por la Comisión de Ética en cuanto a la Petición de Misericordia, en el sentido que ésta sea, será irrevocable.

Artículo 15 sextus.- Para el caso de personas que se encuentren en estado terminal o muerte cerebral que no cuenten con algún familiar que sea responsable de ellos, y hayan transcurrido 5 años desde su internación, la Comisión de Ética podrá realizar una petición de Misericordia, de acuerdo a lo establecido en la presente ley.

Artículo 16 bis 1. El Usuario podrá:

I a II ...

III. Suscribir un Testamento de Vida siempre y cuando se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales.

IV. A través de su Testamento de Vida, donar su cuerpo u órganos, siempre y cuando se cumpla con lo establecido con la Ley General de Salud.

Artículo 16 bis 3. El usuario tendrá:

I a II ...

III. El derecho en todo momento a suscribir un Testamento de Vida y solicitar por propia persona o a través del legatario designado en el testamento, que sea aprobada su voluntad por la Comisión de Ética.

Artículo 16 Bis 8.- Los prestadores de los servicios de salud a quienes corresponda interrumpir la vida de un paciente, de acuerdo a lo establecido por el inciso a), fracción VII del artículo 15 ter de la presente ley y cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tal interrupción, podrán excusarse de intervenir, para lo cual se aplicará lo establecido en el inciso d) de la fracción VII del artículo 15 ter de la presente ley.

TRANSITORIOS

Primero: Publíquese en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* y en el *Diario Oficial de la Federación* para su mayor difusión.

Segundo: El presente decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*.

ARTÍCULO TERCERO. Se reforman las fracciones III y IV del artículo 1501, se adicionan la fracción V del artículo 1501, el Capítulo IX del título tercero, libro tercero y los artículos 1598 bis, 1598 ter, 1598, quater, 1598 quintus y 1598 sextus del Código Civil para el Distrito Federal, para quedar de la siguiente manera:

Artículo 1501.- El especial puede ser:

- I. Privado;
- II. Militar;
- III. Marítimo,
- IV. Hecho en país extranjero, y
- V. De Vida.

Libro Tercero

Las Sucesiones

Título Tercero

De la Forma de los Testamentos

Capítulo I a VIII ...

Capítulo IX

Del Testamento de Vida

Artículo 1598 Bis. El testamento de vida es el documento jurídico revocable, mediante el cual una persona mayor de 18 años manifiesta, de manera libre y voluntaria, la actuación médica que se deba tener, en caso de encontrarse en una situación de salud que le impida expresar su voluntad. Asimismo, podrá suscribir, si así lo desea, el donar o no su cuerpo u órganos a favor de cualquier persona o institución de salud.

En el testamento de vida, la persona que lo firma designará a un legatario para que en caso de no poder expresar por sí mismo su voluntad, la sustituya en los términos del artículo 1392 de este código.

No podrá ser legatario quien haya firmado como testigo en la formación del Testamento de Vida.

El testamento de vida podrá ser revocado sólo por la persona que lo solicitó y firmó ante Notario Público, siempre y cuando sea de manera libre y voluntaria.

Artículo 1598 ter. El testamento de vida podrá realizarlo cualquier persona que lo desee de manera libre y voluntaria y se formalizará ante Notario Público.

Artículo 1598 quater.- Para su validez el Testamento de Vida deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- I. Haberse realizado ante Notario Público;
- II. Estar firmado por el solicitante, el Notario Público y dos testigos y;
- III. Los testigos deberán ser mayores de edad y podrán ser:

- a)* El o la cónyuge; o
- b)* El concubinario o la concubina; o
- c)* Los descendientes; o
- d)* Los ascendientes; o
- e)* Los hermanos, o

- f) El adoptado o el adoptante, o
- g) El conviviente.

Artículo 1598 quintus.- El paciente o su legatario podrá presentar ante el Comité de Ética, el Testamento de Vida, junto con una solicitud firmada por cualquiera de los dos, para que se evalúe la voluntad expresada y, de ser aprobada, llevarse a cabo.

Artículo 1598 sextus.- El Testamento de Vida deberá incorporarse al historial médico del paciente, para lo cual éste o su representante lo entregarán en el centro de salud donde se le atiende.

TRANSITORIOS

Primero: Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en el *Diario Oficial de la Federación* para su mayor difusión.

Segundo: El presente decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*.

ATENTAMENTE

Dip. Nazario Norberto Sánchez

Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal y se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo

El suscrito, Lázaro Mazón Alonso, Senador a la LX Legislatura, integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71 fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 55 fracción II, del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, someto a la consideración de esta soberanía, la siguiente INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 312 DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL Y SE CREA LA LEY GENERAL DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Las sociedades modernas se han distinguido por abrir cada vez más el debate en diversos temas que hasta hace unas décadas se encontrarán fuera de la discusión pública. Hoy en día, los ciudadanos se encuentran inmersos en un nuevo proceso de participación, incluyente y abierto, donde los problemas torales que afectan directamente a los individuos ya no son objeto de discusión por parte de unos cuantos sectores de la sociedad, sino por el contrario, la participación activa de la ciudadanía es cada vez mayor.

La existencia de una sociedad participativa no es ajena a México, hoy nuestro país, al igual que la mayoría de los sistemas, cuenta con la apertura y sensibilización de la ciudadanía en los principales temas de interés social.

Estamos entonces, ante una sociedad corresponsable con el Estado y ampliamente vinculada con los gobernantes para la toma de decisiones fundamentales; una sociedad incluyente, tolerante y pluricultural, capaz de abordar las principales problemáticas nacionales y mundiales.

Este tema es hoy en día objeto de debate a nivel mundial. La sociedad participa activamente y cada vez con mayor fuerza en esta discusión que no se

circunscribe a una mera decisión política, sino que involucra además, las esferas social, ética, jurídica y religiosa.

Es importante señalar que la discusión sobre este tema, ni es única, ni es reciente en nuestro país, pues tiene importantes antecedentes históricos.

Para los griegos, la idea de la buena muerte, se asocia de forma exclusiva a los individuos que habían tenido una buena vida, por lo que los ideales de virtud alcanzados en ésta, eran recompensados al final con una muerte sin dolor, situación digna para aquellos que llevaron una vida recta. Lo anterior nos permite observar que la concepción griega de la “*buena vida*” es asimilada en la actualidad, pues necesariamente se hace referencia a la dignidad de las personas y a su derecho a decidir sobre sí mismas.

Así las cosas, *la autodeterminación es garantía ineludible del ser humano*, pues finalmente es la persona y sólo ella quien decide, de acuerdo a sus valores, lo que a su juicio es digno o no. La conservación de la dignidad es a su vez un postulado de la independencia, el individuo deberá entonces enfrentar a la muerte con la misma dignidad con la que enfrenta la vida.

De este modo el derecho a una muerte digna se concibe filosóficamente como parte del proceso del hombre que encara la vida como un principio que, indefectiblemente, tiene un fin que a su vez tiene que ser pensado en los mismos términos en que se piensa la vida: de forma libre, digna y responsable.

Ante esto es necesario soslayar que cuando la vida ha dejado de tener las condiciones mínimas adecuadas y suficientes para considerarse como una vida digna, es necesario considerar la posibilidad de que sea el propio individuo quien determine su conclusión en razón de su estado de salud, mismo que trasgrede su propia estabilidad psíquico-emocional a grados por demás insostenibles. Es entonces cuando debemos como individuos y como sociedad, respetar la decisión de quien opte por una muerte digna.

En este tenor, se debe entender por situaciones de muerte digna aquellas en las que la dignidad humana parece encontrarse en una condición tal de oscurecimiento y lamentable ocaso, en las que la suspensión de la terapia aparece como una mejor alternativa; más humana que el simple pensamiento de la prolongación de una vida en condiciones deplorables. Se trata entonces, de conservar los valores más importantes del ser humano, su libertad, su autodeterminación y su dignidad.

Comúnmente, se concibe el proceso natural de la vida como un suceso progresivo, inalterable e improrrogable, que culmina con la muerte, ya sea de forma natural o accidental, del individuo, lo anterior, no podemos dejar de señalar que los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina, han contribuido a elevar la calidad de vida de millones de personas. Dichos avances han logrado crear nuevos tratamientos que prolongan la existencia de

los pacientes que los reciben, permitiendo incluso, dilatar los efectos de las enfermedades, mitigando su curso natural.

No obstante las ventajas que ha traído consigo la evolución de la medicina, tenemos que las personas que se encuentran en fase terminal de algún padecimiento llegan a sufrir severos dolores y malestares, que afectan física y emocionalmente no sólo a quien los padece sino a su familia y seres queridos, a tal grado que la propia persona enferma llega a solicitar la suspensión del tratamiento, por que en el mejor de los casos, solo prolonga su sufrimiento, mismos que comparten el dolor, pasando por el terrible trauma de ver como disminuyen las capacidades, el estado de salud y emocional de la persona amada.

Por ejemplo, Juan Pablo II, máxima autoridad de la Iglesia católica, pidió que no le dieran asistencia en su larga enfermedad y que lo dejaran morir en paz. Otro ejemplo lo tenemos con los sujetos en estado vegetativo en las instituciones de salud donde la familia pide la terminación del tratamiento y no presta atención al costo; en cambio, en los hospitales privados, las familias piden la terminación porque ya no pueden sostener los gastos médicos. En ambos casos los médicos no pueden hacer nada porque de lo contrario su conducta sería penalizada por la ley.

Además, nuestro sistema de salud carece de áreas de tanatología que ayude durante este periodo de trauma a la familia.

En este punto es necesario diferenciar la llamada eutanasia, del derecho a una muerte digna, para posteriormente analizar su marco jurídico y las circunstancias que en específico deben ser objeto de regulación en nuestro país.

En el derecho internacional y en el campo de la medicina se distinguen dos posibilidades del derecho a una muerte digna: la pasiva y la activa.

El derecho a una muerte digna de forma pasiva es definida como el conjunto de acciones u omisiones, que con el fin de suprimir cualquier dolor, causan la muerte al enfermo, no proporcionándole ningún agente para acabar con la vida, pero sí dejando que algunos procesos evolucionen espontánea o naturalmente como es el caso de las infecciones intercurrentes. En este caso se dejan de administrar al enfermo terminal los tratamientos respectivos, en vista de la imposibilidad de su recuperación.

La eutanasia ocurre cuando el paciente solicita ayuda a un tercero para morir de forma acelerada y sin dolor, así como la situación en que un tercero da muerte en caso de que el paciente presente muerte cerebral o incapacidad para decidir, recayendo la responsabilidad en familiares o conyuge.

A nivel internacional la muerte digna ha sido objeto de regulación en diversos países, aunque en la mayoría aún se discute su viabilidad o la forma en que

habrá de permitirse, pero en otros, se tiene una legislación completa en este tema.

Holanda y Bélgica son los países ejes de ésta práctica, sin embargo algunos otros como Suecia y Francia se ha pronunciado por la regulación de la eutanasia pasiva y por la prohibición de la activa.

En abril del año 2001, y tras un intenso debate prolongado por más de 25 años, Holanda se convirtió en el primer país en el mundo, en legalizar la terminación anticipada de vida; el Senado Holandés reformó el Código Penal y aprobó la “*Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio*”, que entró en vigor el 1 de abril de 2002. En dicha ley se establecieron los lineamientos jurídicos para permitir la eutanasia y la muerte digna, el suicidio asistido y el reconocimiento legal del testamento de vida.

En Holanda, y bajo el contexto de esta discusión, se consideró conveniente que en el Código Penal se incluyera un eximente de responsabilidad aplicable al médico, que bajo ciertos criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, hiciera terminar la vida de un paciente a petición del mismo, o prestarle auxilio para su suicidio.

Cabe mencionar que en el caso de la “*Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición del Auxilio al Suicidio*”, se regula detalladamente el actuar del médico, a fin de proceder legítimamente a la terminación de la vida o al auxilio al suicidio de una persona; entre los puntos que sobresalen, y de acuerdo al artículo 2 de la citada ley, se encuentran los siguientes:

Artículo 2

1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal implican 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 de 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 a) al d), y;

f) Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.

Otro punto interesante en esta ley, es la creación de comisiones regionales para la comprobación de las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio a petición del paciente. Cabe señalar que estas comisiones están compuestas por tres personas; un jurista, quien funge como presidente de la misma, un médico y un experto en cuestiones éticas, quienes están encargados de juzgar si el médico ha actuado conforme a lo establecido en la ordenanza mencionada.

El pasado 23 de septiembre de 2002, *Bélgica* aprobó la *Ley Relativa a la Eutanasia*, la cual permite a los enfermos en fase terminal, solicitar la muerte digna cumpliendo ciertos requisitos, dentro de los que se encuentran los siguientes: el paciente debe ser mayor de edad y estar mentalmente saludable. El paciente debe solicitar la muerte digna de forma voluntaria, bien considerada y repetidamente; el sufrimiento debe de ser insoportable; el paciente debe estar bien informado de su situación y de otras alternativas; un segundo médico debe confirmar que la enfermedad es incurable y que el sufrimiento sea insoportable, y la muerte digna debe de ser asistida por un médico.

Otros países europeos han avanzado en la legislación del derecho a una muerte digna pasiva, como es el caso de Suecia o Francia.

Para el caso francés, se aprobó de manera unánime la "*Ley Sobre el Fin de la Vida*", que otorga a cada enfermo terminal el derecho de decidir sobre la finalización de su vida. Sin embargo, deja intacta la penalización de la eutanasia en el Código Penal, como homicidio. Las principales características de esta ley, son las siguientes:

1. Rechazo o no emprendimiento de tratamientos terapéuticos cuando se considere que resultan inútiles, desproporcionados o no tienen más efecto que el mantenimiento artificial de la vida, pudiendo ser suspendidos. Además los médicos obtienen la seguridad jurídica de que no incurrirán en responsabilidad en estas situaciones.
2. Dispensa de cuidados paliativos cuando un paciente terminal decide limitar o detener todo el tratamiento. En este caso el médico debe respetar la voluntad de la persona después de haberle informado de las consecuencias de su decisión.
3. Prevé un documento en el que el paciente manifiesta sus disposiciones para el caso de que no esté en condiciones de expresar su voluntad. Es revocable en todo momento y debe haber sido redactado en un lapso menor de tres años.
4. 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 aplicándole un*

tratamiento que como efecto secundario puede abreviar la vida, debe informar al paciente”, y a la familia o a la persona de confianza.

5. En el caso del enfermo terminal inconsciente, la decisión de interrumpir el tratamiento debe ser realizado mediante un proceso colegial, consultando a la familia o persona de confianza, y en su caso, las directivas anticipadas.

En Suecia cualquier acto relacionado con la eutanasia enfrenta el escrutinio legal, como delito y se castiga hasta con 5 años de prisión, sin embargo, en casos extremos, un doctor puede desconectar las máquinas que mantienen con vida a un individuo.

En el continente americano, las reformas en torno al derecho a una muerte digna las encontramos en Estados Unidos y Uruguay.

En Uruguay, el Código Penal en su Artículo 30 castiga con veinte meses y hasta doce años de prisión, a quien cometa el delito de homicidio; sin embargo, también contempla la figura del homicidio piadoso en el Artículo 37, regulado en los siguientes términos:

Artículo 37.- Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.

De lo anterior se observa que la legislación uruguaya no define de manera estricta la eutanasia, pero la simplifica, y como tal debe ser penada. Determina una atenuante genérica que modera la represión del Estado. Asimismo, se sostiene que la originalidad de la propuesta penal uruguaya respecto al homicidio piadoso radica en dos hechos: ser el primero en Latinoamérica en permitir la exoneración en casos de muerte digna y en el hecho de haberse mantenido vigente desde 1934 hasta nuestros días.

En el año de 1990, Estados Unidos aprobó a nivel federal la “*Ley de Autodeterminación del Paciente*”, en la que se exige a los hospitales, hogares de ancianos y otras instituciones que reciben fondos de *Mediocre* y *Medicaid*, que suministren información por escrito a los pacientes y a los residentes en el momento de la admisión sobre las instrucciones anticipadas para cuidados médicos. Este tipo de información tiene por objetivo que el paciente tome sus propias decisiones acerca de los cuidados que le gustaría recibir en caso de desarrollar una enfermedad terminal o padecer una lesión potencialmente mortal. Además el paciente puede confiar a alguien la responsabilidad de decidir sobre su cuidado médico en caso de que sufra una incapacidad que le impida tomar o comunicar estas decisiones.

Por otra parte en este mismo país, el 8 de noviembre de 1994, en el estado de Oregon, se aprobó una ley que legaliza el suicidio, denominada “*Ley de Oregon para la Muerte Digna*”. Dicho ordenamiento permite a los médicos suministrar

fármacos letales a los pacientes desahuciados, los cuales tienen una esperanza de vida que no supera los seis meses. El paciente debe expresar por escrito su deseo de que se les administre el fármaco. Esta ley entró en vigor en 1998 tras ser refrendada en dos ocasiones por los votantes de Oregon.

En nuestro país, se han presentado propuestas que pretenden reformar las leyes correspondientes para establecer en la legislación mexicana el *Testamento en Vida* y la *Eutanasia*, prueba de ello es la iniciativa presentada por la diputada Eliana García Laguna. La propuesta tenía por objeto regular los derechos, obligaciones, mecanismos, instancias y autoridades competentes, en los casos en que una persona enferma en etapa terminal haya decidido ejercer su derecho a la terminación voluntaria de la vida para poner fin a los padecimientos derivados una enfermedad incurable. Ésta recoge el espíritu de la presentada por el diputado Pedro Miguel Rosaldo Salazar, producto del “*Foro Sobre los Derechos de los Enfermos Terminales e Incurables y Temas Afines*”, realizado en el Palacio Legislativo de San Lázaro el 28 de octubre de 2002.

Pero, no sólo el Poder Legislativo ha mostrado interés por abordar ese tema, sino también los sectores académicos y científicos de nuestro país se han mostrado atentos por que se ponga a debate este tema, aportando investigaciones multidisciplinarias en las que discuten las propuestas en favor y en contra del derecho a una muerte digna. Recientemente en el libro *Práctica y ética en la eutanasia* de la Dra. Asunción Álvarez del Río, se plantea el derecho del paciente a decidir cuándo y cómo terminar su vida, y el deber del médico de responder a esta petición; de igual forma, y como un elemento no menos importante, se reflexiona si el Estado debe respaldar el derecho del paciente a decidir y del médico a brindar auxilio en torno al derecho a una muerte digna.

Este debate cuestiona si la persona que padece una enfermedad crónica degenerativa en etapa terminal vive o no plenamente, llegando al extremo de considerar que las condiciones y perspectivas de su vida no son suficientemente razonables para soportar el dolor intratable o la pérdida de dignidad.

Esta reflexión tiene que ser resuelta al margen de toda discusión dogmática y enfocarse en las condiciones propias del problema, con las que de hecho tiene que vivir el paciente en estado terminal, procurando llegar a una conclusión razonable que ayude realmente al paciente.

En este sentido, hay quienes creen que vivir con dignidad es una característica distintiva del ser humano, la cual está indivisiblemente asociada a la capacidad de decidir el destino de su propia vida, constituyendo un parámetro central en la toma de decisiones que repercuten en los sujetos; de este modo, al tomar una decisión, es indispensable que se dé pensando en el enfermo y su dignidad.

Ante esta temática se puede recordar el juramento de Hipócrates (médico y filósofo) para mostrar los valores que encierra la práctica médica: “...*jamás*

proporcionaré a persona alguna un remedio mortal si me lo pidiese, ni haré sugestión alguna en tal sentido...” Este juramento, se escribió hace más de 2500 años, y su intención es por demás clara, poner límites morales a la injerencia que posee el médico en relación al paciente, para de esta forma, regular sus prácticas y definir sus limitantes en relación a sus conocimientos.

En la época actual le corresponde a la sociedad, a las autoridades y legisladores en su conjunto, determinar en base a las condiciones de la sociedad, determinar bajo que principios se ha de regir un individuo con relación a su vida, condiciones de desarrollo y momento adecuado de morir.

Es por ello necesario adecuar el marco normativo nacional, lo cual implica la actualización del derecho en relación a las problemáticas que nos afectan o que necesariamente nos afectarán. Es indudable que el derecho a una muerte digna debe ser objeto de regulación que impida los excesos, donde el marco jurídico no puede quedarse rezagado ante el avance social, científico y tecnológico.

Existen elementos que necesariamente deben ser ejes de una propuesta de tal magnitud, como lo son:

1. El reconocimiento de la dignidad humana, como una condición inherente al ser humano, tomando todo problema que atente contra esta dignidad como de importancia fundamental que demanda una pronta solución en beneficio de los afectados y que sienta un precedente para toda problemática posterior.
2. El respeto a la libertad de autodeterminación de los individuos, tomando siempre en consideración que esta libertad se dé de forma responsable e informada, procurando que a los ciudadanos se les proporcionen todas las facilidades para que sus decisiones se generen en los términos idóneos de conciencia y recapitación.
3. El contar con un diagnóstico certero de que la enfermedad es crónica e irreversible y que se tiene una esperanza de vida menor a seis meses, donde la presencia de dolores y malestares sean insoportables.
4. El reconocimiento de un documento en el que se puede plasmar los deseos de cada individuo en relación al trato que desea se le dé a su persona, en caso de caer en condiciones tales de inconsciencia, que sea incapaz de hacer manifiesta su voluntad de que se le aplique una muerte digna.
5. La creación de una comisión dictaminadora que posea las facultades necesarias para el análisis de las solicitudes del derecho a una muerte digna.
6. El establecimiento de reformas necesarias en otros ordenamientos como el Código Penal para regular la práctica del derecho a una muerte digna.

Cabe señalar que en nuestro país la legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia la muerte digna y el suicidio asistido. Dicha prohibición, no se encuentra como tal en ningún ordenamiento jurídico del país, sin

embargo se desprende de lo dispuesto por el Artículo 312 del Código Penal Federal, a saber:

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 le prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la revisión será de cuatro a doce años.

De lo anterior podemos desprender que aún y cuando un profesional de la salud aplique algún agente que ocasione la muerte a un paciente terminal estará incurriendo en la ilegal y por ende punible conducta de homicidio.

En este contexto resulta necesario adecuar el Código Penal Federal a fin de dotar de una eximente de penalidad a los profesionales de la salud que privilegien el derecho a una muerte digna, de conformidad con esta Iniciativa denominada *Ley General de Suspensión del Tratamiento Curativo*.

En atención a lo expuesto con anterioridad, someto a la consideración de esta H. Cámara de Senadores, la presente iniciativa que tiene por objeto regular de una manera integral la práctica de una muerte digna en nuestro país, incorporando de manera puntual todo el procedimiento y formalidades de un tema de esta relevancia, determinando las responsabilidades y derecho de las personas que decidan optar por esta alternativa ante el ocaso de su vida.

En este contexto, resulta de la mayor importancia señalar que en la presente iniciativa se incluyen elementos que, sin duda, condicionan y limitan la práctica de una muerte digna, con el objeto de regularla. Al respecto, se dedica un capítulo especial para el *Derecho de la Terminación de Vida*, así como para su aplicación y requisitos que deben reunir las solicitudes; se crea el Comité Nacional de Bioética Médica encargado de coordinar las actuaciones de los Comités de Bioética Médica de cada unidad hospitalaria, los cuales están facultados para analizar los casos en particular y emitir, derivado de dicho análisis, su autorización para la aplicación de una muerte digna.

Por último, las sanciones que, para el caso particular de esta Ley, se remiten a la legislación penal federal, con la finalidad de que se siga castigando el auxilio asistido, ejecutado en contravención a la Ley que se presenta.

Un punto interesante de esta iniciativa y que representa un avance respecto a otras que se han presentado, es el concerniente a la *Declaración Anticipada*, elemento que se encuentra vigente en la legislación de Bélgica. Este mecanismo se considera como el medio idóneo para manifestar la voluntad del paciente, aún y cuando el estado de salud de la persona quien suscriba la declaración anticipada no sea considerado como estado terminal.

La propuesta de “Testamento de Vida”, que existe en otras legislaciones, carecería de congruencia con la nuestra, ya que el Artículo 1295 del Código Civil

Federal dispone que el testamento, en su forma genérica, *“es un acto personalísimo, revocable y libre, por el cual una persona capaz dispone de sus bienes y derechos, y declara o cumple deberes para después de su muerte”*. En tal sentido podemos afirmar que en el caso del llamado *“Testamento de Vida”* su propia naturaleza implica su cumplimiento antes de la muerte del, en este caso, testador, pues de otra forma, es decir, ciñéndose a lo establecido en el citado Código Civil, no tendría razón de ser.

Lo anterior aplica, incluso, para los denominados testamentos especiales, como el Privado, el Militar, el Marítimo y el hecho en país extranjero -conforme lo dispuesto en el Artículo 1501 del Código Civil Federal-, pues ninguno de ellos surte efectos en vida del testador.

La vida, tal como es concebida por el Estado mexicano, es un principio y derecho fundamental; sin embargo, también es cierto que éste debe garantizar que su desarrollo sea en condiciones de libertad, en compatibilidad con el respeto a la dignidad humana, a la autonomía del individuo, al libre desarrollo de la personalidad y a la prohibición de tratos degradantes e inhumanos frente a los derechos inalienables de la persona.

Por último, es necesario recalcar, que la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo en estado terminal que sabe que no puede ser curado y que, por ende, no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas.

El derecho fundamental a vivir en forma digna implica, entonces, el derecho a morir dignamente.

Por todo lo anteriormente expuesto, se somete a esta H. Cámara de Senadores de la LIX Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 312 DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL Y SE CREA LA LEY GENERAL DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO.

PRIMERO. Se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal para quedar como sigue:

Artículo 312.- El que preste 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.

No se aplicará pena alguna para el profesional de la salud que actúe de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo.

SEGUNDO.- Se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo para quedar como sigue:

LEY GENERAL DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO

TÍTULO PRIMERO

Disposiciones Generales

CAPÍTULO ÚNICO

ARTÍCULO 1.- La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de los pacientes en estado terminal y de toda persona que manifieste su voluntad de que se le aplique la presente por medio de su declaración anticipada, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento.

ARTÍCULO 2.- La aplicación y seguimiento de esta Ley corresponde a:

- I. El Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud y demás dependencias que integran la administración pública en el ámbito de sus respectivas competencias;
- II. El Comité Nacional de Bioética Médica y los Comités de Bioética Médica, y
- III. Los gobiernos de las entidades federativas y del Distrito Federal.

ARTÍCULO 3.- Para los efectos de la presente Ley, se entenderá por:

- I. *Analgésicos opioides*: Los estupefacientes referidos en el Capítulo V, artículos 234 al 244, de la Ley General de Salud, y todos los demás establecidos como tal por las normas oficiales mexicanas.
- II. *Carta de Declaración Anticipada*. Documento otorgado ante fedatario público, a través del cual un ciudadano con pleno uso de sus facultades mentales, plasma su voluntad de que se le aplique la suspensión voluntaria de tratamiento curativo una vez que se encuentre con diagnóstico de enfermedad terminal y no pueda, por motivos relacionados a su estado posterior de salud, manifestar su voluntad acerca de la misma.
- III. *Comité Nacional de Bioética Médica*. Comité encargado de coordinar las labores de los Comités de Bioética Médica.
- IV. *Comités de Bioética Médica*. Comités integrados en cada institución de salud pública, encargados de dictaminar en torno de las solicitudes de suspensión voluntaria de tratamiento curativo recibidas.

V. *Enfermedad terminal*: Todo padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable que se encuentra en estado avanzado en el que existe certeza de muerte en un lapso no superior a seis meses.

VI. *Instituciones de salud*. Establecimientos, sean públicos o privados, que brinden servicios de atención médico asistencial y psicosocial ambulatoria o de internamiento o de visita domiciliaria.

VII. *Médico tratante*. Al profesional de la salud, reconocido así por instituciones acreditadas por las autoridades educativas, que tiene a su cargo coordinar la información y la atención sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso de atención médica, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales al paciente.

VIII. *Paciente en estado terminal*: Aquella persona a la que le haya sido diagnosticada alguna enfermedad terminal, cuyo tratamiento no pueda ser curativo, sino solamente paliativo; y tenga como consecuencia de la enfermedad la muerte, en un lapso de tiempo no superior a seis meses.

IX. *Profesional de la salud*: Todo aquel profesionista capacitado para brindar servicio asistencial en el ámbito de la salud, previo reconocimiento por instituciones acreditadas por las autoridades educativas, como son: escuelas, institutos y universidades de nivel técnico y superior, que autoricen el ejercicio de dichas labores.

X. *Secretaría*. La Secretaría de Salud.

XI. *Solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento*. Documento por medio del cual el representante legal de un paciente en estado terminal, menor de edad ó que por su estado de salud no pueda hacer pleno uso de sus facultades mentales, solicita la suspensión voluntaria de tratamientos curativos o paliativos en los términos de la presente Ley.

XII. *Suspensión de tratamiento*: Derecho de los pacientes en estado terminal a decidir sobre la sustitución del tratamiento curativo por una de tratamiento paliativo en los términos de la presente Ley. Además la suspensión de tratamiento comprende: la suspensión voluntaria de tratamiento curativo; la suspensión anticipada de tratamiento curativo y la suspensión voluntaria de tratamiento curativo o paliativo por suspensión Anticipada.

XIII. *Suspensión anticipada de tratamiento curativo*. Al inicio del tratamiento paliativo sin que haya sido aplicado el tratamiento curativo, siempre y cuando el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad determine la imposibilidad de cura y el rápido avance de las condiciones de deterioro de la calidad de vida del paciente.

XIV. *Suspensión voluntaria de tratamiento.* Derecho de los pacientes en estado terminal, mayores de 18 años y en el pleno ejercicio de sus facultades mentales, para que, de manera libre y sin presión alguna, puedan solicitar, en los términos dispuestos por la presente Ley, la suspensión voluntaria de tratamiento.

XV. *Tratamiento del dolor y cuidados paliativos:* Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud especializados en la materia, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, que pueden tener como consecuencia el avance de la enfermedad terminal, sin que ello implique un menoscabo a su calidad de vida.

TÍTULO SEGUNDO

DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

CAPÍTULO PRIMERO

De los Derechos en General

ARTÍCULO 4.- Los pacientes en estado terminal tienen derecho a:

- I. Recibir la atención médica adecuada;
- II. Recibir un trato digno y respetuoso;
- III. La información clara y suficiente sobre su estado médico;
- IV. Decidir libremente sobre su atención;
- V. La confidencialidad;
- VI. Recibir tratamiento contra el dolor y cuidados paliativos;
- VII. La suspensión de tratamiento, y
- VIII. Los demás que señalen las leyes.

Artículo 5.- Las instituciones de salud de tercer y cuarto nivel adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere la presente Ley.

CAPÍTULO SEGUNDO

Del Derecho a Recibir Atención Médica Adecuada

Artículo 6.- El paciente en estado terminal tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal especializado en su estado de salud y en la enfermedad que padece.

Artículo 7.- El paciente en estado terminal podrá, en todo momento, recibir una segunda opinión sobre el diagnóstico pronóstico y tratamiento relacionado con su estado de salud.

CAPÍTULO TERCERO

Del Derecho a Recibir un Trato Digno y Respetuoso

Artículo 8.- El paciente en estado terminal tiene derecho a que los profesionales de la salud, así como todo el personal que le brinda atención médica le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, cualquiera que sea el padecimiento que éste presente.

Artículo 9.- El derecho establecido en el artículo anterior será extensivo a los familiares y acompañantes del paciente en estado terminal.

Artículo 10.- En ningún caso podrán brindarse procedimientos terapéuticos o paliativos que le importen al paciente en estado terminal menoscabo de su dignidad.

CAPÍTULO CUARTO

Del Derecho a la Información

Artículo 11.- El paciente en estado terminal tiene derecho a ser suficientemente informado sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, así como de los derechos que le otorga la presente Ley.

Artículo 12.- La información a que se hace referencia el artículo anterior deberá:

I. Ser proporcionada por el médico tratante y, en su caso, por un asesor legal designado por la Secretaría;

II. Expresarse en forma clara y comprensible para el paciente, de forma oral y por escrito;

III. Brindarse con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, así como de los derechos que le otorga la presente Ley, y

IV. Ser siempre veraz, ajustada a la realidad.

Artículo 13.- El paciente en estado terminal, mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, podrá extender, en cualquier momento, el derecho a la información a sus familiares o designar a alguien más para tal fin. También podrá negar a sus familiares el acceso a dicha información.

Artículo 14.- Para el caso de que el paciente en estado terminal sea menor de edad o se encuentre imposibilitado por motivos de su salud para comprender la información a que hace referencia el artículo 9 de esta Ley deberá ser brindada a su representante legal, tutor o persona que ejerza la patria potestad.

Artículo 15.- El paciente en estado terminal que, por razón de alguna discapacidad que no afecte el pleno uso de sus facultades mentales, no pueda comprender la información que se le brinda en forma oral y escrita, tendrá derecho a que dicha información se le proporcione por cualquier otro medio adecuado a sus capacidades de comprensión. En tal caso la información deberá proporcionarse además, a su representante legal o persona de confianza designada por el paciente para tal efecto.

Artículo 16.- Cuando el paciente en estado terminal, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de sus familiares o de su representante legal.

Artículo 17.- El paciente en estado terminal podrá, en cualquier momento, manifestar su voluntad de no ser informado acerca de su derecho a la suspensión de tratamiento.

CAPÍTULO QUINTO

Del Derecho a Decidir Libremente sobre su Atención

Artículo 18.- El paciente en estado terminal o, en su caso, el responsable tienen derecho a decidir libremente, de manera personal y sin presión alguna, acerca de la aceptación o rechazo de cada procedimiento diagnóstico, terapéutico o paliativo ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia.

CAPÍTULO SEXTO

Del Derecho a la Confidencialidad

Artículo 19.- El paciente en estado terminal tiene derecho a que toda información proporcionada por su médico, sea de manera verbal o escrita, se maneje con estricta confidencialidad.

Artículo 20.- El paciente podrá autorizar, voluntariamente y por escrito, la divulgación de la información a que hace referencia el artículo anterior. En todo caso el médico tratante deberá sujetarse a lo dispuesto por la Ley General de Salud y sus reglamentos.

CAPÍTULO SÉPTIMO

Del Derecho a Recibir Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos

Artículo 21.- El paciente en estado terminal y su familia tienen derecho a recibir, por el profesional de la salud, especialista en los tratamientos para el dolor y cuidados paliativos según sus requerimientos.

Artículo 22.- Los tratamientos para el dolor y cuidados paliativos deberán estar orientados al control de los síntomas del padecimiento del paciente en estado terminal, así como a reducir el sufrimiento emocional y mejorar la calidad de vida tanto del paciente en estado terminal como de su familia. Los cuidados paliativos brindados a la familia del paciente en estado terminal deberán brindarse hasta que finalice el período de duelo.

Artículo 23.- Los profesionales de la salud, especialistas en el tratamiento del dolor, podrán hacer uso, de ser necesario y con autorización de la Secretaría de Salud, de analgésicos del grupo de los opioides.

Artículo 24.- Para efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, la Secretaría de Salud expedirá el acceso a dichos analgésicos.

TÍTULO TERCERO

DE LA SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO

CAPÍTULO PRIMERO

Del Derecho a la Suspensión de Tratamiento Curativo

Artículo 25.- El paciente en estado terminal tiene derecho a la suspensión de tratamiento curativo en los términos dispuestos por esta Ley.

Artículo 26.- Queda totalmente prohibida la aplicación de la suspensión de tratamiento, en todas sus formas, a pacientes en estado terminal extranjeros. La Secretaría, en coordinación con los organismos de la administración pública federal competentes, establecerán todas las facilidades para el traslado en caso de que el paciente extranjero pueda acceder en su país a mecanismos similares de terminación de vida o tratamiento, siempre que así lo solicite.

Artículo 27.- Los métodos y procedimientos, así como los fármacos utilizados para la conversión de tratamiento curativo a paliativo, deberán garantizar la disminución del sufrimiento del paciente en estado terminal y, en ningún caso, podrán importar dolores o malestares mayores a los relacionados con el padecimiento.

Artículo 28.- El paciente en estado terminal podrá designar, de común acuerdo con la Secretaría, el Comité Nacional de Bioética Médica y los Comités de Bioética Médica, el lugar en el que se aplicarán los tratamientos paliativos.

Artículo 29.- La sustitución de tratamiento curativo por tratamiento paliativo sólo podrá aplicarse en las instituciones de salud de tercer y cuarto nivel, que integran el sector público. Los pacientes en estado terminal que soliciten la suspensión de tratamiento curativo y que sean atendidos en instituciones de salud del sector privado serán referidos al establecimiento que designen la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Bioética Médica para tal efecto.

Artículo 30.- Todas las circunstancias relacionadas con las solicitudes de suspensión de tratamiento curativo deberán ser anotadas en el expediente clínico institucional.

CAPÍTULO SEGUNDO

Del Derecho a la Suspensión Voluntaria de Tratamiento Curativo

Artículo 31.- El paciente en estado terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria de tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 32.- El paciente en estado terminal puede, en cualquier momento, revocar su consentimiento para la aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, el ejercicio de este derecho no importará responsabilidad de ningún tipo.

Artículo 33.- El paciente en estado terminal podrá, incluso en la fase de tratamiento estrictamente paliativo, solicitar de manera verbal el reinicio de tratamiento curativo. En tal caso deberá, posteriormente, ratificar su voluntad por escrito.

Artículo 34.- La suspensión voluntaria de tratamiento curativo deberá solicitarse por escrito, cumpliendo con los requisitos previstos en esta Ley.

CAPÍTULO TERCERO

De la Solicitud de la Suspensión Voluntaria de Tratamiento Curativo

Artículo 35.- Podrá solicitar la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, el paciente en estado terminal que cumpla con los siguientes requisitos:

- I. Ser mayor de edad;
- II. Estar en pleno uso de sus facultades mentales, dictaminado por el médico tratante;
- III. Encontrarse previa y ampliamente informado sobre las alternativas médicas a su enfermedad;
- IV. Haber recibido los tratamientos curativos adecuados para su estado de salud y que los mismos no le otorguen el alivio suficiente;
- V. Expresar su voluntad de manera libre y sin presión alguna, y;
- VI. Cumplir con las formalidades que establece la presente Ley para el otorgamiento y validez de la solicitud de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo.

Artículo 36.- La solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento curativo deberá otorgarse por escrito y ante notario público y contendrá:

- I. Nombre, edad, domicilio y firma del paciente;
- II. Nombre, número de cédula, especialidad y firma del médico tratante;
- III. Nombre o razón social y domicilio de la institución en que se le brinda atención médica.
- IV. Diagnóstico y pronóstico de su enfermedad,
- V. Tratamientos curativos, terapéuticos y paliativos a los que ha sido sometido.
- VI. La manifestación de que ha sido previa y ampliamente informado sobre su estado de salud y las alternativas médicas o terapéuticas;
- VII. La manifestación de que ha sido clara y suficientemente informado acerca de los derechos que le concede la presente Ley;

VIII. Motivos y circunstancias que le llevaron a solicitar la suspensión voluntaria de tratamiento curativo en forma detallada, y

IX. Firma de dos testigos que no tengan vínculo de parentesco ni intereses económicos o materiales con el paciente.

Artículo 37.- La solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento curativo deberá ser presentada ante el Comité Nacional de Bioética Médica de la institución de que trate; anexando, en la forma que determine la Secretaría, el expediente clínico del paciente.

CAPÍTULO CUARTO

De la Aplicación de la Suspensión Voluntaria de Tratamiento Curativo

Artículo 38.- La suspensión voluntaria de tratamiento curativo se aplicará una vez que se cumplan las siguientes condiciones:

I. Cumplir, sin excepción, con los requisitos y formalidades establecidas en la presente Ley, y

II. Contar con la aprobación del Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 39.- La aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente, y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente, su autorización se hará por el Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Con la suspensión voluntaria de tratamiento curativo el médico autorizado interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en estado terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 40.- El paciente en estado terminal, el médico tratante y el Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica, determinarán los actos u omisiones que garanticen el menor sufrimiento al paciente en estado terminal.

TITULO CUARTO

DE LA SUSPENSIÓN ANTICIPADA DE TRATAMIENTO CURATIVO

CAPÍTULO PRIMERO

De los Pacientes Incapacitados para la Toma de Decisiones

Artículo 41.- El paciente en estado terminal menor de edad o que se encuentre en algún estado que le impida el pleno ejercicio de sus facultades mentales, o bien no pueda, por motivos relacionados a su estado de salud, manifestar su voluntad, tiene derecho a la suspensión anticipada de tratamiento curativo en la forma y términos que señala la presente Ley.

CAPÍTULO SEGUNDO

De la Solicitud de Suspensión Anticipada de Tratamiento Curativo

Artículo 42.- Podrán solicitar la suspensión anticipada de tratamiento curativo para el paciente en estado terminal los familiares o el representante legal del paciente en estado terminal.

Artículo 43.- Las personas a las que se refiere el Artículo anterior podrán solicitar la suspensión anticipada de tratamiento curativo para el paciente en estado terminal siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- I. Ser mayor de edad;
- II. Estar en pleno uso de sus facultades mentales, dictaminado por el médico especialista en salud mental;
- III. Encontrarse previa y ampliamente informado sobre las alternativas terapéuticas del paciente en estado terminal;
- IV. Haber recibido, el paciente en estado terminal, los tratamientos paliativos adecuados para su estado de salud y que los mismos no le otorguen el alivio suficiente;
- V. Expresar su voluntad de manera libre y sin presión alguna;
- VI. No tener interés económico o material alguno con el paciente en estado terminal, y
- VII. Cumplir con las formalidades que establece la presente Ley para el otorgamiento y validez de la solicitud de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo.

Artículo 44.- La solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo deberá otorgarse por escrito y ante notario público y contendrá:

a) Respecto del solicitante:

I. Nombre, edad, domicilio del solicitante, así como parentesco con el paciente en estado terminal y, en su caso, situación legal respecto del mismo;

II. La manifestación de que ha sido previa y ampliamente informado sobre el estado de salud y las alternativas médicas del paciente en estado terminal;

III. La manifestación de que ha sido clara y suficientemente informado acerca de los derechos que le concede la presente Ley al paciente en estado terminal;

IV. La manifestación de que no tiene interés económico alguno respecto del paciente en estado terminal;

V. En forma detallada, los motivos y circunstancias que le llevaron a solicitar la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, y

VI. El método y circunstancias que han de ser utilizados, para la sustitución de tratamiento curativo por tratamiento paliativo.

b) Respecto del paciente en estado terminal:

I. Nombre, número de cédula, especialidad y firma del médico tratante;

II. Nombre o razón social y domicilio de la institución en que se le brinda atención médica.

III. Diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, y

IV. Tratamientos curativos e incluso paliativos a los que ha sido sometido.

V. Firma de dos testigos que no tengan relación de parentesco con el paciente en estado terminal ni con el solicitante de la suspensión anticipada de tratamiento curativo. Además, en ningún caso podrán fungir como testigos aquellas personas que tengan algún interés económico o material respecto del paciente.

Artículo 45.- La solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo deberá ser presentada ante el Comité de Bioética Médica de la institución de que se trate, anexando, en forma que determine la Secretaría, el expediente clínico del paciente.

Artículo 46.- La solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo se aplicará una vez que se cumplan las siguientes condiciones:

I. Cumplir, sin excepción, con los requisitos y formalidades establecidas en la presente Ley, y

II. Contar con la aprobación del Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 47.- Se considerará suspensión anticipada de tratamiento curativo, cuando a solicitud de las personas facultadas para ello en la presente Ley, y con la aprobación del Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica, el médico autorizado interrumpa, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en estado terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 48.- Para el caso de que se solicite la suspensión anticipada de tratamiento curativo, el médico tratante y el Comité de Bioética Médica determinarán los actos u omisiones que garanticen el menor sufrimiento al paciente en estado terminal.

Artículo 49.- El solicitante de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo podrá elegir el método que ha de ser utilizado cuando ello sea posible; para esto la Secretaría, en coordinación con el Comité Nacional de Bioética Médica, determinarán los métodos, los procedimientos y los fármacos a utilizar para tal efecto.

Artículo 50.- No obstante lo dispuesto en el artículo anterior el Comité de Bioética Médica o, en su caso, el Comité Nacional de Bioética Médica, podrá, en la resolución favorable a la solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo, proponer el uso de algún método que a juicio considere más conveniente, de ser así el solicitante únicamente habrá de aprobarlo por escrito, el caso contrario dará lugar a la revaloración de la solicitud por parte del Comité.

TÍTULO QUINTO

DE LA SUSPENSIÓN VOLUNTARIA DE TRATAMIENTO CURATIVO POR DECLARACIÓN ANTICIPADA

CAPÍTULO ÚNICO

De la Declaración Anticipada

Artículo 51.- Toda persona mayor de edad en pleno uso de sus facultades mentales, puede en cualquier momento e independientemente de su estado

de salud, expresar su voluntad de que le sea aplicada la suspensión voluntaria de tratamiento curativo en caso de que llegase a padecer una enfermedad terminal, por medio de la Carta de Declaración Anticipada.

Artículo 52.- La Carta de Declaración Anticipada deberá ser otorgada por escrito ante notario público y contendrá:

I. Nombre, edad, domicilio y firma de la persona que permite la Carta de Declaración Anticipada.

II. Certificado de salud emitido por un especialista en salud mental donde se determine que el declarante esta en pleno goce de sus facultades mentales;

III. Nombre, edad, dirección y firma de cuatro testigos;

IV. La manifestación de que ha sido clara y suficientemente informado acerca su derecho a la suspensión voluntaria de tratamiento curativo por Carta de Declaración Anticipada y sus derechos que le asisten en caso de llegar a padecer una enfermedad terminal conforme a lo dispuesto por la presente Ley;

V. La manifestación detallada acerca de los casos en que podrá ser sujeto de la aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, y

VI. La manifestación del método, lugar, circunstancias y personas que lo acompañarán en la aplicación de la suspensión voluntaria.

Artículo 53.- La Carta de Declaración Anticipada surtirá efectos sólo en el caso de que el declarante no pueda, por motivos de su estado de salud, manifestar su voluntad respecto de los derechos que le otorga la presente Ley.

Artículo 51.- La Carta de Declaración Anticipada podrá ser revocada por el declarante en cualquier momento, inclusive en los periodos de lucidez que su enfermedad le permitiere, bastando para ello la simple manifestación oral ante dos testigos y, en caso de ser posible, la posterior ratificación por escrito.

Artículo 55.- Sin perjuicio de lo dispuesto por la presente Ley, toda persona puede, mediante la Carta de Declaración Anticipada, manifestar su voluntad para la no aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo y, en su caso, de la suspensión anticipada de tratamiento curativo.

Artículo 56.- La Carta de Declaración Anticipada, para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, deberá otorgarse por escrito ante notario público y deberá contener:

I. Nombre, edad, domicilio y firma de la persona que emite la Carta de Declaración Anticipada;

II. Certificado de Salud emitido por un especialista en salud mental donde se determine que el declarante está en pleno goce de sus facultades mentales;

III. Nombre, edad, dirección y firma de cuatro testigos, y

IV. La simple manifestación en relación a no ser sujeto de la aplicación de ninguna de las formas de terminación de tratamiento curativo contenidas en la presente Ley.

TÍTULO SEXTO

DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

CAPÍTULO ÚNICO

De sus Facultades y Obligaciones

Artículo 57.- La Secretaría de Salud deberá emitir los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que considere conveniente para garantizar el ejercicio de los derechos que concede la presente Ley.

Artículo 58.- Las unidades de atención hospitalaria de tercer y cuarto nivel que integran el sector público, deberán contar con un Comité de Bioética Médica para tal efecto es obligación de la Secretaría en coordinación con el Comité Nacional de Bioética Médica, determinar las unidades que contarán con dichos comités.

Artículo 59.- La Secretaría en coordinación con el Comité Nacional de Bioética Médica, determinará las unidades a las que se canalizará a los pacientes en estado terminal que quieran ejercer su derecho a la suspensión de tratamiento curativo y que sean atendidos en instituciones de salud del sector privado.

Artículo 60.- La Secretaría en coordinación con el Comité Nacional de Bioética, acordará el uso de material informativo, así como de su contenido, para dar a conocer los derechos plasmados en la presente Ley. Dicho material informativo se pondrá, además, a disposición de los pacientes en estado terminal y demás personas que así lo soliciten.

Artículo 61.- Son obligaciones de la Secretaría:

I. Emitir formatos de las solicitudes de suspensión de tratamiento curativo y de la Carta de Declaración Anticipada, mismos que serán puestos a disposición de los pacientes en estado terminal y demás personas que así lo soliciten;

II. Conformar el Comité Nacional de Bioética Médica, encargado de la coordinación de los Comités de Bioética a que hace referencia el Título Noveno de la presente Ley;

III. Vigilar el proceso de solicitud de suspensión de tratamiento curativo, así como la aplicación de la misma;

IV. Emitir los métodos y procedimientos para la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo;

V. Proporcionar, de acuerdo a su capacidad y en acuerdo con el Comité de Bioética Médica y el solicitante de la suspensión de tratamiento curativo, el lugar que cumpla las condiciones adecuadas para la aplicación de la misma, y

VI. Las demás que determine la presente Ley.

Artículo 62.- La Secretaría de Salud, en coordinación con el Comité de Bioética Médica instrumentará programas de capacitación para los profesionales de la salud sobre los derechos y obligaciones que se generan en torno a esta Ley.

De igual manera se instrumentarán programas de información para la sociedad en general.

Artículo 63.- La Secretaría de Salud, en coordinación con el Comité de Bioética Médica, autorizarán el uso de fármacos, para el tratamiento del dolor y cuidados paliativos, dicha facultad podrá delegarse a los Comités de Bioética Médica.

Artículo 64.- El deber de las instituciones encargadas de la salud, sean públicas o privadas, es capacitar a su personal médico en cuanto a los derechos que otorga la presente Ley.

TÍTULO SÉPTIMO

DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

CAPÍTULO ÚNICO

De las Obligaciones y Facultades de los Médicos

Artículo 65.- Son obligaciones del médico tratante:

I. Proporcionar al paciente en estado terminal toda la información relacionada a su estado de salud y a los derechos que le concede la presente Ley;

II. Solicitar una segunda opinión a otro médico especialista, cuando su diagnóstico sea una enfermedad terminal;

III. Acatar la voluntad del paciente en estado terminal o, en su caso, del solicitante respecto de la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo;

IV. Coadyuvar con el Comité Nacional de Bioética Médica y con los Comités de Bioética Médica en todo lo necesario para que éstos se encuentren en condiciones de emitir su resolución, y

V. Las demás que disponga la presente Ley; la Ley General de Salud y sus reglamentos.

Artículo 66.- Son obligaciones del médico que aplica la suspensión de tratamiento curativo:

I. Cumplir con los requisitos para el ejercicio profesional, en los términos de la legislación aplicable;

II. Contar con la autorización del Comité de Bioética México para aplicar la suspensión de tratamiento curativo;

III. Cerciorarse de que la resolución emitida por el Comité de Bioética Médica sea favorable a la solicitud;

IV. Aplicar la terminación de tratamiento curativo en los términos de la resolución favorable;

V. Suspender la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo en los términos en la presente Ley o cuando observe vicios en el procedimiento;

VI. Anotar todas las circunstancias de la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo en el formato que, para tal efecto, determine la Secretaría, y

VII. Las demás que establezcan las leyes.

Artículo 67.- El o los médicos encargados de corroborar el diagnóstico y estado de salud del paciente en estado terminal deberán:

I. Ser especialistas en el padecimiento en estado terminal y, en su caso, ser especialistas en el tratamiento del dolor y cuidados paliativos;

II. Estar autorizados para tal efecto por el Comité de Bioética Médica o, en su caso, por el Comité Nacional de Bioética Médica, y

III. En caso de que certifiquen el pleno goce de las facultades mentales del paciente en estado terminal, ser especialistas en salud mental.

Artículo 68.- Los profesionales de la salud a los que se refiere el presente Título, podrán, en todo momento y bajo el procedimiento que fije la Secretaría, en Coordinación con el Comité Nacional de Bioética Médica, tener acceso al expediente clínico del paciente.

TÍTULO OCTAVO

DE LOS DIAGNÓSTICOS

CAPÍTULO ÚNICO

Del Diagnóstico de Enfermedad Terminal

Artículo 69.- Para efectos de lo dispuesto por la presente Ley, el médico tratante deberá ser especialista en el padecimiento del paciente en estado terminal.

Artículo 70.- El médico tratante, una vez que haya determinado la existencia de una enfermedad terminal deberá solicitar la opinión de otro médico especialista en el padecimiento.

Artículo 71.- El diagnóstico de enfermedad terminal se otorgará por escrito y se comunicará, demás, en forma verbal al paciente en estado terminal. De igual forma deberá contener el tipo de padecimiento, su pronóstico y alternativas terapéuticas.

Artículo 72.- El médico especialista consultado respecto de la enfermedad terminal deberá emitir su diagnóstico de conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 73.- Los diagnósticos a los que se refiere la presente Ley deberán otorgarse por duplicado, entregando el respectivo al paciente en estado terminal y constando el otro en el expediente clínico del paciente.

Artículo 74.- El diagnóstico de la enfermedad terminal, en su caso, deberá ser comprobado por dos médicos especialistas en el padecimiento del paciente en estado terminal autorizados y designados por el Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 75.- La certificación de las capacidades mentales del paciente en estado terminal y de las demás personas que estén facultadas en arreglo a la presente Ley, para solicitar la suspensión de tratamiento curativo o emitir la Carta de Declaración Anticipada, deberá ser expedida por un especialista en salud mental y anexarse al expediente clínico que se presente al Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica, y al expediente clínico institucional.

Artículo 76.- Los diagnósticos de enfermedad terminal, cualquiera que sea el médico especialista que los emita, deberán contener:

I. Que se trata de un padecimiento reconocido, progresivo irreversible e incurable, que se encuentra en estado avanzado, donde existe certeza razonable de muerte en un periodo no mayor de seis meses;

II. Que los dolores sufridos por el paciente son insoportables y sin esperanzas de mejoría;

III. Que se ha sometido al paciente en estado terminal a los tratamientos paliativos adecuados y que los mismos no han logrado disminuir su sufrimiento;

IV. La manifestación de la inexistencia de un tratamiento que pueda aliviar su sufrimiento o prolongar la vida del paciente en condiciones dignas, y

V. La manifestación de la inexistencia de alguna alternativa de curación.

TÍTULO NOVENO

DEL COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA MÉDICA

Y DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO PRIMERO

De su Conformación, Facultades y Obligaciones

Artículo 77.- El Comité Nacional de Bioética Médica será conformado por la Secretaría, y será el encargado de coordinar las labores de los Comités de Bioética Médica de cada institución de salud; además tendrá las siguientes facultades:

I. Nombrar a los integrantes de los Comités de Bioética Médica;

II. Supervisar y revisar las actuaciones de los Comités de Bioética Médica;

III. Aquéllas establecidas para los Comités de Bioética Médica, y

IV. Los demás que le otorgue la presente Ley y la Secretaría en el acuerdo correspondiente.

Artículo 78.- Cada Comité de Bioética Médica estará integrado por siete miembros, los cuales serán nombrados por el Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 79.- Los integrantes del Comité Nacional de Bioética Médica y de los Comités de Bioética Médica deberán cumplir con los siguientes requisitos:

I. Contar con título y cédula profesional expedidos de conformidad con la ley en la materia;

II. Contar con 35 años cumplidos al día de su designación;

III. No haber sido sentenciado por delito que merezca pena de prisión;

IV. En el caso del Comité Nacional de Bioética Médica, los demás que establezca la Secretaría, y

V. En el caso de los Comités de Bioética Médica, los demás que establezca el Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 80.- Los Comités sesionarán en privado y tomarán sus resoluciones por mayoría simple de sus miembros.

Artículo 81.- Las sesiones de los Comités deberán constar por escrito y ante dos testigos designados por la Secretaría.

Artículo 82.- La Secretaría de Salud dotará al Comité Nacional de Bioética Médica y a los Comités de Bioética Médica de los recursos humanos y materiales necesarios para cumplir con su función.

Artículo 83.- Los Comités de Bioética Médica tienen las siguientes facultades:

I. Solicitar la intervención de los profesionales de la salud que considere pertinentes con el fin de estar en condiciones de emitir su resolución final;

II. Solicitar, siempre que lo considere pertinente, la realización de estudios complementarios al paciente en estado terminal;

III. Declararse incompetente para resolver alguna solicitud de suspensión de tratamiento curativo cuando, a juicio de la mayoría de sus integrantes, no existan las condiciones para resolver en forma negativa o positiva;

IV. Turnar a la solicitud de suspensión de tratamiento curativo al Comité Nacional de Bioética en los casos en que se declare incompetente;

V. Allegarse de toda la información que requiera para estar en condiciones de emitir su resolución final, y

VI. Las demás que establezca la presente Ley.

Artículo 84.- Los Comités, o alguno de sus integrantes, podrán en todo momento, suspender la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo cuando detecten que existieron vicios en el procedimiento de solicitud o resolución. En tal caso se levantará un acta circunstanciada de los hechos, firmada por el Comité o el miembro que solicite la suspensión.

Artículo 85.- Los Comités, y cada uno de sus integrantes deberán dirigir todas sus actuaciones con ética y siempre en beneficio de los pacientes en estado terminal.

Artículo 86.- Cuando los Comités, o alguno de sus integrantes, observe algún indicio o tenga evidencia de alguna forma de presión sobre el paciente en estado terminal, o de algún acto que contravenga la presente Ley, deberá, si ya existe resolución positiva, ordenar la suspensión de la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo y hacerlo del conocimiento de la Secretaría de Salud, quien a su vez, lo hará del Ministerio Público.

Artículo 87.- En caso de observarse algún indicio o contar con evidencia de alguna forma de presión sobre el paciente en estado terminal, o de algún acto que contravenga la presente Ley durante el periodo de análisis y resolución de la solicitud de suspensión de tratamiento curativo, el Comité resolverá negativamente.

Artículo 88.- Los miembros de los Comités, así como todas las personas que intervengan durante el análisis, resolución y aplicación de una solicitud de suspensión de tratamiento curativo deberán guardar estricta confidencialidad respecto del caso.

Artículo 89.- Los miembros de los Comités deberán, como requisito para emitir su resolución, tomar la declaración verbal del solicitante de la suspensión de tratamiento curativo, para el caso de que el paciente sea menor de edad, oírán, además del solicitante al propio menor.

Artículo 90.- El Comité Nacional de Bioética Médica y los Comités de Bioética Médica podrán, en todo momento, solicitar el cotejo y ratificación de los datos contenidos tanto en la solicitud de suspensión de tratamiento curativo como en el expediente clínico del paciente.

Artículo 91.- Cuando el paciente en estado terminal, por motivos de salud no pueda apersonarse en la sede de los Comités, estos se trasladarán al lugar dónde se encuentre dicho paciente, tomando para ello en coordinación con la Secretaría, las previsiones necesarias.

CAPÍTULO SEGUNDO

De las Resoluciones

Artículo 92.- Las resoluciones emitidas por el Comité de Bioética Médica serán apelables.

Las resoluciones emitidas por el Comité de Bioética Médica serán apelables ante el Comité Nacional de Bioética Médica en las circunstancias que el mismo determine.

Artículo 93.- Los Comités de Bioética Médica, tanto nacional como el de cada institución, emitirán sus resoluciones por escrito, siempre de forma respetuosa y amable para el paciente en estado terminal o la persona solicitante.

Artículo 94.- Las resoluciones deberán contener:

I. Número de solicitud, nombre del paciente en estado terminal y, en su caso, nombre del solicitante de la suspensión del tratamiento curativo;

II. Sentido de la resolución;

III. Las consideraciones para aprobar o rechazar una solicitud de suspensión de tratamiento curativo, de forma detallada;

IV. En su caso, las consideraciones para recomendar un médico diverso al de la solicitud para la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo;

V. En caso de ser favorable, el tipo de tratamiento paliativo, el método, procedimiento y fármacos a utilizar;

VI. Lugar, fecha y hora en que se aplicará la suspensión de tratamiento curativo;

VII. Nombre y número de cédula del médico encargado de aplicar la suspensión de tratamiento curativo;

VIII. Nombre y firma de los integrantes del Comité y el sentido de su voto, y

IX. Las demás que determine la Secretaría.

Artículo 95.- Los Comités de Bioética Médica contarán con cinco días hábiles para emitir su resolución. El plazo será prorrogable, por causas suficientemente justificadas, hasta por un máximo de cinco días hábiles a petición de la mayoría de sus integrantes.

Artículo 96.- Para el caso de que el Comité de Bioética Médica no emita su resolución en el plazo señalado por la presente Ley, o bien se declare incompetente para resolver, turnará la solicitud inmediatamente al Comité Nacional de Bioética Médica, el cual contará con el mismo plazo para examinar la solicitud y emitir su resolución.

Artículo 97.- En caso de que el Comité Nacional de Bioética Médica o los Comités de Bioética Médica no emitieran su resolución en el plazo concedido para ello, se tomará como resolución negativa, dicha situación será inapelable en el caso del Comité Nacional.

Artículo 98.- La falta de resolución del Comité Nacional de Bioética Médica y de los Comités de Bioética Médica, así como las causas de incompetencia, deberán justificarse plenamente por escrito.

TÍTULO DÉCIMO

DEL REGISTRO

CAPÍTULO ÚNICO

Del Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo

Artículo 99.- Las instituciones de Salud contarán con un Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo el cual conservará en estricta confidencialidad los expedientes, resoluciones y demás documentos relacionados con las solicitudes de suspensión de tratamiento curativo.

Artículo 100.- Los expedientes y documentos que consten en el Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo podrán ser consultados, en todo momento, por el solicitante de la suspensión de tratamiento curativo o la persona que designe para tal fin, por una comisión revisora nombrada por la Secretaría y, por el Comité Nacional de Bioética Médica o los Comités de Bioética Médica.

Artículo 101.- El Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo deberá llevar los datos estadísticos que determine la Secretaría en coordinación el Comité Nacional de Bioética Médica, en ningún caso podrán proporcionarse datos personales de los pacientes en estado terminal, solicitantes de la suspensión de tratamiento curativo y de ninguna que haya intervenido durante el proceso de análisis, resolución y aplicación de la misma.

Artículo 102.- Toda la información contenida en el Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo podrá ser consultada, en los casos no previstos por esta Ley, con autorización del Comité Nacional de Bioética Médica o mediante orden judicial.

TÍTULO UNDÉCIMO

DE LAS SANCIONES

CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 102.- Toda persona que contravenga a la presente Ley será sancionada de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Salud, sus reglamentos y el Código Penal Federal.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Se deroga toda disposición que contravenga el presente Decreto.

ARTÍCULO TERCERO.- La Secretaría de Salud emitirá, en un plazo no mayor a 60 días contados a partir de la publicación del presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación, las normas reglamentos y las Normas Oficiales Mexicanas necesarias para garantizar el cumplimiento de la presente Ley.

ARTÍCULO CUARTO.- La Secretaría de Salud conformará el Comité Nacional de Bioética Médica en un plazo no mayor a 60 días contados a partir de la publicación del presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación.

ARTÍCULO QUINTO.- Una vez integrado Comité Nacional de Bioética Médica entrará inmediatamente en funciones y en un plazo no superior a 60 días, contados a partir de la fecha de su integración, designar a los Comités de Bioética Médica y cumplirá con lo dispuesto en la presente Ley.

ARTÍCULO SEXTO.- La Secretaría de Salud, una vez que entre en funciones el Comité Nacional de Bioética Médica, se coordinará con el mismo para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Ley.

Suscribe,

Senador Lázaro Mazón Alonso.

Dado en el Salón de sesiones del Senado de la República a los 12 días del mes de abril de 2007.

Iniciativa para la creación de la Ley de Voluntad Anticipada

Aún no presentada a Comisiones por la diputada
local por el Distrito Federal Paula Soto

DIP. VÍCTOR HUGO CÍRIGO VÁSQUEZ
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE GOBIERNO
ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL
IV LEGISLATURA
PRESENTE

La suscrita diputada a la Asamblea Legislativa por el Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 122, Apartado C, BASE PRIMERA, fracción V, inciso h) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 42 fracción XII y 46 fracción I y 47 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; el artículo 10 fracción I, 17 fracción IV, 88 fracción I y 89 párrafos primero y segundo de la Ley Orgánica de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal; artículo 85 fracción I y 86 párrafo primero del Reglamento para el Gobierno Interior de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, someto a consideración de esta soberanía la siguiente, INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO DE LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL, SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSOS ARTÍCULOS DEL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL, Y DE LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL conforme a la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La vida, como bien supremo tutelado y elemento inherente a la esencia de todos los individuos, para ser susceptibles de todos los demás derechos; es la máxima a proteger.

El tema de la “Eutanasia”, ha sido desde siempre un tema polémico para la sociedad; un tema que de manera incorrecta ha sido abordado en defensa de la muerte digna.

La vida, se vive dignamente, no se muere dignamente; sino que se debe evitar el Encarnizamiento Terapéutico que prolongue de manera innecesaria la vida, atentando en contra de la dignidad del ser humano.

Eutanasia proviene del vocablo grecolatino “*Eu*”, que significa bueno y “*Tanatos*”, que significa muerte, por lo que el concepto de eutanasia se traduce como “la muerte buena”. Concepto que es el punto de partida de esta discusión y que de manera incorrecta vierte argumentos a favor y en contra de su reglamentación y aplicación.

Debemos entender que dentro de la mal llamada “muerte buena”, existen derivaciones del concepto que es necesario precisar a fin de poder determinar si se trata de la protección de la dignidad de la persona en la etapa terminal de su vida, o propiamente de un homicidio calificado, de ayuda o inducción al suicidio o de omisión de auxilio o de cuidado, con todos los elementos de los tipos penales.

La Eutanasia tras esa definición anteriormente vertida, es el concepto general, mismo que debe ser acotado en cuanto a sus formas de aplicación a fin de determinar de qué tipo de Eutanasia se trata; podemos afirmar que como concepto genérico consiste en el acortamiento voluntario de la vida, mediante una acción directa o una omisión dolosa, a quien sufre una enfermedad considerada incurable, para poner fin a sus sufrimientos.

De esta precisión básica, misma que ya se encuentra contemplada en la Ley General de Salud y en la Ley de Salud para el Distrito Federal, queda claro que bajo ciertas condiciones, es legal en México no usar o dejar de usar medios, métodos o instrumentos artificiales y/o medicamentos, instrumentos quirúrgicos, químicos, farmacéuticos o científicos que prolonguen la agonía de una persona que padece muerte cerebral; posición que no presenta un dilema moral por tratarse de una persona realmente muerta o en etapas terminales irreversibles que mantiene algunos signos vitales en forma artificial.

TÍTULO TERCERO BIS. De la Protección Social en Salud

Capítulo IX. Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios

Artículo 77 bis 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

...

III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;

...

VIII. Decidir libremente sobre su atención;

IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;

...

Ahora bien, para poder determinar cuándo se trata de una correcta supresión de un mantenimiento innecesario artificial y cuándo propiamente de la comisión de un delito, debemos hacer referencia específica a diversos conceptos según la acción del enfermo terminal y del médico encargado de practicarlo:

Eutanasia: Es la acción u omisión, por parte del médico, que acelera y adelanta la muerte de un enfermo, por compasión.

Desde la perspectiva del enfermo, consiste en el acortamiento voluntario de la vida, mediante una acción directa o una omisión dolosa, debido al sufrimiento de una enfermedad considerada incurable, para poner fin a dicho sufrimiento.

Se divide en dos, dependiendo de la acción o la omisión:

- *Eutanasia Activa*: se hace algo para llevarla a cabo; y,
- *Eutanasia Pasiva*: se suspende algo para lograrla.

También, de acuerdo con la aceptación, se divide en dos:

- *Eutanasia Voluntaria*: cuando el enfermo lo solicita; y,
- *Eutanasia Involuntaria*: sin consentimiento del enfermo.

Autotanasia: es cuando un enfermo se deja morir, dejando de comer o de tomarse las medicinas que el médico ha recetado.

Distanasia: consiste en tratar de prolongar la vida por cualquier método posible, incluida la reanimación, sin importar las condiciones de dolor o dignidad del paciente, de tratamientos inútiles desproporcionalmente molestos.

La Distanasia tiene relación con el “Ensañamiento Terapéutico”, “Encarnizamiento Terapéutico” u “Obstinación Terapéutica”. Literalmente, significa “muerte mal hecha”, etimológicamente contrario a Eutanasia, que significa “buena muerte”.

Adistanasia: a contrario sensu a la Distanasia es no tratar de prolongar la vida por cualquier método posible, incluida la reanimación, evitando las condiciones de dolor y procurando respeto a la dignidad de la persona, sin tratamientos inútiles, desproporcionalmente molestos.

Cacotanasia: es la muerte de alguien aún no estando enfermo; o bien, quitarle la vida a un enfermo, aunque nadie, ni el enfermo mismo, lo solicite. Propiamente es la Eutanasia activa equiparable a homicidio por misericordia.

Mistanasia: es la muerte por abandono social, médico y espiritual.

Ortotanasia: literalmente significa “muerte correcta”.

Distingue entre curar y cuidar, no se procura la muerte de manera activa ni directa o indirecta, ni tiene prolongaciones irracionales, desproporcionadas o crueles.

No acepta los métodos extraordinarios, definiendo en cada caso lo que es extraordinario, procurando proteger la dignidad del paciente.

Estas definiciones establecen las formas de aplicación de la Eutanasia, las formas específicas de conceptualización desde la perspectiva del paciente y del médico tratante encargado para realizarlo. Igualmente cabe hacer referencia a otros conceptos que nos permiten diferenciar los delitos propiamente tipificados:

Homicidio: consiste en la privación ilegal de la vida a cualquier persona.

Este concepto, en términos de la legislación penal, se encuentra sancionado, y tendrá diferentes penas aplicables a la conducta punible, según las formas y circunstancias de comisión del mismo.

Suicidio: es quitarse la vida por propia mano, pero puede motivarse u orillarse a que alguien nos la quite, consciente o inconscientemente.

Un diagnóstico médico equivocado puede originar suicidio, pero también uno acertado; o bien, la manipulación psicológica también puede orillar al paciente enfermo al suicidio.

Suicidio Asistido: es ayudar, previa petición o aceptación, a morir a otro, aún no estando en fase terminal o en proceso de una enfermedad degenerativa e irreversible.

Normalmente es un médico el que da la “asistencia científica” para lograrlo, pero no es él quien se encarga de ejecutarlo.

Ahora bien, a fin de poder determinar cuándo se trata de una muerte correcta o incorrecta, que respete o no la dignidad del paciente en estado terminal, que permita, faculte y exima de responsabilidad penal al médico de su aplicación, debemos contemplar otros conceptos en relación con las circunstancias o formas de su ejecución:

Cuidados Paliativos: Consisten en la utilización de todos los métodos científicos, médicos, químicos, terapéuticos y/o farmacéuticos, mínimos, destinados a hacer más soportable el sufrimiento de una enfermedad, procurando igualmente no menoscabar la dignidad del enfermo desahuciado o en etapa termi-

nal; así como el suministro o utilización de analgésicos y sedantes que pudieran provocar la pérdida del conocimiento a fin de evitar sufrimientos innecesarios.

Enfermo Desahuciado: es el que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente sea a corto plazo.

Enfermo Terminal: es el que tiene una enfermedad o padecimiento irrecuperable, previsiblemente mortal a corto plazo.

Puede ser aquel que:

- a) Se encuentra en presencia de una enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa.
- b) Falto de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico.
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.
- d) Tiene un pronóstico de vida menor a seis meses.

Sedación Terminal Controlada: es la correcta práctica médica de inducir el sueño del paciente, para que no sienta dolor, en los rarísimos casos de dolores rebeldes a todo tratamiento.

Es una sedación suave acompañando a los analgésicos, que los potencia manteniendo la conciencia del paciente.

Con base en las definiciones anteriormente vertidas, debemos determinar cuando se trata de una situación que pudiera ser considerada como delito en términos de la legislación penal y cuando se trata propiamente de buscar aminorar el sufrimiento de la persona enferma sin menoscabar su dignidad.

Eutanasia, como término genérico, debe diferenciar entre las acepciones y tipos específicos que encuadran en algún tipo penal o que eximen de responsabilidad a la acción realizada.

La Ortotanasia y los Cuidados Paliativos, la utilización de las medidas mínimas extraordinarias, aunadas a la Sedación Terminal controlada inclusive, es la conducta correcta que se encuentra eximida de responsabilidad para quien la ejecuta a favor de otro, y que actualmente en la Legislación de Salud tanto Federal como Local se encuentra regulada y permitida.

Cualquier otra combinación, llámese Adistanasia, Suicidio Asistido, Cacotanasia o Distanasia inclusive, pudieran incurrir en los tipos penales de Auxilio Ejecutivo del Suicidio, Homicidio o Inducción al Suicidio.

Ahora bien, entraremos al análisis puntual de las legislaciones de la materia que contemplan y regulan estos tipos permitidos o sancionados.

Partiendo del Código Penal para el Distrito Federal como la legislación principal que establece la premisa general para poder analizar el tema, debemos hacer referencia a los artículos 123, 127, 142, 143, 156 y 158, mismos que analizaremos uno a uno.

El artículo 123 es el primer artículo contemplado en el Libro Segundo “Parte Especial”, del Título Primero “Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal”, en su Capítulo I. “Homicidio”, mismo que establece el tipo penal del delito de homicidio y a la letra establece:

TÍTULO PRIMERO. DELITOS CONTRA LA VIDA
Y LA INTEGRIDAD CORPORAL

CAPÍTULO I. HOMICIDIO

“Artículo 123. Al que prive de la vida a otro, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión.”

Con base en ello podemos determinar que el homicidio consiste en la privación de la vida de una persona.

En cuanto a la forma o método en que se cometa dicha conducta, este mismo capítulo establece diversas circunstancias para determinar si se agrava o atenúa dicha conducta.

Ahora bien, y de manera similar a como se hizo la correlación de las diversas definiciones o acepciones de la Eutanasia, propiamente debemos determinar cuando encuadra en algún tipo penal o no.

La Eutanasia activa propiamente se encuentra tipificada como delito en el artículo 127 del mismo Código Penal, el cual, al igual que el artículo 123, se encuentra regulado en el Capítulo de “Homicidio”.

“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.”

Bajo el concepto genérico de Eutanasia anteriormente expuesto en el presente documento, así como sus conceptos específicos de Distanasia, Adistanasia y Sedación Terminal No Controlada, la Eutanasia como tal se encuentra tipificada como una conducta ilícita que encuadra en el tipo penal en el artículo 127 del Código Penal para el Distrito Federal.

Ahora bien, la derogación de un artículo o la inclusión de causales excluyentes de responsabilidad ante dicho tipo penal, pudieran generar en casos específicos, permisiones incorrectas o excluyentes de responsabilidad que eximirían de ésta a personas que estén contempladas dentro del espíritu de la ley.

El tipo penal contemplado en el artículo 127 no implica que se incurra en responsabilidad penal, si se realiza bajo los términos y circunstancias de la Ortotanasia, los Cuidados Paliativos aunados a la utilización de las medidas mínimas extraordinarias, y la Sedación Terminal Controlada, ya que ello, propiamente como conducta, no está induciendo, ni abandonando, ni dando muerte a nadie, sino que está dando curso a un estado terminal de manera natural simplemente auxiliando o evitando el Encarnizamiento Terapéutico Innecesario, y no integra el tipo penal contemplado por el numeral anteriormente evocado.

Por otra parte los supuestos contemplados en los artículos 142 y 143 del mismo Libro Segundo “Parte Especial”, pero ahora del Capítulo IV “Ayuda o inducción al suicidio”, del propio Código Penal para el Distrito Federal, tampoco hacen referencia a la Ortotanasia, sino al Suicidio y al Suicidio Asistido, mismos que no hacen referencia tampoco a los médicos en el ímpetu de eximirlos de responsabilidad:

TÍTULO PRIMERO. DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL

CAPÍTULO IV. AYUDA O INDUCCIÓN AL SUICIDIO

“Artículo 142. Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de uno a cinco años, si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión.

Al que induzca a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de tres a ocho años, si el suicidio se consuma.

Si el suicidio no se consuma, por causas ajenas a la voluntad del que induce o ayuda, pero sí se causan lesiones, se impondrá las dos terceras partes de la pena anterior, sin que exceda de la pena que corresponda a las lesiones de que se trate. Si no se causan éstas, la pena será de una cuarta parte de las señaladas en este artículo.

Artículo 143. Si la persona a quien se induce o ayuda al suicidio fuere menor de edad o no tuviere capacidad de comprender la relevancia de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión, se impondrán al homicida o inductor las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.”

En dicho texto antes reproducido queda claramente especificado que el tipo penal se encuentra regulado en cuanto al Suicidio y al Suicidio Asistido, según los sujetos, activo y pasivo, de la conducta realizada.

Igualmente que lo antes expuesto relacionado a la derogación o inclusión de causales excluyentes de responsabilidad en el presente tipo penal, podría generar conductas que no pretenden auspicar y eximir de responsabilidad a la práctica de la Ortotanasia, y permitir por tanto conductas que sí debieran estar sancionadas, por no ser propiamente conductas que encuadren en la conducta contemplada por el tipo penal y que pretendan eximir a los médicos y familiares de enfermos terminales en cuanto a la decisión de dar término de manera legal, natural y sin encarnizamiento terapéutico, a una vida.

Por otra parte, debemos considerar la posible concurrencia o concurso de delitos, mismos que derivado de la integración de los elementos del tipo, pudiera llegar a constituirse otro delito más, o confundirse con algunas conductas y pudiera generar confusión en cuanto su punibilidad o no.

Tal es el caso de lo contemplado por los artículos 156 y 158 respecto a los delitos que pudieran poner en peligro la vida o la salud de las personas y causarle lesiones o inclusive la muerte al enfermo, mismos que a la letra dicen:

TÍTULO TERCERO. DELITOS DE PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LAS PERSONAS

CAPÍTULO I. OMISIÓN DE AUXILIO O DE CUIDADO

ARTÍCULO 156. Al que abandone a una persona incapaz de valerse por sí misma teniendo la obligación de cuidarla, se le impondrán de tres meses a tres años de prisión si no resultare lesión o daño alguno. Además, si el activo fuese ascendiente o tutor del ofendido, se le privará de la patria potestad o de la tutela.

...

ARTÍCULO 158. Al que exponga en una institución o ante cualquier otra persona a un incapaz de valerse por sí mismo, respecto del cual tenga la obligación de cuidar o se encuentre legalmente a su cargo, se le impondrá de tres meses a un año de prisión.

Los ascendientes o tutores que entreguen en una casa de expósitos a un menor de doce años que esté bajo su potestad o custodia, perderán por ese sólo hecho los derechos que tengan sobre la persona y bienes del expósito.

...

Bajo el principio de sistematización del derecho debemos considerar que toda norma jurídica debe estar en estrecha relación con las demás normas existentes, así como no violentar lo que las disposiciones anteriormente creadas establecen.

Aunado a lo anterior debemos referenciar lo anteriormente expuesto a la Ley de Salud del Distrito Federal, misma que específicamente hace puntual especificidad respecto a la Ortotanasia, aun cuando no la define exactamente bajo ese concepto, pero si en cuanto a la forma de ejecución de la conducta.

LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

CAPÍTULO II. DEL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Artículo 16 Bis 3. El usuario tendrá:

- I. El respeto a la dignidad, a su vida privada, a su cultura y valores, en todo momento durante la atención médica, y
- II. Una atención terminal humanitaria y a recibir toda la ayuda disponible para morir lo más digna y aliviadamente posible.

Aun cuando en la presente iniciativa se estableció anteriormente que consideramos que no se muere dignamente, sino que se vive dignamente, el espíritu del artículo anteriormente evocado hace referencia a salvaguardar la dignidad de la persona hasta el último momento de su vida, aunado a la posibilidad de la utilización de los Cuidados Paliativos y una Sedación Terminal Controlada, sin atentar contra la vida ni contra la dignidad de la persona.

Si bien pareciera ser que existe una contradicción entre el Código Penal y la Ley de Salud, ambos para el Distrito Federal, debemos entender claramente que dicha aparente contradicción debe entenderse más en la práctica y en la forma de ejecución de ciertas conductas, que en los supuestos normativos que propiamente se encuentran regulados, ya que en las conductas consideradas como delitos se hace referencia a una ejecución activa del delito, y en el caso de la ley sanitaria, se refiere a una posibilidad de permitir que de manera natural, con medidas humanitarias y controladas, se dé curso natural al fin de la vida de una persona.

Ahora bien, una vez expuestas las regulaciones penal que hoy día tipifica especialmente el Suicidio, el Auxilio Ejecutivo del Suicidio, El abandono u Omisión de Auxilio o Cuidado, y de manera no explícita la Eutanasia activa, podemos afirmar que en ello no va implícita la Ortotanasia, y la de materia de salud que permite o contempla la Ortotanasia, debemos hacer una especial referencia a la materia Civil en cuanto a la materia relativa a los Testamentos.

El Código Civil para el Distrito Federal, en el Libro Tercero “De las sucesiones”, Título Segundo “De la sucesión por testamento”, Capítulo I “De los testamen-

tos en general” en el artículo 1295, establece propiamente lo que se define como “Testamento”:

LIBRO TERCERO. DE LAS SUCESIONES.

TÍTULO SEGUNDO. DE LA SUCESIÓN POR TESTAMENTO.

CAPÍTULO I. DE LOS TESTAMENTOS EN GENERAL.

Artículo 1295. Testamento es un acto personalísimo, revocable y libre, por el cual una persona capaz dispone de sus bienes y derechos, y declara o cumple deberes para después de su muerte.

Debemos hacer un análisis parte por parte de dicho artículo, así como el contexto de su regulación dentro del Código Civil para el Distrito Federal.

En primer lugar y para entender el contexto de su ubicación haremos referencia a la definición. Testamento es un acto personalísimo, revocable y libre, en ello va implícita una serie de formalidades que más adelante quedarán manifiestas para los efectos.

Al calificarlo de personalísimo debemos entender que la voluntad de la persona debe manifestarse por ella misma, y que no acepta ningún tipo de mandatario o apoderado para su realización.

Revocable hace referencia a que en cualquier momento y por la misma voluntad de la persona, puede cambiar de parecer y determinar situación o destino diferente para sus bienes; cabe mencionar que en este caso, el testamento realizado con posterioridad deroga para los efectos de su ejecución todo lo que anteriormente se hubiere manifestado en otro testamento.

Libre se refiere a que no debe existir ningún tipo de la voluntad sobre la persona que lo realiza.

La capacidad de la persona igualmente regulada por el propio Código Civil, hace referencia a que esa persona debe estar lúcida y en pleno conocimiento del acto que se encuentra realizando, para lo cual el fedatario público deberá constatar que esa persona cuenta con la capacidad mental para la manifestación que se encuentra realizando.

El fin que se persigue con el testamento es la disposición de sus bienes y derechos así como la declaración o cumplimiento de deberes pendientes de ejecución.

El momento de ejecución es después de su muerte.

Es aquí donde reside la característica principal del Testamento, que si bien requiere de una serie de formalidades para su realización, establece claramente como requisito *sine qua non*, que para que dicho documento, dicha manifestación de la voluntad pueda ser ejecutada requiere ser consecuencia “mortis causa”, es decir, posterior a su muerte; debiendo considerarse que la muerte no es el elemento que perfecciona el testamento sino el que determina la producción de sus efectos jurídicos.

Es por ello que no podemos considerar, por ser contradictorio en su esencia conceptual, que se defina para efectos de la presente iniciativa que la voluntad de un enfermo en etapa terminal a no recibir tratamientos que prolonguen innecesariamente su vida se manifieste en un documento que se denomine “Testamento de vida”, sino que se deben buscar acepciones muchas más claras respecto al fin que se persigue en dichos actos, tales como “Manifestación de la voluntad en etapa terminal”, o más correctamente en cuanto al hecho y fin que se persigue, “Voluntad anticipada”.

Si bien lo que se pretende establecer en la presente iniciativa es que no se de una conducta que pueda ser susceptible de ser calificada como delito, o bien que se busque atentar contra derechos irrenunciables, imprescriptibles e inembargables, que se permita a quien así lo desee, en pleno uso de su capacidad y facultades mentales, a no ser sometido a un tratamiento terminal, que de manera innecesaria prolongue el mantenimiento de su vida y que no cuenta con un método médico o científico capaz de sanar o remediar su situación, que se regule bajo la figura jurídica correcta y bajo el auspicio de la materia correcta, que en este caso es la civil, y que en su ejecución cuente con el sustento de ser realizada por las personas indicadas, facultadas y especializadas en la materia.

Ahora bien y respecto al principio de sistematización del ordenamiento jurídico y por consiguiente a legislar de manera consecuente y congruente, no podemos atentar contra normas jurídicas creadas con anterioridad, y mucho menos contra disposiciones del orden penal que pudieran violentarse por la ejecución de ciertas conductas.

Debemos hacer especial referencia a las reglas generales de la materia penal que establecen las formas excluyentes de responsabilidad y de aplicación de sanciones penales, mismas que consideran diferentes situaciones en las que una conducta no es considerada como delito o se exime de su punibilidad relativa a la forma de ejecución, al ejercicio de un derecho, legítima defensa o estado de necesidad entre otras.

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL

LIBRO PRIMERO. DISPOSICIONES GENERALES

TÍTULO SEGUNDO. EL DELITO

CAPÍTULO V. CAUSAS DE EXCLUSIÓN DEL DELITO

Artículo 29 (*Causas de exclusión*). El delito se excluye cuando:

- I. (*Ausencia de conducta*). La actividad o la inactividad se realice sin intervención de la voluntad del agente;
- II. (*Atipicidad*). Falte alguno de los elementos que integran la descripción legal del delito de que se trate;
- III. (*Consentimiento del titular*). Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, o del legitimado legalmente para otorgarlo, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:
 - a) Que se trate de un bien jurídico disponible;
 - b) Que el titular del bien jurídico, o quien esté legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien; y
 - c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y no medie algún vicio del consentimiento.

Se presume que hay consentimiento, cuando el hecho se realiza en circunstancias tales que permitan suponer fundadamente que, de haberse consultado al titular del bien o a quien esté legitimado para consentir, éstos hubiesen otorgado el consentimiento.

- IV. (*Legítima defensa*). Se repela una agresión real, actual o inminente y sin derecho, en defensa de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa empleada y no medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de su defensor.

Se presume que existe legítima defensa, salvo prueba en contrario, cuando se cause un daño a quien por cualquier medio trate de penetrar o penetre, sin derecho, al lugar en que habite de forma temporal o permanente el que se defiende, al de su familia o al de cualquier persona respecto de las que el agente tenga la obligación de defender, a sus dependencias o al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista la misma obligación. Igual presunción existirá cuando el daño se cause a un intruso al momento de sorprenderlo en alguno de los lugares antes citados en circunstancias tales que revelen la posibilidad de una agresión.
- V. (*Estado de necesidad*). Se obre por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno, de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado dolosamente por el sujeto, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que el peligro no sea evitable por otros medios y el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo;

VI. (*Cumplimiento de un deber o ejercicio de un derecho*). La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional de la conducta empleada para cumplirlo o ejercerlo;

VII. (*Inimputabilidad y acción libre en su causa*). Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el sujeto hubiese provocado su trastorno mental para en ese estado cometer el hecho, en cuyo caso responderá por el resultado típico producido en tal situación.

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 65 de este Código.

VIII. (*Error de tipo y error de prohibición*). Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible, respecto de:

a) Alguno de los elementos objetivos que integran la descripción legal del delito de que se trate; o

b) La ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma o porque crea que está justificada su conducta.

Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de este Código.

IX. (*Inexigibilidad de otra conducta*). En atención a las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible al sujeto una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido conducir conforme a derecho.

Las causas de exclusión del delito se resolverán de oficio, en cualquier estado del proceso.

Si en los casos de las fracciones IV, V y VI de este artículo el sujeto se excediere, se estará a lo previsto en el artículo 83 de este Código.

Concretamente y para efectos de poder establecer la necesidad de crear una ley especial que regule la materia, podemos considerar que con base en el Capítulo de Disposiciones Generales del Código Penal para el Distrito Federal y específicamente en las fracciones II y VI del numeral 29 anteriormente evocado, así como en el principio de sistematización del ordenamiento jurídico, y en congruencia con las disposiciones civiles que rigen y establecen las formalidades de ciertos actos, es factible esta Iniciativa de Ley de Voluntad Anticipada, a fin de utilizar las reglas, disposiciones, instrumentos y mecanismos civiles previamente establecidos, y la atipicidad de conductas punibles y ejercicio de un derecho que se establecerá en dicha nueva ley.

Por todo lo anteriormente expuesto y fundado, proponemos la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO

DE LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL

ARTÍCULO PRIMERO.- Se crea la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal:

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL

TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES PRELIMINARES

Artículo 1. La presente ley es de orden público, interés social y salud pública, y tiene por objeto establecer las normas, requisitos y formas de ejecución, de la voluntad de los enfermos en etapa terminal, respecto a la negativa a someterse a tratamientos, medicamentos o métodos médicos, químicos, terapéuticos y/o científicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida y menoscabar la dignidad de su persona.

Artículo 2. Para efectos de esta ley se define y entiende por:

- I. Eutanasia: es la acción u omisión, por parte de un médico, que acelera y adelanta la muerte de un enfermo, por compasión;

Desde la perspectiva del enfermo, consiste en el acortamiento voluntario de la vida, mediante una acción directa o una omisión dolosa, debido al sufrimiento de una enfermedad considerada incurable, para poner fin a dicho sufrimiento.

a) Esta puede ser según su manera de ejecución:

1. Activa: es la acción de un médico mediante el uso de métodos externos o ajenos a la forma natural de la muerte para acelerar su consecución.
2. Pasiva: es la suspensión de utilización de instrumentos o medicamentos que prolonguen de manera innecesaria la vida de un paciente en desahuciado o en etapa terminal, a fin de dar curso natural a su muerte.

b) Igualmente puede ser según quien la solicite:

1. Voluntaria: cuando el enfermo desahuciado o en etapa terminal, solicita la acción u omisión por parte del médico a fin de dar consecución a su muerte.

2. Involuntaria: cuando el enfermo desahuciado o en etapa terminal, es incapaz por su estado físico o mental para solicitar la acción u omisión por parte del médico a fin de dar consecución a su muerte, y se realiza por parte de un pariente.
- II. Autotanasia: es cuando un enfermo se deja morir, dejando de comer o de tomar las medicinas que le han sido prescritas.
- III. Distanasia: consiste en tratar de prolongar la vida por cualquier método posible, constitutivo de Ensañamiento o Encarnizamiento Terapéutico, sin importar las condiciones de dolor o dignidad, consistente en tratamientos inútiles o desproporcionalmente molestos.
- IV. Ensañamiento o Encarnizamiento Terapéutico: utilización de todos los medios, instrumentos y métodos médicos, científicos, químicos, terapéuticos y/o farmacéuticos para mantener vivo a un enfermo desahuciado o en etapa terminal sin importar los posibles dolores que con ello le generen.
- V. Reanimación: suministro de descargas eléctricas que procuren la reanimación de las funciones cardiovasculares.
- VI. Adistanasia: consiste en no tratar de prolongar la vida por cualquier medio, instrumento y/o método médico, científico, químico, terapéutico y/o farmacéutico inútil o desproporcionalmente molestos.
- VII. Mistanasia: consiste en muerte por abandono.
- VIII. Ortotanasia: literalmente significa muerte correcta, y distingue entre curar y cuidar, sin procurar la muerte de manera activa, ni directa o indirecta, mediante prolongaciones irracionales, desproporcionadas o crueles, a través de la utilización de medios, instrumentos y métodos médicos, científicos, químicos, terapéuticos y/o farmacéuticos inútiles o desproporcionalmente molestos y mediante la utilización de medidas mínimas extraordinarias, definiendo en cada caso lo que es extraordinario, y procurando no menoscabar la dignidad del enfermo desahuciado o en etapa terminal.
- IX. Cuidados Paliativos: Consisten en la utilización de todos los métodos científicos, médicos, químicos, terapéuticos y/o farmacéuticos, mínimos, destinados a hacer más soportable el sufrimiento de una enfermedad, procurando igualmente no menoscabar la dignidad del enfermo desahuciado o en etapa terminal.
- X. Sedación Terminal Controlada: es la correcta práctica médica de inducir el sueño al enfermo, para evitar sufrimientos innecesarios derivados de la enfermedad terminal, mediante elementos químicos o farmacéuticos acompañando a los analgésicos o medicamentos prescritos, que los potencia manteniendo la conciencia del enfermo.
- XI. Enfermo Desahuciado: es el que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente sea a corto plazo.
- XII. Enfermo en Etapa Terminal: es el que tiene una enfermedad o padecimiento previsiblemente mortal a corto plazo, con base en las siguientes circunstancias:

- a) Se encuentra en presencia de una enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa.
- b) Falto de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico.
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o secundarios.
- d) Tiene un pronóstico de vida menor a seis meses.

- XIII. Médico tratante: médico encargado de llevar el caso del enfermo en etapa terminal.
- XIV. Historial Clínico: es el documento médico en el que versa expresamente el estatus de la salud del enfermo y se determina su calidad de desahuciado o en etapa terminal.
- XV. Documento de Voluntad Anticipada: consiste en el documento público, suscrito ante Notario en el que el paciente desahuciado o en etapa terminal manifiesta la petición libre, consciente, seria inequívoca y reiterada, de no utilizar medios, métodos o instrumentos médicos, quirúrgicos, terapéuticos, químicos o farmacéuticos que prolonguen de manera innecesaria su vida.
- XVI. Suicidio: es quitarse la vida por propia mano.
- XVII. Suicidio Asistido: es ayudar, previa petición o aceptación, a morir a otro, estando o no en etapa terminal o en proceso de una enfermedad degenerativa e irreversible.
- XVIII. Inducción al Suicidio: consiste en alentar al enfermo desahuciado o en etapa terminal a dar término a su vida mediante la utilización de cualquier medio de para dar lugar a dicho fin.
- XIX. Homicidio: consiste en la privación ilegal de la vida a cualquier persona.
- XX. Omisión de Ayuda o de Cuidado: consiste en abandonar a una persona incapaz de valerse por sí mismo, y que requiera de ayuda.
- XXI. Secretaría: Secretaría de Salud para el Distrito Federal.
- XXII. Notario: Notario Público para el Distrito Federal.
- XXIII. Archivo: El Archivo General de Notarías.
- XXIV. Código Civil: Código Civil para el Distrito Federal.
- XXV. Ley de Salud: Ley de Salud para el Distrito Federal.

Para efectos de las fracciones XVII, XVIII, XIX y XX, son conductas que se encuentran tipificadas en términos de la legislación penal, y sancionadas con diferentes penas, según las formas y circunstancias de comisión de las mismas.

Artículo 3. En lo no previsto en la presente ley, se aplicará de manera supletoria lo dispuesto por el Código Civil cuando fuere aplicable, y no contravenga a otras disposiciones legales igualmente vigentes, o afecte derechos de terceros.

Artículo 4. La presente ley se aplicará única y exclusivamente en el territorio del Distrito Federal y para los enfermos que se encuentren internados u hospi-

talizados en cualquier clínica y hospital ya sea público o privado, o mediante las formas específicas que permitan y faculden realizarlo con base en lo dispuesto por la presente ley.

Artículo 5. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la Ortotanasia, o Eutanasia pasiva, cuya ejecución requiere forzosamente ser realizada mediante cuidados paliativos, con la posibilidad de utilizar la sedación terminal controlada, o medidas mínimas extraordinarias según sea el caso específico, evitando siempre el encarnizamiento terapéutico innecesario y protegiendo la dignidad del enfermo en etapa terminal.

La ejecución de la voluntad anticipada no exime de las responsabilidades y aplicación de las sanciones penales contempladas en el Código Penal para el Distrito Federal, cuando las conductas realizadas sean contrarias a las presentes disposiciones y constitutivas de los tipos penales establecidos de conformidad con la ley de la materia y lo dispuesto por el último párrafo del artículo 3 de esta ley.

Así mismo no exime de responsabilidad civil, de los daños y perjuicios ocasionados a las personas, cuando no se ejecuten de manera exacta las disposiciones contenidas en la presente ley, así como la manifestación de la voluntad del enfermo en etapa terminal en los términos del documento de voluntad anticipada.

El documento de voluntad anticipada a que se hace referencia la presente ley, no constituye excluyente de responsabilidad a las conductas cometidas o realizadas fuera de las formas y formalidades establecidas en éste y en la presente ley y que sean constitutivas de los elementos del tipo penal contemplados por la legislación de la materia, ni de los daños y perjuicios ocasionados en los términos de los dos párrafos anteriores.

TÍTULO SEGUNDO

DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 6. El documento de voluntad anticipada de un enfermo en etapa terminal deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse por escrito y ante Notario;
- II. Ante 2 testigos;
- III. Suscrito por el enfermo en etapa terminal en plena capacidad mental;
- IV. Anexarse el historial clínico del enfermo en etapa terminal;
- V. Contar con el aval de la dirección o encargado del hospital o clínica en el que se encuentre hospitalizado el paciente;
- VI. El nombramiento de uno o varios representantes a título de mandatarios para corroborar la ejecución del documento de voluntad anticipada en

los términos y circunstancias determinadas en él, con el aval y opinión del médico tratante; y,

- VII. La manifestación del médico tratante respecto a la forma en que ha de ejecutarse la cesación del uso de medios, métodos o instrumentos médicos, quirúrgicos, terapéuticos, químicos y/o farmacéuticos que prolonguen de manera innecesaria la vida de un enfermo en etapa terminal, y/o la utilización de las medidas mínimas extraordinarias constitutivas de los cuidados paliativos, para cada caso específico.

Artículo 7. La voluntad anticipada deberá ser manifiesta de manera personal, libre e inequívoca por el enfermo en etapa terminal, ante Notario los representantes a título de mandatarios y frente a dos testigos, previo diagnóstico del médico tratante que establezca que su enfermedad es terminal, irreversible, progresiva, degenerativa e incurable.

Los enfermos desahuciados podrán igualmente suscribir documento de voluntad anticipada en los términos y condiciones que establece la presente ley, pero éste no podrá ser ejecutado hasta en tanto no se determine su calidad de enfermo en etapa terminal.

Artículo 8. No podrán ser testigos:

- I. Los menores que no han cumplido 16 años de edad;
- II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;
- III. Los familiares del paciente en etapa terminal hasta el cuarto grado;
- IV. Los amanuenses del Notario que lo autorice;
- V. Los ciegos, sordos o mudos;
- VI. Los que no entiendan el idioma que habla el paciente en etapa terminal;
- VII. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

Artículo 9. No podrán ser representantes a título de mandatarios para la ejecución del documento de voluntad anticipada:

- I. Los menores que no han cumplido 16 años de edad;
- II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;
- III. Los ciegos, sordos o mudos;
- IV. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal;
- V. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.
- VI. Persona que no conozca al enfermo en etapa terminal.

Artículo 10. Cuando fueren varios los representantes a título de mandatarios nombrados, el mandato será ejercido por cada uno de ellos, en el orden en que se hubiesen sido designados, a no ser que el enfermo en etapa terminal hubiere dispuesto expresamente que se ejerza de común acuerdo por todos los nombrados, pues en este caso se considerarán mancomunados.

Artículo 11. Cuando los mandatarios fueren mancomunados sólo valdrá lo que todos hagan de consenso; lo que haga uno de ellos, legalmente autorizado por los demás, o lo que, en caso de disidencia, acuerde el mayor número.

Si no hubiere mayoría, decidirá el juez.

Artículo 12. En los casos de suma urgencia, puede uno de los mandatarios mancomunados practicar, bajo su responsabilidad personal, los actos que fueren necesarios, dando cuenta inmediatamente a los demás.

Artículo 13. El cargo de representante a título de mandatario es voluntario; pero el que lo acepte, se constituye en la obligación de desempeñarlo.

Artículo 14. El cargo de representante a título de mandatario será a título gratuito.

Artículo 15. El mandatario que presente excusas, deberá hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento.

Artículo 16. Pueden excusarse de ser representantes a título de mandatarios:

- I. Los empleados y funcionarios públicos;
- II. Los militares en servicio activo;
- III. Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente el mandato;
- IV. Los que tengan sesenta años cumplidos;
- V. Los que tengan a su cargo otra representación a título de mandatario en los términos de la presente ley.

Artículo 17. Son obligaciones de los representantes a título de mandatarios:

- I. La revisión y aprobación de documento de voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal;
- II. El aseguramiento de la ejecución exacta e inequívoca en los términos dispuestos del documento de voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal que lo confirió el encargo;
- III. La integración de los cambios y/o modificaciones que se realicen al documento de voluntad anticipada, al legajo del protocolo correspondiente ante el Notario;
- IV. La defensa, en juicio y fuera de él, así como de las circunstancias de ejecución de la voluntad del enfermo en etapa terminal como de la validez del documento;
- V. Las demás que le imponga la ley.

Artículo 18. Los cargos de representante a título de mandatario, concluyen:

- I. Por el término natural del encargo;
- II. Por muerte;
- III. Por incapacidad legal, declarada en forma;
- IV. Por excusa que el juez califique de legítima, con audiencia de los interesados y del Ministerio Público, cuando se interesen menores o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal;
- V. Por revocación de sus nombramientos, hecha por los enfermos en etapa terminal o los familiares y personas facultadas para su ejecución; y,
- VI. Por remoción.

Artículo 19. A falta expresa de disposiciones en esta ley, respecto a las reglas en que deba ejecutarse la representación a título de mandatario, se regirán en lo aplicable, de manera supletoria y que no contravenga a la presente, las disposiciones establecidas en el Libro Cuarto, Título Noveno del Código Civil para el Distrito Federal.

Artículo 20. En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre incapacitado para manifestar su voluntad anticipada, y previo diagnóstico del médico tratante que determine igualmente su estatus de salud, podrán solicitar la aplicación de la voluntad anticipada, por orden e importancia de prelación:

- I. Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados, el cónyuge o concubino;
- II. Los padres;
- III. Los hermanos mayores de edad;
- IV. Los familiares mayores de edad hasta el cuarto grado; y,
- V. A falta de todos los anteriormente evocados, el representante legal del enfermo en etapa terminal, siempre que medie disposición expresa para hacerlo en documento previo ante Notario.

Artículo 21. En el caso de concurrir cónyuge o concubina con hijos mayores de edad o ambos padres, o hermanos mayores de edad, o familiares mayores de edad hasta el cuarto grado, la solicitud de voluntad anticipada deberá ir suscrita por todos ellos solicitando su ejecución por la totalidad de ellos.

Artículo 22. Si alguno de los familiares objetare la suscripción del documento de voluntad anticipada, deberá exponer sus razones por escrito ante el Notario y el médico tratante a fin de que sea considerada su opinión, pero si ésta no fuere lo suficientemente válida, podrá suscribirse el documento de voluntad anticipada por el resto de la familia, sin que éstos incurran en ningún tipo de responsabilidad frente a aquel.

Artículo 23. En caso de que existan hijos menores de 18 años y mayores de 16 años podrán igualmente suscribir el documento de voluntad anticipada, por sí

o por interpósita persona que ejerza la tutela o patria potestad, siempre y cuando haya sido escuchada su opinión.

En caso de contravenir la decisión de la mayoría se estará a lo dispuesto por el artículo anterior para el familiar que disienta de la suscripción del documento de voluntad anticipada.

Artículo 24. El Notario una vez suscrito el documento de voluntad anticipada dará lectura al mismo en voz alta a fin de que el enfermo en etapa terminal asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento.

Cuando el paciente en etapa terminal ignore el idioma del país, el Notario deberá nombrar un intérprete que sea perito traductor quien concurrirá al acto y explicará totalmente al paciente en etapa terminal los términos y condiciones en que se suscribe el documento de voluntad anticipada.

Artículo 25. Tanto el Notario como los testigos que intervengan en el acto de suscripción del documento de voluntad anticipada, deberán conocer al enfermo en etapa terminal o cerciorarse de algún modo de su identidad, y de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción.

Artículo 26. Si la identidad del enfermo en etapa terminal no pudiere ser verificada, se declarará ésta circunstancia por el Notario o por los testigos, en su caso, agregando uno u otros, todas las señales que caractericen la persona de aquél.

Artículo 27. En el caso del artículo que precede, no tendrá validez el documento de voluntad anticipada mientras no se justifique la identidad del enfermo en etapa terminal.

Artículo 28. Se prohíbe a los Notarios y a cualesquiera otras personas que hayan de redactar disposiciones de voluntad anticipada, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras, bajo la pena de quinientos días de salario como multa a los Notarios y de la mitad a los que no lo fueren.

Artículo 29. El enfermo en etapa terminal expresará de modo claro y terminante su voluntad al Notario.

El Notario redactará por escrito las cláusulas del documento de voluntad anticipada, sujetándose estrictamente a la voluntad del enfermo en etapa terminal y las leerá en voz alta para que éste manifieste si está conforme.

Si lo estuviere, firmarán la escritura el paciente, el Notario el representante a título de mandatario, los testigos y el intérprete, o las familiares y personas facultadas para los efectos en su caso, asentándose el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere sido otorgado.

Artículo 30. En los casos previstos en los artículos 31, 32, 33, 34, 35 y 36 de esta Ley, así como cuando el enfermo en etapa terminal o el Notario lo soliciten, dos testigos con carácter de instrumentales, deberán concurrir al acto de otorgamiento y firmar el documento de voluntad anticipada.

Los testigos instrumentales a que se refiere este artículo podrán intervenir, además, como testigos de conocimiento.

Artículo 31. Cuando el enfermo en etapa terminal declare que no sabe o no puede firmar el documento de voluntad anticipada, uno de los testigos firmará a ruego del enfermo en etapa terminal y éste imprimirá su huella digital.

Artículo 32. Si el enfermo en etapa terminal fuere enteramente sordo, pero que sepa leer, deberá dar lectura a su documento de voluntad anticipada; si no supiere o no pudiere hacerlo, designará una persona que lo lea a su nombre.

Artículo 33. Si el enfermo en etapa terminal fuere mudo pero que sepa leer, deberá dar lectura a su documento de voluntad anticipada; si no supiere o no pudiere hacerlo, designará una persona que lo lea a su nombre.

Artículo 34. En el caso de los 2 artículos anteriores o que el enfermo en etapa terminal fuere sordo mudo, y supiera el lenguaje a señas, el Notario estará a lo dispuesto por el artículo 24 párrafo segundo de la presente ley.

Artículo 35. Cuando el paciente en etapa terminal sea ciego o no pueda o no sepa leer, se dará lectura al documento de voluntad anticipada dos veces: una por el notario, como está prescrito en el artículo 24 primer párrafo, y otra, en igual forma, por uno de los testigos u otra persona que el paciente en etapa terminal designe.

Artículo 36. Cuando el paciente en etapa terminal ignore el idioma del país, si puede, escribirá su voluntad anticipada, que será traducida al español por el intérprete a que se refiere el artículo 24 segundo párrafo.

La traducción se transcribirá como voluntad anticipada en el respectivo protocolo y el original, firmado por el paciente en etapa terminal, el intérprete y el Notario, y se archivará, en el apéndice correspondiente del Notario que intervenga en el acto.

Si el paciente en etapa terminal no puede o no sabe escribir, el intérprete escribirá la voluntad anticipada que dicte aquél y leído y aprobado por el paciente en etapa terminal, se traducirá al español por el intérprete que debe concurrir al acto; hecha la traducción se procederá como se dispone en el párrafo anterior.

Si el paciente en etapa terminal no puede o no sabe leer, dictará en su idioma la voluntad anticipada al intérprete. Traducida ésta, se procederá como dispone el párrafo primero de este artículo.

En este caso el intérprete podrá intervenir, además, como testigo de conocimiento.

Artículo 37. Las formalidades expresadas en este capítulo se practicarán en un solo acto que comenzará con la lectura del documento de voluntad anticipada y el Notario dará fe de haberse llenado aquéllas.

Artículo 38. El Notario anexará al documento de Voluntad Anticipada, copia del expediente clínico del enfermo en etapa terminal a fin de corroborar el estatus de su salud, el cual deberá estar firmado por el médico tratante y avalado por los directores o encargados del hospital o clínica en que se encuentre internado el paciente.

En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre en un domicilio particular, deberá igualmente contarse con el historial clínico del médico tratante y el aval de un médico designado como perito por parte de un juez a solicitud del Notario.

Una vez concluido y suscrito el documento de voluntad anticipada, el Notario deberá depositar un ejemplar del mismo, junto con el historial clínico del enfermo en etapa terminal en el Archivo a fin de que obre constancia y fe pública de dicho documento para los efectos legales conducentes, y dar vista al Ministerio Público para su conocimiento.

Artículo 39. Faltando alguna de las referidas solemnidades, quedará el documento de voluntad anticipada sin efecto, y el Notario será responsable de los daños y perjuicios e incurrirá, además, en la pena de pérdida de oficio.

Artículo 40. En caso de controversia o interpretación del presente Título se estará a lo dispuesto, en tanto no contravenga las disposiciones de la presente ley, de manera supletoria, al Código Civil para el Distrito Federal y al Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

TÍTULO TERCERO

DE LA SUSCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA POR PADRES O TUTORES DE MENORES E INCAPACES

Artículo 41. Cuando el enfermo en etapa terminal sea un menor de edad o un incapaz podrán solicitar la ejecución de la voluntad anticipada, por orden e importancia de prelación:

- I. Los padres o tutores del menor o incapaz;
- II. Los abuelos;
- III. Los hermanos mayores de edad;
- IV. Los parientes colaterales hasta el cuarto grado; y,
- V. A falta de todos los anteriormente evocados, el representante legal del paciente en etapa terminal, siempre que medie disposición expresa para hacerlo en documento previo ante Notario.

Artículo 42. Para efectos de los requisitos y ejecución de los documentos de voluntad anticipada, se estará a lo dispuesto por el Título Segundo de la presente ley en lo aplicable.

Artículo 43. Además de los requisitos y formalidades establecidas en términos del artículo anterior, los padres o tutores, deberán anexar a los documentos requeridos el acta o partida de nacimiento o la ejecutoria en la que acredite la tutela sobre éste, mismo que se integrará y formará parte del legajo del protocolo correspondiente del Notario.

Artículo 44. Los menores de edad emancipados o mayores de 16 años podrán suscribir el documento de voluntad anticipada, previa explicación por parte del médico de su estado de salud, atendiendo además de los requisitos y circunstancias establecidas en el Título Primero de la presente ley a las disposiciones contenidas en el Libro Primero, Título Décimo, Capítulo I, del Código Civil para el Distrito Federal en lo conducente y aplicable.

El Notario deberá asentar en el protocolo correspondiente dicha circunstancia refiriendo igualmente a que se brindó la explicación suficiente respecto a ello, por parte del médico tratante frente a los 2 testigos.

TÍTULO CUARTO

DE LA NULIDAD DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 45. Es nulo el documento de voluntad anticipada hecha en memorias o comunicados secretos.

Artículo 46. Es nulo el documento de voluntad anticipada que haga el enfermo en etapa terminal bajo la influencia de amenazas contra su persona o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes o concubino.

Artículo 47. El enfermo en etapa terminal que se encuentre en el caso del artículo que precede, podrá, luego que cese la violencia o disfrute de la libertad completa, revalidar su documento de voluntad anticipada con las mismas solemnidades que si lo otorgara de nuevo; de lo contrario será nula la revalidación.

Artículo 48. Es nulo el documento de voluntad anticipada captado por dolo o fraude.

Artículo 49. El Notario que tuviere noticia de que alguno impide a otro suscribir el documento de voluntad anticipada, se presentará sin demora en el hospital, clínica o domicilio particular en que se encuentre el enfermo en etapa terminal para asegurar el ejercicio de su derecho.

Deberá levantar un acta en que haga constar el hecho que ha motivado su presencia, la persona o personas que causen la violencia y los medios que al efecto hayan empleado o intentado emplear, y si el enfermo en etapa terminal cuya libertad ampara hace uso de su derecho.

Las personas que incurran en la privación de la libertad para la suscripción del documento de voluntad anticipada, así como en cualquier otro supuesto que integre los elementos de algún tipo penal, estarán a lo dispuesto por la legislación de la materia.

El Notario que tenga conocimiento de causa, y no concurra al lugar donde se encuentre el enfermo en etapa terminal, así como no haga la denuncia correspondiente de los hechos constitutivos de delitos en los términos del párrafo anterior, incurrirán en responsabilidad de ejercicio de sus funciones, bajo la pena de mil quinientos días de salario como multa y con la suspensión por seis meses en el ejercicio de su profesión u oficio.

El Notario que se niegue a concurrir al lugar donde se encuentre un paciente en etapa terminal en los términos de los párrafos precedentes del presente artículo será además de las penas previstas en los mismos, responsable de los daños y perjuicios ocasionados en los términos de la legislación civil vigente.

Artículo 50. Es nulo el documento de voluntad anticipada en que el enfermo en etapa terminal no exprese cumplida y claramente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen.

Artículo 51. No puede suscribirse documento de voluntad anticipada, por enfermo que no se encuentre en etapa terminal y cuente con el reconocimiento del médico tratante de su estatus de salud mediante el historial clínico claro y expreso.

Artículo 52. El documento de voluntad anticipada es nulo cuando se otorga en contravención a las formas prescritas por la ley.

Artículo 53. El documento de voluntad anticipada es revocable en cualquier momento antes de su ejecución por parte de las personas que lo suscriben siempre que medie causa justificada para ello.

El documento de voluntad anticipada suscrito por el enfermo en etapa terminal no podrá ser revocado por los familiares de éste, cuando su estatus de salud impida estar consciente o en pleno uso de sus facultades mentales, salvo que medie causa médica justificada que permita al enfermo en etapa terminal superar dicho estatus y recobrar de manera inequívoca su salud.

Artículo 54. En caso de que el enfermo en etapa terminal decida dejar nulo el documento de voluntad anticipada suscrito con anterioridad, deberá igualmente realizarse ante Notario y con los testigos o traductor correspondientes en los mismos términos establecidos en los artículos precedentes.

Artículo 55. La salvaguarda del derecho a suscribir nuevamente documento de voluntad anticipada no podrá ser impedido por ninguna persona, salvo que se demuestre de manera fehaciente e inequívoca que esa no era la voluntad del enfermo en etapa terminal.

Artículo 56. El documento de voluntad anticipada anterior recobrará, no obstante, su fuerza, si el enfermo en etapa terminal, revocando el posterior, declara ser su voluntad que el primero subsista.

TÍTULO QUINTO

DE LA EJECUCIÓN DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 57. Para efectos de la ejecución del documento de voluntad anticipada, el o los representantes legales a título de mandatarios, deberán solicitar al médico tratante se efectúen inmediatamente las disposiciones establecidas en dicho documento.

El médico tratante deberá realizar dichas disposiciones de manera exacta como se solicitaron y en los términos prescritos por él mismo en el documento de voluntad anticipada y en referencia al derecho establecido para ello en el artículo 16 Bis 3 de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

Artículo 58. El Notario dará vista al Ministerio Público de una copia completa del legajo del protocolo en el que se integre el documento de voluntad anticipada a fin de que tenga conocimiento del mismo.

Artículo 59. Al momento en que el médico tratante de inicio a la ejecución de los términos y especificaciones contenidas en el documento de voluntad anticipada deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere iniciado, y deberá llevar un registro cronológico del estatus de la salud del enfermo en etapa terminal.

Artículo 60. Los cuidados paliativos deberán estar determinados en el protocolo del documento de voluntad anticipada, especificando las medidas mínimas extraordinarias a utilizar para los efectos conducentes.

En caso de que sea necesario determinar cuidados paliativos diferentes o medidas mínimas extraordinarias diversas a las establecidas en el documento de voluntad anticipada, el médico tratante deberá integrar al historial clínico del enfermo en etapa terminal las nuevas disposiciones y medidas adoptadas, así como las razones o circunstancias derivadas del cambio en el estatus de su salud.

Artículo 61. La revocación de las disposiciones contenidas y suscritas en el documento de voluntad anticipada, por parte del enfermo en etapa terminal o por los familiares y/o personas facultadas para hacerlo, seguirán las mismas reglas establecidas para su suscripción en términos del Título Primero de la presente Ley.

La cesación de los cuidados paliativos y de las medidas mínimas extraordinarias utilizadas por el médico tratante, operará en pleno.

La solicitud de cesación igualmente deberá realizarse ante Notario e integrarse al legajo del protocolo correspondiente, dando vista al Ministerio Público correspondiente para su conocimiento.

Artículo 62. Cuando el Notario no pudiera comparecer al lugar al momento de la cesación de la ejecución de las disposiciones establecidas en el documento de voluntad anticipada, el enfermo en etapa terminal, el médico tratante junto con 2 testigos y con el aval de los directores o encargados del hospital o clínica en que se encuentren suscribirán documento privado que deberá protocolizarse a la brevedad e integrarse igualmente al legajo del protocolo correspondiente para los efectos legales conducentes.

En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre en un domicilio particular, el documento deberá ser suscrito por el médico tratante, el representante a título de mandatario, el médico tratante y los 2 testigos de cargo, debiendo protocolizarse a la brevedad ante el Notario, quien igualmente lo integrará al legajo del protocolo correspondiente, para los efectos legales conducentes.

Artículo 63. Los médicos tratantes a quienes corresponda practicar la ejecución del documento de voluntad anticipada en los términos de la presente ley, y cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en la ejecución de dicho documento, debiendo referir al enfermo en etapa terminal con un médico no objetor.

Artículo 64. Cuando sea urgente la ejecución de los términos y condiciones de la voluntad anticipada para salvaguardar y minimizar el sufrimiento innecesario y/o el encarnizamiento terapéutico, así como la aplicación de la sedación terminal controlada y los cuidados paliativos y medidas mínimas extraordinarias, no podrá invocarse la objeción de conciencia.

Una vez aplicadas las disposiciones establecidas en el documento de voluntad anticipada, el médico objetor podrá remitir al paciente en etapa terminal a un médico no objetor, debiendo en cada caso obrar constancia de las razones por las que se objeta y el nombre del nuevo médico tratante a fin de integrarse al legajo del protocolo correspondiente ante el Notario.

Artículo 65. Los médicos objetores que actúen en contravención a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo anterior serán responsables de los daños y perjuicios ocasionados al enfermo en etapa terminal.

Artículo 66. Será obligación de la Secretaría, garantizar en las instituciones públicas de salud la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal no objetor de conciencia en la materia, a fin de ejecutar la voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal.

Artículo 67. Una vez suscitado el deceso del enfermo en etapa terminal, el médico tratante deberá asentar en el historial clínico, las circunstancias en que se presentó, dando vista tanto al Notario para que se integre al legajo del protocolo correspondiente, como al Ministerio Público para su conocimiento.

Artículo 68. Los médicos tratantes en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrán suministrar medicamentos que aceleren el curso natural del deceso del enfermo en etapa terminal.

En caso de que el médico tratante y/o quienes lo asistan, contravengan lo dispuesto por el párrafo anterior y cuyas conductas sean integrantes de los tipos penales establecidas en las fracciones XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3 de la presente ley, serán responsables de dichos delitos y sancionados además de las penas correspondientes, con la suspensión por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta en el ejercicio de su profesión u oficio.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Se adiciona el párrafo segundo al artículo 127, el artículo 143 bis y el artículo 158 bis al Código Penal para el Distrito Federal.

Artículo 127. ...

En los supuestos previstos en el párrafo anterior no constituyen los elementos del tipo penal de homicidio, las conductas realizadas por los médicos facultados para los efectos en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y en el artículo 16 bis 3 de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no constituyen los elementos del tipo penal de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por los médicos facultados para los efectos en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para

el Distrito Federal y en el artículo 16 bis 3 de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

Artículo 158 Bis. En los supuestos previstos en el artículo 156 y primer párrafo del artículo 158, no constituyen los elementos del tipo penal de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por los médicos facultados para los efectos en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y en el artículo 16 bis 3 de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

ARTÍCULO TERCERO.- Se adiciona la fracción III al artículo 16 Bis 3, a la Ley de Salud para el Distrito Federal.

Artículo 16 Bis 3. ...

- I. ...
- II. ...
- III. Asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos establecidos en la misma.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- La Presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO.- A partir de la entrada en vigor de la presente Ley, se abrogan las demás disposiciones que contravengan a la misma.

TERCERO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal tendrá 60 días naturales para emitir los lineamientos o Reglamento conducente a la presente ley.

CUARTO.- Publíquese en la *Gaceta Oficial* del Gobierno del Distrito Federal para su conocimiento, y en el *Diario Oficial de la Federación* para su mayor difusión.

Dado en el recinto Legislativo de Donceles ante la Comisión de Gobierno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal a los siete días del mes de mayo de dos mil siete.

Diputado Miguel Hernández Labastida

Diputada Paula Adriana Soto Maldonado

Diputado Jacobo Bonilla Cedillo

Diputado Agustín Castilla Marroquín

Diputado Miguel Ángel Errasti Arango

Diputada Kenia López Rabadán

Diputada Margarita Martínez Fisher

Diputada Elvira Murillo Mendoza

Diputada María de la Paz Quiñones Cornejo

Diputado Daniel Ramírez Del Valle

Diputado Ezequiel Retiz Gutiérrez

Diputado Jorge Romero Herrera

Diputada Celina Saavedra Ortega

Diputada María del Carmen Segura Rangel

Diputado Jorge Triana Tena

Diputado Alfredo Vinalay Mora

Diputado José Antonio Zepeda Segura

Anexo 1
Artículos de opinión

Artículo publicado en el diario *La Jornada*

Opinión La calle
28 de febrero de 2007

Eutanasia: la vuelta a la tuerca

Por **Arnoldo Kraus** / III y último

Al hablar de eutanasia, los seis casos narrados en la entrega previa ilustran los avatares de voces y voluntades individuales contra los cánones médicos y religiosos imperantes. El resumen podría ser: autonomía y dignidad *versus* religión y momificación de la sociedad.

Al igual que no hay médicos abortistas tampoco existen doctores eutanatistas. Es falsa la idea de que dentro de la profesión médica existan profesionales que consideren que el aborto es una práctica adecuada para controlar la natalidad. Es igualmente falaz la noción de que haya galenos que vean con buenos ojos la eutanasia como vía para terminar con las vidas de enfermos cuyas demandas de atención rebasen la capacidad de los médicos para encargarse de ellos.

En la eutanasia, tal como ha demostrado la experiencia holandesa y la de Oregon, también es mentira la idea pregonada *ad nauseam* por los grupos que denuestan esta práctica, quienes aseveraban que las peticiones para optar por la buena muerte se incrementarían en caso de que ésta se legalizara. El tiempo ha demostrado lo contrario: las solicitudes en busca de eutanasia activa (Holanda) o de suicidio asistido (Oregon) no han aumentado conforme pasan los años.

Cuando se habla de temas tan ingentes como la eutanasia, el aborto u otros relacionados con la ética médica, es evidente que la opinión pública se mueve con mayor celeridad e inteligencia que las leyes de la sociedad. Las razones son simples: los librepensadores modifican sus juicios de acuerdo con lo que observan, su razonamiento no es rígido y su ideario se construye y se modifica dependiendo de la lectura que se haga de la vida y de la realidad. En cambio, modificar lo establecido es complicado: las leyes dependen de los intereses del poder –políticos, religiosos, empresariales–, de cartabones vetustos y de la sabiduría (o de su ausencia) de los encargados de rectificar algunas normas.

La eutanasia y el aborto ejemplifican bien este desaguisado. Cuando la ley es sorda, e ignora la realidad, la comunidad busca caminos diferentes para expresarse y viola, muchas veces con razón, las leyes. En ambas situaciones los médicos pueden ser sancionados, y en algunos países las mujeres también son

penalizadas. Cuando se trata de abortos clandestinos muchas mujeres mueren o sufren complicaciones muy graves. La ley calla, las mujeres fallecen.

En el caso de los enfermos que reclaman morir, pero que no cuentan con las posibilidades de hacerlo debido a sus afectaciones –distrofias musculares, parapléjicos–, la agonía se transforma en un largo recorrido que puede finalizar sólo tras la ingesta de un raticida. Existen otras circunstancias muy dolorosas como es el dramático caso de Inmaculada Echeverría, una enferma española de 51 años, víctima de una distrofia muscular progresiva desde que tiene 11 años y que ha solicitado en repetidas ocasiones que se le ayude a morir (desde hace nueve años está conectada a un ventilador mecánico); su petición ha sido denegada.

Aunque dignidad y libertad no son sinónimos, ambas cualidades tienen múltiples interconexiones. El derecho de decidir acerca de lo que se desea hacer con la vida propia es el ejercicio más contundente de libertad; actuar conforme a los dictados de la visión personal del mundo y de uno mismo es ejercer la dignidad.

El pasado 6 de febrero, invitado por la Comisión Nacional de Bioética, el doctor Johannes JM van Delden impartió la plática *¿Es posible avanzar hacia una muerte digna? La situación en México vs. la situación en Holanda*. Dentro de la miriada de temas tratados por Van Delden, rescato tres ideas. La primera es que las discusiones para legalizar la eutanasia en Holanda fueron lentas y complejas; iniciadas en 1973 finalizaron casi tres décadas después, en 2002, año en que se aprobó. La segunda es que la moral médica holandesa es admirable: cuando la eutanasia se ejecuta es tácito que tanto médicos como pacientes cumplieron estrictamente con los seis puntos estipulados por las leyes. La tercera es que los holandeses no tratan de convencer a nadie acerca de la validez de la eutanasia, punto que me remite a una idea propia y a la conclusión de estas reflexiones.

Los médicos nunca deben sugerir la eutanasia. Sólo deben ser guías y contar con la capacidad de escuchar lo que desean los enfermos y sus familiares. Escuchar es un arte complejo, pero obligado cuando se habla de la posibilidad de decidir el momento de la muerte. En la actualidad, cuando la medicina ha sufrido los embates de la tecnología, de las aseguradoras, de los abogados y de tantas otras lacras, el arte de la escucha y la empatía deben renovarse.

Siempre me ha seducido la vieja sentencia de Francis Peabody. Más aún cuando se trata de pacientes terminales o enfermos con padecimientos neurológicos degenerativos: “The secret of the care of the patient is in caring of the patient” (El secreto de cuidar al paciente radica en el arte de encargarse del paciente). Si bien, por fortuna, en México el secreto de Peabody sigue vivo en muchas almas médicas, las discusiones acerca de la eutanasia (casi) no se han iniciado.

Muchas de nuestras leyes, al igual que nuestros políticos, se encuentran enmohecidas. Por fortuna, no toda la sociedad civil se ha contagiado de la mediocridad gubernamental y reclama cambios. Bueno sería que José Ángel Córdova Villalobos, secretario de Salud, expresase su opinión con respecto a la eutanasia, el aborto y otros temas relacionados.

Artículo publicado en el diario *Reforma*

Jaque Mate
17 de abril de 2007

Eutanasia pasiva

Por Sergio Sarmiento

“La idea es morir joven... tan tarde como sea posible”.

Ashley Montagu

El senador perredista Lázaro Mazón, secretario de la Comisión de Salud del Senado, ha presentado una iniciativa que busca legalizar la “*eutanasia pasiva*”. La propuesta debe empezar a ser discutida esta semana en comisiones del Senado y, si no se entiende bien, puede generar el mismo tipo de controversia que ha rodeado a la iniciativa para despenalizar el aborto en el Distrito Federal.

Sería una lástima, sin embargo, que una polarización así de la sociedad mexicana impidiera la legalización de la *eutanasia pasiva*, porque ésta debería ser una medida que generara un consenso mucho mayor que el del aborto.

El senador Mazón es un médico muy consciente del debate ético sobre la *eutanasia*. Por eso su propuesta ha sido deliberadamente moderada. No ha promovido una legalización de la llamada “*eutanasia activa*”, la cual implica fundamentalmente matar –usualmente con fármacos y a petición del paciente o de su familia– a una persona que se encuentra en la fase terminal de una enfermedad. Su propuesta se limita a la *eutanasia pasiva*, que quiere decir simplemente dejar de administrar tratamientos que sólo sirven para prolongar la agonía de un enfermo que no tiene salvación.

Es significativo que el senador Ernesto Saro, del PAN, ha señalado ya públicamente que apoya la iniciativa del senador Mazón. Incluso ha señalado que la propuesta no pretende realmente una “*eutanasia*”, en el sentido de provocar una “muerte buena”, que es el sentido etimológico del término, sino simplemente buscar que “no se extienda extraordinariamente la vida de un paciente”.

El ejemplo más característico de la *eutanasia pasiva* es el retiro de un respirador u otro equipo que mantenga artificialmente la vida de un paciente que ya no tiene posibilidades de cura y que se encuentra en los días o las semanas finales de su vida. Apagar un equipo que mantiene la vida de manera artificial es éticamente muy distinto a inyectar una solución intravenosa que provoque la

muerte de un paciente. Por eso la *eutanasia* pasiva les resulta aceptable a muchos católicos y no sólo al senador Saro.

Debo reconocer que yo me inclino por una legislación que vaya más allá que esta propuesta en materia de *eutanasia*. Estoy convencido de que hay casos en que la *eutanasia* activa no sólo es pertinente sino incluso obligatoria desde un punto de vista moral. Pero entiendo las dificultades de aprobar en estos momentos una legislación que permita la *eutanasia* activa. El agravio para los católicos sería enorme. Un intento por legalizar la *eutanasia* activa despertaría un debate que dividiría a nuestro país tanto o más que el que estamos presenciando en materia de aborto.

No veo razón, sin embargo, por la que justificadamente se pueda tratar de detener la iniciativa del senador Mazón para legalizar la *eutanasia* pasiva. Si bien uno puede argumentar que Dios es el dador de la vida y de la muerte, y que por lo tanto no debe corresponder a un ser humano tomar la decisión de detener la vida o adelantar la muerte, no puede decirse que haya una obligación moral de mantener una vida de manera artificial a través de ingenios de la tecnología contemporánea. Dios no inventó los respiradores para preservar la vida cuando ésta naturalmente acabaría.

Hay un momento en que la medicina contemporánea, la cual ha avanzado de manera espectacular en los últimos años, deja de respetar los deseos legítimos de pacientes y familiares y se convierte en un juego perverso, en el que se mantiene viva a una persona a un costo muy elevado en sufrimiento y dinero –lo cual es un incentivo para algunos médicos y hospitales– a pesar de que no haya esperanzas de curación. Eliminar ese tipo de juego con la vida es lo que pretende la legalización de la *eutanasia* pasiva.

El senador Mazón ha preparado una iniciativa muy cuidadosa que sólo va hasta donde puede llegar un consenso razonable de la población mexicana. Esto parece excluir de momento la *eutanasia* activa, pero no la pasiva. Ojalá que la clase política entienda la relevancia de este esfuerzo conciliador y apruebe la iniciativa del perredista.

Me doy cuenta de que son muy pocos los mexicanos que en un momento dado se encuentran en el extremo de necesitar una acción de *eutanasia*, pasiva o activa. Por eso quizá los políticos, siempre tan conscientes del rendimiento electoral de sus acciones, no sienten que éste es un tema realmente importante. No hay muchos votos que conseguir con este esfuerzo.

Pero si la parte ética, o la simple misericordia humana, no convencen a los políticos, quizá el simple hecho de saber que tarde o temprano todos vamos a morir, lo cual nos llevará a ser víctimas potenciales de la tortura de la tecnología médica, termine por persuadirlos. Y al final así se garantizaría nuestro derecho de no ser mantenidos artificialmente vivos cuando ya no hay esperanzas de curación.

Artículo publicado en el diario *Reforma*

5 de enero de 2007

Lo natural

Por Paz Fernández Cueto

Volver a lo natural es lo de hoy, al grado que el respeto por la naturaleza y su equilibrio ecológico se ha convertido en valor indiscutible trascendiendo naciones y culturas. Llama la atención que el adjetivo *natural*, que se utiliza casi con reverencia cuando se trata de jalea real, plantas medicinales, arrecifes de corales o las mariposas monarca, se convierta en palabra tabú cuando se refiere al ser humano.

Consciente del peligro de no respetar los ecosistemas, paradójicamente la sociedad actual se inclina a pensar que su propia naturaleza es totalmente maleable, aceptando de hecho que nada hay de natural en el hombre, modelando así la conducta a su gusto.

El respeto a las diferencias es también un rasgo característico de nuestra cultura, subrayando positivamente la dignidad de toda persona humana y su igualdad de derechos. El problema surge cuando para asegurar la igualdad de trato se niega la misma noción de normalidad, lo que lleva a preguntarnos si la carencia de algún atributo biológico característico de la especie humana constituye una disfunción, o es sólo una diferencia. Una vez más el hombre parece no estar dispuesto a escuchar lo que la naturaleza tiene que decir, prefiere librarse de su biología cuando ésta amenaza con poner límites a su comportamiento; basta analizar unos cuantos temas puestos a discusión en la mayoría de los parlamentos contemporáneos.

El respeto a la vida en el vientre materno no es cuestionable cuando se trata de los delfines o la ballena azul, sí en cambio cuando es la madre o terceros quienes encuentran razones para eliminarla. La destrucción de un embrión en gestación siempre es un delito cuando se trata de huevos de tortuga, no así cuando por el aborto legal, la sociedad acepta la destrucción masiva de individuos pertenecientes a su misma especie, es decir, a su misma naturaleza, la humana.

La experiencia con la eutanasia demuestra exactamente lo mismo. Es la vida o más bien la muerte, la que se pone en juego ante la percepción subjetiva de un médico, el peso de la carga económica de una enfermedad o la depresión

ánimica del enfermo. O se respeta la vida absolutamente, o caemos en una pendiente peligrosa según el criterio dominante.

Hablando de matrimonio y familia, más de 70 intelectuales relevantes: sociólogos, juristas, economistas, expertos familiares, católicos, judíos, protestantes o no creyentes, firmantes del documento Marriage and Public Good, <http://wins.org>, se han lanzado por la defensa del matrimonio concebido como la unión natural de un hombre y una mujer, no por tradición o motivos religiosos, sino basados en la experiencia humana y en los beneficios sociales que esta unión estable trae consigo.

Una sociedad con conciencia ecológica no tiene problemas en reconocer al manglar como hábitat natural de los flamings, no así a la familia fundada en el matrimonio como el ámbito más propicio para crecer como personas. Con frecuencia las leyes que promulgamos y las condiciones sociales y políticas que favorecemos se dan con base en preferencias o conveniencias que, lejos de respetar a la naturaleza, fuerzan sus límites. Tal es el caso de la manipulación genética y la fecundación *in vitro* en donde el bien del concebido pasa a segundo término, o de la adopción entre parejas de homosexuales, desconociendo el derecho natural de toda persona a tener padre y madre de distinto sexo. Cuando el hijo no se percibe como un don, se convierte en capricho.

Los animales respetan necesariamente su propia naturaleza. El hombre, por ser libre, corre el riesgo de revelarse contra los límites de su ser biológico y, en el fondo, de su condición de criatura. “El hombre tiene que ser su propio creador, versión moderna de aquél seréis como dioses” (Peter Seewald, *La sal de la tierra*). Sin embargo por ahora, no parece que el resultado sea precisamente el paraíso en la tierra.

Correo electrónico: pazcueto@avantel.net

Artículo publicado en el diario *Milenio*

18 de abril de 2007

Eutanasia y cuidados paliativos

Por Miguel Ángel Ochoa Covarrubias

El 4 de abril se publicó una nota sobre la iniciativa de la eutanasia propuesta por senadores del PRI y del PRD. Según el texto de Angélica Mercado, “la iniciativa será una opción para aquellos que no tienen esperanza o cuyo diagnóstico no sea mayor a seis meses de vida y que quieran cambiar sus tratamientos curativos por unos de tipo cualitativo”. En un recuadro, se decía: “La iniciativa plantea que sólo se despenalice la eutanasia pasiva, es decir, aquella en la que no se administren ya tratamientos curativos para que los procesos evolucionen espontáneamente o naturalmente, como las infecciones intercurrentes, pero se controla el dolor mientras muere, inclusive con medicamentos opiáceos y sólo a aquellos enfermos cuyo diagnóstico de vida sea de hasta seis meses. Se mantiene la sanción de uno a doce años a quien indujere a otro al suicidio o le preste los medios, es decir, quien acelere su muerte con menos dolor. Se propone la creación de una Comisión Nacional de Bioética [...] y en los centros de salud para dictaminar las solicitudes de eutanasia”.

Aclaro que para el especialista en cuidados paliativos, la eutanasia nunca es ni debe ser una opción terapéutica. Los paliativos nos dedicamos a dar calidad de vida. Controlar el dolor de un paciente nunca acelera su muerte. Contamos con especialistas algólogos que evitan que el paciente tenga dolor. Y además, ¿quién asegura que el paciente se va a morir en menos de seis meses?

El paliativista tiene los conocimientos necesarios para controlar los síntomas que se presentan durante una enfermedad que no tiene cura, para dar calidad de vida que permita una muerte digna del paciente, apoyando igualmente a su familia, acompañándolos en el proceso de enfermedad, denominado ortotanasia.

Nuestro trabajo paliativo inicia al mismo tiempo que se realizó el diagnóstico de la enfermedad. El paliativista siempre busca controlar los síntomas presentes en la enfermedad. Existimos grupos formales interdisciplinarios que sabemos acompañar al paciente y a su familia, evitando el dolor y el sufrimiento.

Propongo: 1. Asesoría por parte del Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos de la Secretaría de Salud Jalisco a los grupos parlamentarios, colegios médicos, sociedades médicas y público en general. 2. Que los

recursos que se pensó asignar al comité de ética se canalicen al proyecto Palia Hospice, que se presentó ante las autoridades de Jalisco y federales, dado que ya estamos dando respuesta a la problemática planteada por el Senado de proporcionar calidad de vida y una muerte digna, sin la necesidad de la eutanasia. Además de que ya se tiene, entre otras finalidades, ser el punto de referencia a escala nacional e internacional para quienes buscan resolver el problema de la atención del paciente doloroso crónico o que sufre de enfermedades que no tienen cura. 3. Que se revise y retome la propuesta presentada en las cámaras federales por el grupo del Colegio de Médicos dedicado al estudio y tratamiento del dolor y cuidados paliativos –Fabiola Montoya y Beatriz Montes de Oca– para que todos los mexicanos tengamos derecho a recibir un tratamiento paliativo adecuado y digno cuando nuestra circunstancia de salud lo amerite.

Director del Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos.

Anexo 2
Artículos, documentos
de fondo y encuestas

SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE

DECLARACIÓN “IURA ET BONA” SOBRE LA EUTANASIA

Introducción

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecuménico Vaticano II ha reafirmado solemnemente la dignidad excelente de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, como "homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado" (*Gaudium et spes*, 27).

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, que recientemente ha recordado la doctrina católica acerca del aborto procurado [1], juzga oportuno proponer ahora la enseñanza de la Iglesia sobre el problema de la eutanasia.

En efecto, aunque continúen siendo siempre válidos los principios enunciados en este terreno por los últimos Pontífices [2], los progresos de la medicina han hecho aparecer, en los recientes años, nuevos aspectos del problema de la eutanasia que deben ser precisados ulteriormente en su contenido ético.

En la sociedad actual, en la que no raramente son cuestionados los mismos valores fundamentales de la vida humana, la modificación de la cultura influye en el modo de considerar el sufrimiento y la muerte; la medicina ha aumentado su capacidad de curar y de prolongar la vida en determinadas condiciones que a veces ponen problemas de carácter moral. Por ello los hombres que viven en tal ambiente se interrogan con angustia acerca del significado de la ancianidad prolongada y de la muerte, preguntándose consiguientemente si tienen el derecho de procurarse a sí mismos o a sus semejantes la "muerte dulce", que serviría para abreviar el dolor y sería, según ellos más conforme con la dignidad humana.

Diversas Conferencias Episcopales han preguntado al respecto a esta Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, la cual, tras haber pedido el parecer de personas expertas acerca de los varios aspectos de la eutanasia, quiere responder con esta Declaración a las peticiones de los obispos, para ayudarles a orientar rectamente a los fieles y ofrecerles elementos de reflexión que puedan presentar a las autoridades civiles a propósito de este gravísimo problema.

La materia propuesta en este documento concierne ante todo a los que ponen su fe y esperanza en Cristo, el cual mediante su vida, muerte y resurrección ha dado un nuevo significado a la existencia y sobre todo a la muerte del cristiano, según las palabras de San Pablo: "pues si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos, morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, sea que muramos, del Señor somos" (*Rom.* 14, 8; *Flp* 1, 20).

Por lo que se refiere a quienes profesan otras religiones, muchos admitirán con nosotros que la fe —si la comparten— en un Dios creador, Providente y Señor de la vida confiere un valor eminente a toda persona humana y garantiza su respeto.

Confiamos, sin embargo, en que esta Declaración recogerá el consenso de tantos hombres de buena voluntad, los cuales, por encima de diferencias filosóficas o ideológicas, tienen una viva conciencia de los derechos de la persona humana. Tales derechos, por lo demás, han sido proclamados frecuentemente en el curso de los últimos años en declaraciones de Congresos Internacionales [3]; y tratándose de derechos fundamentales de cada persona humana, es evidente que no se puede recurrir a argumentos sacados del pluralismo político o de la libertad religiosa para negarles valor universal.

I. Valor de la vida humana

La vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. Si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar. De esta última consideración brotan las siguientes consecuencias:

1. Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente sin oponerse al amor de Dios hacia él, sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable, sin cometer, por ello, un crimen de extrema gravedad [4].

2. Todo hombre tiene el deber de conformar su vida con el designio de Dios. Esta le ha sido encomendada como un bien que debe dar sus frutos ya aquí en la tierra, pero que encuentra su plena perfección solamente en la vida eterna.

3. La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio; semejante acción constituye en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor. Además, el suicidio es a menudo un rechazo del amor hacia sí mismo, una negación de la natural aspiración a la vida, una renuncia frente a los deberes de justicia y caridad hacia el prójimo, hacia las diversas comunidades y hacia la sociedad entera, aunque a veces intervengan, como se sabe, factores psicológicos que pueden atenuar o incluso quitar la responsabilidad.

Se deberá, sin embargo, distinguir bien del suicidio aquel sacrificio con el que, por una causa superior —como la gloria de Dios, la salvación de las almas o el servicio a los hermanos— se ofrece o se pone en peligro la propia vida.

II. La eutanasia

Para tratar de manera adecuada el problema de la eutanasia, conviene ante todo precisar el vocabulario.

Etimológicamente la palabra *eutanasia* significaba en la antigüedad una *muerte dulce* sin sufrimientos atroces. Hoy no nos referimos tanto al significado original del término, cuanto más bien a la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la

enfermedad y da la agonía, a veces incluso con el riesgo de suprimir prematuramente la vida. Además el término es usado, en sentido más estricto, con el significado de "causar la muerte por piedad", con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad.

Es pues necesario decir claramente en qué sentido se toma el término en este documento.

Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados.

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

Podría también verificarse que el dolor prolongado e insoportable, razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, induzcan a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de ese género la responsabilidad personal pueda estar disminuida o incluso no existir, sin embargo el error de juicio de la conciencia —aunque fuera incluso de buena fe— no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisibles. Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.

III. El cristiano ante el sufrimiento y el uso de los analgésicos

La muerte no sobreviene siempre en condiciones dramáticas, al final de sufrimientos insoportables. No debe pensarse únicamente en los casos extremos. Numerosos testimonios concordantes hacen pensar que la misma naturaleza facilita en el momento de la muerte una separación que sería terriblemente dolorosa para un hombre en plena salud. Por lo cual una enfermedad prolongada, una ancianidad avanzada, una situación de soledad y de abandono, pueden determinar tales condiciones psicológicas que faciliten la aceptación de la muerte.

Sin embargo se debe reconocer que la muerte precedida o acompañada a menudo de sufrimientos atroces y prolongados es un acontecimiento que naturalmente angustia el corazón del hombre.

El dolor físico es ciertamente un elemento inevitable de la condición humana, a nivel biológico, constituye un signo cuya utilidad es innegable; pero puesto que atañe a la

vida psicológica del hombre, a menudo supera su utilidad biológica y por ello puede asumir una dimensión tal que suscite el deseo de eliminarlo a cualquier precio.

Sin embargo, según la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo el de los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; en efecto, es una participación en la pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que Él ha ofrecido en obediencia a la voluntad del Padre. No debe pues maravillarse si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos y asociarse así de modo consciente a los sufrimientos de Cristo crucificado (cf. *Mt 27, 34*). No sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárseles según los consejos del médico.

Pero el uso intensivo de analgésicos no está exento de dificultades, ya que el fenómeno de acostumbrarse a ellos obliga generalmente a aumentar la dosis para mantener su eficacia. Es conveniente recordar una declaración de Pío XII que conserva aún toda su validez. Un grupo de médicos le había planteado esta pregunta: "¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos ... está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)?". El Papa respondió: "Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Sí" [5]. En este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable: simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.

Los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pío XII advierte que "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo" [6].

IV. El uso proporcionado de los medios terapéuticos

Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo. De hecho algunos hablan de "derecho a morir" expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiere, sino el derecho de morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana. Desde este punto de vista, el uso de los medios terapéuticos puede plantear a veces algunos problemas.

En muchos casos, la complejidad de las situaciones puede ser tal que haga surgir dudas sobre el modo de aplicar los principios de la moral. Tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas calificadas para hablar en

su nombre, o incluso de los médicos, a la luz de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso.

Cada uno tiene el deber de curarse y de hacerse curar. Los que tienen a su cuidado los enfermos deben prestarles su servicio con toda diligencia y suministrarles los remedios que consideren necesarios o útiles.

¿Pero se deberá recurrir, en todas las circunstancias, a toda clase de remedios posibles?

Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios "extraordinarios". Hoy en cambio, tal respuesta siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios "proporcionados" y "desproporcionados". En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

Para facilitar la aplicación de estos principios generales se pueden añadir las siguientes puntualizaciones:

— A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.

— Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

— Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro.

Conclusión

Las normas contenidas en la presente Declaración están inspiradas por un profundo deseo de servir al hombre según el designio del Creador. Si por una parte la vida es un don de Dios, por otra la muerte es ineludible; es necesario, por lo tanto, que nosotros, sin prevenir en modo alguno la hora de la muerte, sepamos aceptarla con plena conciencia de nuestra responsabilidad y con toda dignidad. Es verdad, en efecto que la muerte pone fin a nuestra existencia terrenal, pero, al mismo tiempo, abre el camino a la vida inmortal. Por eso, todos los hombres deben prepararse para este acontecimiento a la luz de los valores humanos, y los cristianos más aún a la luz de su fe.

Los que se dedican al cuidado de la salud pública no omitan nada, a fin de poner al servicio de los enfermos y moribundos toda su competencia; y acuérdense también de prestarles el consuelo todavía más necesario de una inmensa bondad y de una caridad ardiente. Tal servicio prestado a los hombres es también un servicio prestado al mismo Señor, que ha dicho: "...Cuantas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis" (*Mt 25, 40*).

El Sumo Pontífice Juan Pablo II, en el transcurso de una audiencia concedida al infrascripto cardenal Prefecto ha aprobado esta Declaración, decidida en reunión ordinaria de esta Sagrada Congregación, y ha ordenado su publicación.

Roma, desde la Sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980.

Cardenal Franjo SEPER

Prefecto

Jerôme HAMER,

Arzobispo titular de Lorium,

Secretario

Notas

[1] *Declaración sobre el aborto procurado*, 18 de noviembre de 1974, (AAS 66, 1974, págs. 730-747)

[2] Pío XII, *Discurso a los congresistas de la Unión Internacional de las Ligas Femeninas Católicas*, 11 de septiembre de 1947 (AAS 39, 1947 pág. 483); *Alocución a la Unión Católica Italiana de las Comadronas*, 29 de octubre de 1951 (AAS 43, 1951, págs. 835-854); *Discurso a los miembros de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar*, 19 de octubre de 1953 (AAS 45, 1953, págs. 744-754); *Discurso a los participantes en el IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, pág. 146); cf. *Alocución sobre la "Reanimación"*, 24 de noviembre de 1957 (AAS 49, 1957, págs. 1027-1033). Pablo VI, *Discurso a los miembros del Comité Especial de las Naciones Unidas para la cuestión del "Apartheid"*, 22 de mayo de 1974 (AAS 66, 1974, pág. 346). Juan Pablo II,

Alocución a los obispos de Estados Unidos de América, 5 de octubre de 1979 (AAS 71, 1979, pág. 1225).

[3] Recuérdese en particular la recomendación 779 (1976), referente a los derechos de los enfermos y de los moribundos, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su XXVII sesión ordinaria. Cf. *Sipeca*, núm. 1, marzo de 1977, págs. 14-15.

[4] Se dejan completamente de lado las cuestiones de la pena de muerte y de la guerra, que exigirían consideraciones específicas, ajenas al tema de esta Declaración.

[5] Pío XII, *Discurso*, del 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, pág. 147).

[6] Pío XII, *Discurso*, del 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, pág. 145, cf. *Alocución*, del 9 de septiembre de 1958 (AAS 50, 1958, pág. 694).

Fuente:

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

Nota explicativa sobre el discurso de Juan Pablo II ante la sociedad de transplantes

En el texto que se agrega, la Iglesia Católica Apostólica Romana definió su postura a favor de considerar que la muerte cerebral es equivalente a la muerte del individuo y, por tanto, previo consentimiento, los médicos pueden proceder a extraer órganos con fines de transplante y desconectar al paciente de los aparatos que lo mantienen con una vida artificial.

Año 2000-2001, Boletín Oficial del Estado de los Países Bajos

**DISCURSO DEL SANTO PADRE JUAN PABLO II
CON OCASIÓN DEL XVIII CONGRESO INTERNACIONAL
DE LA SOCIEDAD DE TRASPLANTES**

Martes 29 de agosto de 2000

Ilustres señoras y señores:

1. Me alegra saludaros con ocasión de este congreso internacional, en el que os habéis reunido para reflexionar sobre el complejo y delicado tema de los trasplantes. Agradezco a los profesores Raffaello Cortesini y Óscar Salvatierra las amables palabras que me han dirigido. Saludo en particular a las autoridades italianas presentes.

A todos vosotros os expreso mi gratitud por la amable invitación a este encuentro, y aprecio vivamente la disponibilidad que habéis manifestado para confrontaros con la enseñanza moral de la Iglesia, la cual, respetando la ciencia y sobre todo atenta a la ley de Dios, busca únicamente el bien integral del hombre.

Los trasplantes son una gran conquista de la ciencia al servicio del hombre y no son pocos los que en nuestros días sobreviven gracias al trasplante de un órgano. La técnica de los trasplantes es un instrumento cada vez más apto para alcanzar la primera finalidad de la medicina: el servicio a la vida humana. Por esto, en la carta encíclica *Evangelium vitae* recordé que, entre los gestos que contribuyen a alimentar una auténtica cultura de la vida “merece especial reconocimiento la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, para ofrecer una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas” (n. 86).

2. Sin embargo, como acontece en toda conquista humana, también este sector de la ciencia médica, a la vez que ofrece esperanzas de salud y de vida a muchos, presenta asimismo *algunos puntos críticos*, que es preciso analizar a la luz de una atenta reflexión antropológica y ética.

En efecto, también en esta área de la ciencia médica, el criterio fundamental de valoración debe ser *la defensa y promoción del bien integral de la persona humana*, según su peculiar dignidad.

Por consiguiente, es evidente que cualquier intervención médica sobre la persona humana está sometida a límites: no sólo a los límites de lo que es técnicamente posible, sino también a límites determinados por el respeto a la misma naturaleza humana, entendida en su significado integral: “lo que es técnicamente posible no es, por esa sola razón, moralmente admisible” (Congregación para la doctrina de la fe, *Donum vitae*, 4).

3. Ante todo es preciso poner de relieve, como ya he afirmado en otra ocasión, que toda intervención de trasplante de un órgano tiene su origen generalmente en *una decisión de gran valor ético*: “la decisión de ofrecer, sin ninguna recompensa, una parte del propio cuerpo para la salud y el bienestar de otra persona” (Discurso a los participantes en un congreso sobre trasplantes de órganos, 20 de junio de 1991, n. 3: *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 2 de agosto de 1991, p. 9). Precisamente en esto

reside la nobleza del gesto, que es un auténtico acto de amor. No se trata de donar simplemente algo que nos pertenece, sino de donar algo de nosotros mismos, puesto que “en virtud de su unión sustancial con un alma espiritual, el cuerpo humano no puede ser reducido a un complejo de tejidos, órganos y funciones, (...) ya que es parte constitutiva de una persona, que a través de él se expresa y se manifiesta” (Congregación para la doctrina de la fe, *Donum vitae*, 3).

En consecuencia, todo procedimiento encaminado a comercializar órganos humanos o a considerarlos como artículos de intercambio o de venta, resulta moralmente inaceptable, dado que usar el cuerpo “como un objeto” es violar la dignidad de la persona humana.

Este primer punto tiene una consecuencia inmediata de notable relieve ético: *la necesidad de un consentimiento informado*. En efecto, la "autenticidad" humana de un gesto tan decisivo exige que la persona sea debidamente informada sobre los procesos que implica, de forma que pueda expresar de modo consciente y libre su consentimiento o su negativa. El consentimiento de los parientes tiene su validez ética cuando falta la decisión del donante. Naturalmente, deberán dar un consentimiento análogo quienes reciben los órganos donados.

4. El reconocimiento de la dignidad singular de la persona humana implica otra consecuencia: *los órganos vitales singulares sólo pueden ser extraídos después de la muerte*, es decir, del cuerpo de una persona ciertamente muerta. Esta exigencia es evidente a todas luces, ya que actuar de otra manera significaría causar intencionalmente la muerte del donante al extraerle sus órganos. De aquí brota una de las cuestiones más recurrentes en los debates bioéticos actuales y, a menudo, también en las dudas de la gente común. Se trata del problema de la *certificación de la muerte*. ¿Cuándo una persona se ha de considerar muerta con plena certeza?

Al respecto, conviene recordar que *existe una sola “muerte de la persona”*, que consiste en la total desintegración de ese conjunto unitario e integrado que es la persona misma, como consecuencia de la separación del principio vital, o alma, de la realidad corporal de la persona. La muerte de la persona, entendida en este sentido primario, es un acontecimiento que *ninguna técnica científica o método empírico puede identificar directamente*.

Pero la experiencia humana enseña también que la muerte de una persona *produce inevitablemente signos biológicos ciertos*, que la medicina ha aprendido a reconocer cada vez con mayor precisión. En este sentido, los “criterios” para certificar la muerte, que la medicina utiliza hoy, no se han de entender como la determinación técnico-científica del *momento exacto* de la muerte de una persona, sino como un modo seguro, brindado por la ciencia, para identificar *los signos biológicos de que la persona ya ha muerto realmente*.

5. Es bien sabido que, desde hace tiempo, diversas motivaciones científicas para la certificación de la muerte han desplazado el acento de los tradicionales signos cardio-respiratorios al así llamado *criterio “neurológico”*, es decir, a la comprobación, según parámetros claramente determinados y compartidos por la comunidad científica internacional, de la *cesación total e irreversible* de toda actividad cerebral (en el cerebro, el cerebelo y el tronco encefálico). Esto se considera el signo de que se ha perdido la capacidad de integración del organismo individual como tal.

Frente a los actuales parámetros de certificación de la muerte –sea los signos “encefálicos” sea los más tradicionales signos cardio-respiratorios–, la Iglesia no hace opciones científicas. Se limita a cumplir su deber evangélico de confrontar los datos que brinda la ciencia médica con la concepción cristiana de la unidad de la persona, poniendo de relieve las semejanzas y los posibles conflictos, que podrían poner en peligro el respeto a la dignidad humana.

Desde esta perspectiva, se puede afirmar que el reciente criterio de certificación de la muerte antes mencionado, es decir, la cesación *total e irreversible* de toda actividad cerebral, si se aplica escrupulosamente, no parece en conflicto con los elementos esenciales de una correcta concepción antropológica. En consecuencia, el agente sanitario que tenga la responsabilidad profesional de esa certificación puede basarse en ese criterio para llegar, en cada caso, a aquel grado de seguridad en el juicio ético que la doctrina moral califica con el término de “certeza moral”. Esta certeza moral es necesaria y suficiente para poder actuar de manera éticamente correcta. Así pues, sólo cuando exista esa certeza será moralmente legítimo iniciar los procedimientos técnicos necesarios para la extracción de los órganos para el trasplante, con el previo consentimiento informado del donante o de sus representantes legítimos.

6. Otra cuestión de gran importancia ética es la de la *asignación de los órganos donados*, mediante listas de espera o establecimiento de prioridades. A pesar de los esfuerzos por promover una cultura de donación de órganos, los recursos de que disponen actualmente muchos países resultan aún insuficientes para afrontar las necesidades médicas. De aquí nace la exigencia de elaborar listas de espera para trasplantes, según criterios claros y bien razonados.

Desde el punto de vista moral, un principio de justicia obvio exige que los criterios de asignación de los órganos donados de ninguna manera sean “discriminatorios” (es decir, basados en la edad, el sexo, la raza, la religión, la condición social, etc.) o “utilitaristas” (es decir, basados en la capacidad laboral, la utilidad social, etc.). Más bien, al establecer a quién se ha de dar precedencia para recibir un órgano, *la decisión debe tomarse sobre la base de factores inmunológicos y clínicos*. Cualquier otro criterio sería totalmente arbitrario y subjetivo, pues no reconoce el valor intrínseco que tiene toda persona humana como tal, y que es independiente de cualquier circunstancia externa.

7. Una última cuestión se refiere a la posibilidad, aún en fase experimental, de resolver el problema de encontrar órganos para transplantar al hombre: los así llamados *xenotrasplantes*, es decir, trasplantes de órganos procedentes de otras especies animales.

No pretendo afrontar aquí detalladamente los problemas suscitados por ese procedimiento. Me limito a recordar que ya en 1956 el Papa Pío XII se preguntó sobre su licitud: lo hizo al comentar la posibilidad científica, entonces vislumbrada, del trasplante de córneas de animal al hombre. La respuesta que dio sigue siendo iluminadora también hoy: en principio –afirmó– la licitud de un *xenotrasplante* exige, por una parte, que el órgano trasplantado no menoscabe la integridad de la identidad psicológica o genética de la persona que lo recibe; y, por otra, que exista la comprobada posibilidad biológica de realizar con éxito ese trasplante, sin exponer al receptor a un riesgo excesivo (cf. Discurso a la Asociación italiana de donantes de córnea, clínicos oculistas y médicos forenses, 14 de mayo de 1956).

8. Al concluir, expreso mi esperanza de que la investigación científica y tecnológica en el campo de los trasplantes, gracias a la labor de tantas personas generosas y cualificadas, siga progresando y se extienda también a *la experimentación de nuevas terapias alternativas al trasplante de órganos*, como las prometedoras invenciones recientes en el área de las prótesis. De todos modos, se deberán evitar siempre los métodos que no respeten la dignidad y el valor de la persona. Pienso, en particular, en los intentos de clonación humana con el fin de obtener órganos para trasplantes: esos procedimientos, al implicar la manipulación y destrucción de embriones humanos, no son moralmente aceptables, ni siquiera cuando su finalidad sea buena en sí misma. La ciencia permite entrever otras formas *de intervención terapéutica*, que no implicarían ni la clonación ni la extracción de células embrionarias, dado que basta para ese fin la utilización de células estaminales extraíbles de organismos adultos. Esta es la dirección por donde deberá avanzar la investigación si quiere respetar la dignidad de todo ser humano, incluso en su fase embrionaria.

Para afrontar todas estas cuestiones, es importante *la aportación de los filósofos y de los teólogos*. Su reflexión sobre los problemas éticos relacionados con la terapia de los trasplantes, desarrollada con competencia y esmero, podrá ayudar a precisar mejor los criterios de juicio sobre los cuales basarse para valorar qué tipos de trasplante pueden considerarse moralmente admisibles y bajo qué condiciones, especialmente por lo que atañe a la salvaguarda de la identidad personal de cada individuo.

Espero que los líderes sociales, políticos y educativos renueven su compromiso de promover una auténtica cultura de generosidad y solidaridad. Es preciso sembrar en el corazón de todos, y especialmente en el de los jóvenes, un aprecio genuino y profundo de la necesidad del amor fraterno, un amor que puede expresarse en la elección de donar sus propios órganos.

Que el Señor os sostenga a cada uno de vosotros en vuestro trabajo y os guíe a servir al verdadero progreso humano. Acompaño este deseo con mi bendición.

Fuente: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants_sp.html

Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act



Department of Human Services
Office of Disease Prevention and Epidemiology
March 10, 2004



Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act

For more information contact:

Darcy Niemeyer

Department of Human Services, Health Services

Office of Disease Prevention and Epidemiology

800 N.E. Oregon Street, Suite 730

Portland, OR 97232

E-mail: darcy.niemeyer@state.or.us

Phone: 503-731-4023

Fax: 503-731-4082

<http://www.dhs.state.or.us/publichealth/chs/pas/pas.cfm>

Contributing Editor: Richard Leman, MD

Data Analysis: David Hopkins, MS

Acknowledgements

This assessment was conducted as part of the required surveillance and public health practice activities of the Department of Human Services and was supported by Department funds.

Table of Contents

Summary4

Introduction.....6

 History.....6

 Requirements.....7

Methods

 The Reporting System9

 Data Analyses10

Results.....11

 Patient Characteristics12

 Physician Characteristics13

 Lethal Medication.....13

 Complications.....14

 End of Life Concerns.....14

Comments15

References17

Tables

 Table 119

 Table 221

 Table 322

 Table 423

Summary

Physician-assisted suicide (PAS) has been legal in Oregon since November 1997, when Oregon voters approved the Death with Dignity Act (DWDA) for the second time (see [History](#), page 6). The Department of Human Services (DHS) is legally required to collect information regarding compliance with the Act and make the information available on a yearly basis. In this sixth annual report, we characterize the 42 Oregonians who, in 2003, ingested medications prescribed under provisions of the Act, and look at whether the numbers and characteristics of these patients differ from those who used PAS in prior years. Patients choosing PAS were identified through mandated physician and pharmacy reporting. Our information comes from these reports, physician interviews and death certificates. We also compare the demographic characteristics of patients participating during 1998-2003 with other Oregonians who died of the same underlying causes.

In 2003, 42 physicians wrote a total of 67 prescriptions for lethal doses of medication. The number of prescriptions written increased in each of the previous years: 58 prescriptions were written in 2002, 44 in 2001, 39 in 2000, 33 in 1999, and 24 in 1998. Thirty-nine of the 2003 prescription recipients died after ingesting the medication. Of the 28 persons who did not ingest the prescribed medication, 18 died from their illnesses, and 10 were alive on December 31, 2003. In addition, two patients who received prescriptions during 2002 and another who received a prescription in 2001 died in 2003 after ingesting their medication for a total of 42 PAS deaths during 2003.

There were four more patients who used PAS in 2003 than in 2002, and the number of patients ingesting lethal medication has increased over the six years since legalization. In 2003, 42 patients died from PAS, compared to 38 in 2002, 21 in 2001, 27 in 2000, 27 in 1999, and 16 in 1998 [1-5]. The 42 patients who ingested lethal medications in 2003 represent an estimated 14/10,000 total deaths, compared with 12.2 in 2002, 7.0 in 2001, 9.1 in 2000, 9.2 in 1999, and 5.5 in 1998. Compared to all Oregon decedents in 2003, PAS participants were more likely to have malignant neoplasms

(83%), to be younger (median age 73 years), and to have more formal education (48% had at least a baccalaureate degree).

During the past six years, the 171 patients who took lethal medications differed in several ways from the 53,544 Oregonians dying from the same underlying diseases. Rates of participation in PAS decreased with age, but were higher among those who were divorced or never married, those with more years of education, and those with amyotrophic lateral sclerosis, HIV/AIDS, or malignant neoplasms (see [Patient Characteristics](#), page 12).

Physicians indicated that patient requests for lethal medications stemmed from multiple concerns related to autonomy and control at the end of life. The three most commonly mentioned end-of-life concerns during 2003 were: loss of autonomy, a decreasing ability to participate in activities that made life enjoyable, and a loss of dignity (see [End of Life Concerns](#), page 15).

During 2003, 37 patients (88%) used pentobarbital as their lethal medication, four patients (10%) used secobarbital, and one (2%) used secobarbital/amobarbital (Tuinal). (see [Lethal Medication](#), page 14).

During 2003, complications were reported for three patients. All involved regurgitation and none involved seizures (see [Complications](#), page 14). One-half of patients became unconscious within four minutes of ingestion of the lethal medication and died within 20 minutes. The range of time from ingestion to death was five minutes to 48 hours. Emergency medical services were called by one patient's family to pronounce death; neither resuscitation nor transport was requested.

Although the number of Oregonians ingesting legally prescribed lethal medications has increased, the overall number of terminally ill patients ingesting lethal medication has remained small, with about 1/7 of one percent of Oregonians dying by physician-assisted suicide.

Introduction

This sixth annual report reviews the monitoring and data collection system that was implemented under Oregon's Death with Dignity Act (DWDA), which legalizes physician-assisted suicide (PAS) for terminally ill Oregon residents. This report summarizes the information collected on patients and physicians who participated in the Act in its sixth year of implementation (January 1, 2003 to December 31, 2003) and examines trends over the six years since legalization. Using physician reports, interviews, and death certificates, we address the following questions: Is the number of residents using legal PAS in Oregon increasing? Do patients who participated in 2003 resemble patients using PAS in previous years and other Oregonians dying from similar diseases? Have any changes occurred in the PAS process during the past six years?

History

The Oregon Death with Dignity Act was a citizen's initiative first passed by Oregon voters in November 1994 with 51% in favor. Implementation was delayed by a legal injunction, but after proceedings that included a petition denied by the United States Supreme Court, the Ninth Circuit Court of Appeals lifted the injunction on October 27, 1997. In November 1997, a measure asking Oregon voters to repeal the Death with Dignity Act was placed on the general election ballot (Measure 51, authorized by Oregon House Bill 2954). Voters rejected this measure by a margin of 60% to 40%, retaining the Death with Dignity Act. After voters reaffirmed the DWDA in 1997, Oregon became the only state allowing legal physician-assisted suicide [6].

Although physician-assisted suicide has been legal in Oregon for six years, it remains highly controversial. On November 6, 2001, US Attorney General John Ashcroft issued a new interpretation of the Controlled Substances Act, which would prohibit doctors from prescribing controlled substances for use in physician-assisted suicide. To date, all the medications prescribed under the Act have been barbiturates, which are controlled substances and therefore, would be prohibited by this ruling for use in PAS. In response to a lawsuit filed by the State of Oregon, on November 20, 2001, a US

district court issued a temporary restraining order against Ashcroft's ruling pending a new hearing within 5 months. On April 17, 2002, U.S. District Court Judge Robert Jones upheld the Death with Dignity Act. In September 2002, Attorney General Ashcroft filed an appeal, asking the Ninth U.S. Circuit Court of Appeals to overturn the District Court's ruling. At this time, Oregon's law remains in effect.

Requirements

The Death with Dignity Act allows terminally ill Oregon residents to obtain and use prescriptions from their physicians for self-administered, lethal medications. Under the Act, ending one's life in accordance with the law does not constitute suicide. However, we use the term "physician-assisted suicide" because it is used in the medical literature to describe ending life through the voluntary self-administration of lethal medications prescribed by a physician for that purpose. The Death with Dignity Act legalizes PAS, but specifically prohibits euthanasia, where a physician or other person directly administers a medication to end another's life. [6]

To request a prescription for lethal medications, the Death with Dignity Act requires that a patient must be:

- An adult (18 years of age or older),
- A resident of Oregon,
- Capable (defined as able to make and communicate health care decisions),
- Diagnosed with a terminal illness that will lead to death within six months.

Patients meeting these requirements are eligible to request a prescription for lethal medication from a licensed Oregon physician. To receive a prescription for lethal medication, the following steps must be fulfilled:

- The patient must make two oral requests to his or her physician, separated by at least 15 days.
- The patient must provide a written request to his or her physician, signed in the presence of two witnesses.

- The prescribing physician and a consulting physician must confirm the diagnosis and prognosis.
- The prescribing physician and a consulting physician must determine whether the patient is capable.
- If either physician believes the patient's judgment is impaired by a psychiatric or psychological disorder, the patient must be referred for a psychological examination.
- The prescribing physician must inform the patient of feasible alternatives to assisted suicide including comfort care, hospice care, and pain control.
- The prescribing physician must request, but may not require, the patient to notify his or her next-of-kin of the prescription request.

To comply with the law, physicians must report to the Department of Human Services (DHS) all prescriptions for lethal medications [7]. Reporting is not required if patients begin the request process but never receive a prescription. In the summer of 1999, the Oregon legislature added a requirement that pharmacists must be informed of the prescribed medication's ultimate use. Physicians and patients who adhere to the requirements of the Act are protected from criminal prosecution, and the choice of legal physician-assisted suicide cannot affect the status of a patient's health or life insurance policies. Physicians and health care systems are under no obligation to participate in the Death with Dignity Act [6].

Methods

The Reporting System

DHS is required by the Act to develop and maintain a reporting system for monitoring and collecting information on PAS [6]. To fulfill this mandate, DHS uses a system involving physician and pharmacist compliance reports, death certificate reviews, and follow-up interviews [7].

When a prescription for lethal medication is written, the physician must submit to DHS information that documents compliance with the law. We review all physician reports and contact physicians regarding missing or discrepant data. DHS Vital Records files are searched periodically for death certificates that correspond to physician reports. These death certificates allow us to confirm patients' deaths, and provide patient demographic data (e.g., age, place of residence, level of education).

In addition, using our authority to conduct special studies of morbidity and mortality [8], DHS has conducted telephone interviews with prescribing physicians after receipt of the patients' death certificates. Each physician was asked to confirm whether the patient took the lethal medications. If the patient had taken the medications, we asked physicians for information that was not available from physician reports or death certificates--including insurance status and enrollment in hospice. We asked why the patient requested a prescription, specifically exploring concerns about the financial impact of the illness, loss of autonomy, decreasing ability to participate in activities that make life enjoyable, being a burden, loss of control of bodily functions, uncontrollable pain, and loss of dignity. We collected information on the time to unconsciousness and death, and asked about any adverse reactions. Because physicians are not legally required to be present when a patient ingests the medication, not all have information about what happened when the patient ingested the medication. If the prescribing physician was not present, we accepted information they had based on discussions with family members, friends or other health professionals who attended the patients' deaths. We do not interview or collect any information from patients prior to their death.

Reporting forms and the physician questionnaire are available at

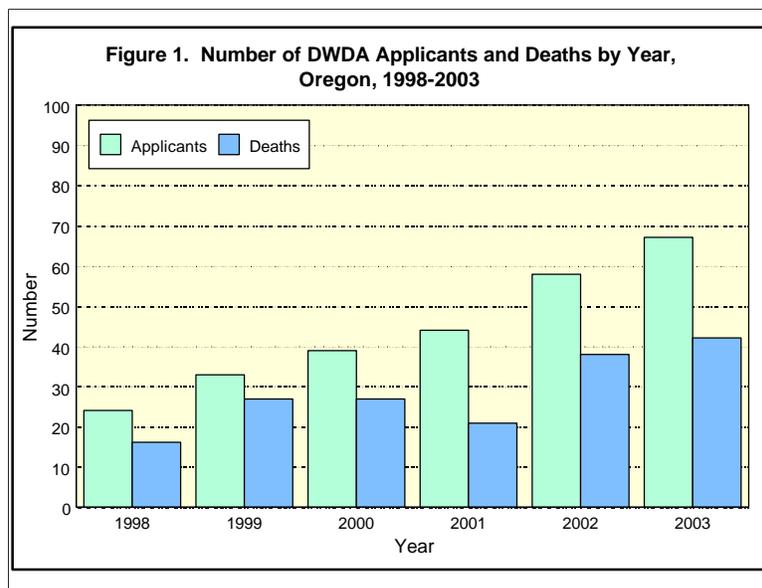
<http://www.dhs.state.or.us/publichealth/chs/pas/pasforms.cfm>

Data Analyses

We classified patients by year of participation based on when they ingested the legally-prescribed lethal medication. Using demographic information from 1997-2002 Oregon death certificates (the most recent years for which complete data are available), we compared patients who used legal PAS with other Oregonians who died from the same diseases. Demographic- and disease-specific PAS rates were computed using the number of deaths from the same causes as the denominator. The overall PAS rates by year were computed using the total number of resident deaths. Annual rates were calculated using numerator and denominator data from the same year, except for 2003 where the number of resident deaths from 2002 was used as the denominator.

Results

Both the number of prescriptions written and the number of Oregonians using PAS have increased over the six years that PAS has been legal in Oregon. In 2003, 42 physicians wrote 67 prescriptions for lethal doses of medication. The number of prescriptions written has increased over the six years since legalization: 58 prescriptions were written in 2002, 44 in 2001, 39 in 2000, 33 in 1999 and 24 in 1998. Thirty-nine of the 2003 prescription recipients died after ingesting the medication. Of the 28 recipients who did not ingest the prescribed medication in 2003, 18 died from their illnesses, and 10 were alive on December 31, 2003. In addition, two patients who received prescriptions during 2002 and another who received a prescription in 2001 died in 2003, after ingesting their medication, giving a total of 42 PAS deaths during 2003 (*Figure 1*). Thirty different physicians wrote the 42 prescriptions for lethal medication.



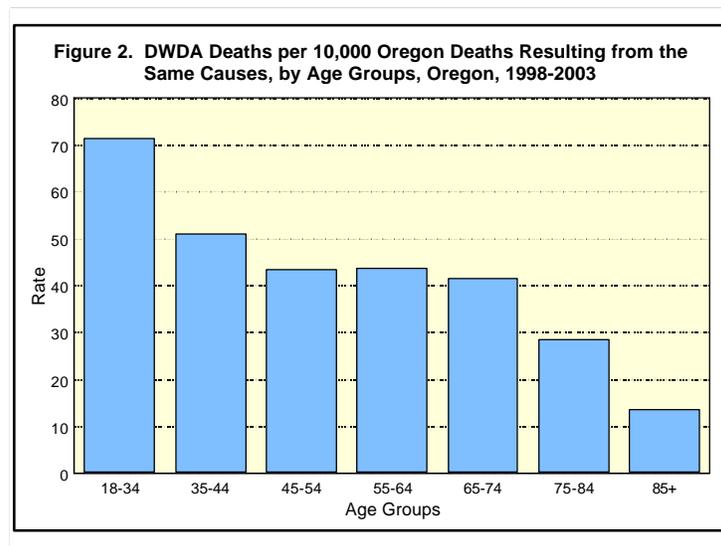
The number of patients ingesting lethal medication has increased over the six years since legalization. The 42 PAS deaths in 2003 compare to 38 in 2002, 21 in 2001, 27 in 2000, 27 in 1999, and 16 in 1998. The 42 patients who ingested lethal medications in 2003 represent an estimated 14/10,000 total deaths compared with 12.2 in 2002, 7.0 in 2001, 9.1 in 2000, 9.2 in 1999, and 5.5 in 1998.

The percentage of patients referred to a specialist for psychological evaluation has declined, falling from 31 percent in 1998 to five percent in 2003.

Patient Characteristics

Oregonians using PAS during 2003 differed from those of previous years in several ways. They were more apt to be older (their median age was 73 compared to 69 for those using PAS in preceding years); they were more apt to have at least a baccalaureate degree (48% did so compared to 38% of their predecessors); and a greater proportion of patients resided in Multnomah, Clackamas, and Washington counties (45% vs. 37%). However, these figures are based on relatively few events and do not represent statistically significant differences (Table 1).

Although year-to-year variations occur, certain demographic patterns have become evident over the past six years. Males and females were equally likely to take advantage of the DWDA, but terminally ill younger persons were significantly more likely to turn to PAS than their older counterparts; 18- to 34-year-olds were 5.3 times more likely to use PAS than were those 85 or older (Table 2 and *Figure 2*). Asian Oregonians were about three times as likely to use PAS as were white Oregonians. Divorced and never-married persons were about two times more likely to use PAS than married and widowed residents. A higher level of education was strongly associated with the use of PAS; Oregonians with a baccalaureate degree or higher were 7.6 times more likely to use PAS than those without a high school diploma. By region, residents living east of the Cascade Range were less than half as likely to use PAS as those living in western Oregon.



The type of terminal illness is a strong predictor of the likelihood of a patient using PAS (Table 3). The rates of DWDA deaths to non-PAS deaths resulting from the same causes were high for three conditions: amyotrophic lateral sclerosis (ALS) (249.0 per 10,000), HIV/AIDS (171.4), and malignant neoplasms (37.6). Among the causes associated with at least three deaths, the lowest rate (9.7) was for patients with chronic lower respiratory diseases (CLRD), such as emphysema. Persons with ALS (Lou Gehrig's disease) were more than 25 times as likely to use PAS as were those with CLRD.

During 2003, most patients died at home, but two died at assisted living residences while another died in a physician's office. All individuals had some form of health insurance (Table 4). As in previous years, most (93%) of the patients who used PAS in 2003 were enrolled in hospice care. The median length of the patient-physician relationship was ten weeks.

Physician Characteristics

The prescribing physicians of patients who used PAS during 2003 had been in practice a median of 21.5 years (range 3-35). Their medical specialties included: internal medicine (12%), oncology (38%), family medicine (45%), and other (5%).

Prescribing physicians were present while 12 (29%) of the 42 patients ingested the lethal medications. Among the remaining 30 patients, 67% ingested the medication in the presence of another health-care provider/volunteer.

During 2003, one case involving possible non-compliance with DWDA provisions regarding witnessing of signatures was reported to the Oregon Board of Medical Examiners.

Lethal Medication

During 1998-2002, secobarbital was the lethal medication prescribed for 85 of the 129 patients (66%). During 2003, 37 patients (88%) used pentobarbital, four patients used secobarbital, and one used secobarbital/amobarbital. Since the DWDA was implemented, 52% of the PAS patients used secobarbital, 46% used pentobarbital, and 2% used other medications (mostly secobarbital/amobarbital).

Complications

During 2003, physicians reported that three patients experienced complications: a small emesis was reported for one patient who died 20 minutes after ingestion of the lethal medication. Another patient consumed about 60% of the prescribed pentobarbital, regurgitated about one-third of the medication consumed to that point, and then drank one-half of the remaining medication, dying 20 minutes later. A third patient drank one-half of the prescribed medication and about 30 seconds later regurgitated one-third of what had been consumed, retaining only about 3 grams of the barbiturate. This patient lived for 48 hours after having ingested only about one-third of the intended dose.

One physician reported that a patient fell asleep before ingesting the entire dose of medication. The patient died 40 minutes after ingestion.

None of the patients regained consciousness after ingesting the lethal medication.

Emergency medical services were contacted by a family in one case to pronounce death but not to intervene or transport the patient.

End of Life Concerns

Physicians were asked if, based on discussions with patients, any of seven end-of-life concerns might have contributed to the patients' requests for lethal medication (Table 4). In nearly all cases, physicians reported multiple concerns contributing to the request. During 2003, one patient (2%) was reported to have one end-of-life concern, 13 (31%) had two concerns, 15 (36%) had three concerns, nine (21%) had four concerns, and four (10%) had five concerns. The most frequently reported concerns included losing autonomy (93%), a decreasing ability to participate in activities that make life enjoyable (93%), and loss of dignity (82%). (The frequency of the latter concern was assessed for the first time in 2003.)

Comments

During the six years since legalization, the number of prescriptions written for physician-assisted suicide and the number of terminally ill patients taking lethal medication has increased. However, the number has remained small compared to the total number of deaths in Oregon, with about 1/7 of one percent of Oregonians dying by PAS. This proportion is consistent with numbers from a survey of Oregon physicians [9]. Overall, smaller numbers of patients appear to use PAS in Oregon compared to the Netherlands [10]. However, as detailed in previous reports [1-5], our numbers are based on a reporting system for terminally ill patients who legally receive prescriptions for lethal medications, and do not include patients and physicians who may act outside the provisions of the DWDA.

Over the last six years the rate of PAS among patients with ALS in Oregon has been substantially higher than among patients with other illnesses. This finding is consistent with other studies. In the Netherlands, where both PAS and euthanasia are openly practiced, one in five ALS patients died as a result of PAS or euthanasia [11]. A study of Oregon and Washington ALS patients found that one-third of these patients discussed wanting PAS in the last month of life [12]. It is not known with certainty why ALS patients would be more likely to choose PAS than would other terminally ill patients. Oregon HIV/AIDS patients are also disproportionately likely to use PAS, a finding consistent with studies elsewhere [13].

Physicians have consistently reported that concerns about loss of autonomy and decreased ability to participate in activities that make life enjoyable are important motivating factors in patient requests for lethal medication across all six years. Interviews with family members during 1999 corroborated physician reports [2]. These findings were supported by a recent study of hospice nurses and social workers caring for PAS patients in Oregon [14].

The availability of PAS may have led to efforts to improve end-of-life care through other modalities. While it may be common for patients with a terminal illness to consider PAS, a request for PAS can be an opportunity for a medical provider to explore with patients their fears and wishes around end-of-life care, and to make patients aware

of other options. Often once the provider has addressed a patient's concerns, he or she may choose not to pursue PAS [15]. The availability of PAS as an option in Oregon also may have spurred Oregon doctors to address other end-of life care options more effectively. In one study, Oregon physicians reported that, since the passage of the Death with Dignity Act in 1994, they had made efforts to improve their knowledge of the use of pain medications in the terminally ill, to improve their recognition of psychiatric disorders such as depression, and to refer patients more frequently to hospice [16].

References

1. Chin G, Hedberg K, Higginson G, Fleming D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon—The first year's experience. *N Engl J Med*, 1999;340:577-83.
2. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon—The second year. *N Engl J Med*, 2000;342:598-604.
3. Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 1998-2000. *N Engl J Med*, 2001;344:605-7.
4. Hedberg K, Hopkins D, Southwick K. Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 2001. *N Engl J Med*, 2002;346:450-2.
5. Hedberg K, Hopkins D, Kohn M. Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon. *N Engl J Med*, 2003;348:961-4.
6. Oregon Revised Statute 127.800-127.995. Available at <http://www.dhs.state.or.us/publichealth/chs/pas/ors.cfm>
7. Oregon Administrative Rules 333-009-000 to 333-009-0030. Available at <http://www.dhs.state.or.us/publichealth/chs/pas/oars.cfm>
8. Oregon Revised Statute 432.060. <http://www.leg.state.or.us/ors/432.html>
9. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, et al. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med*, 2000;342:557-63.
10. Willems DL, Daniels ER, van der Wal G, et al. Attitudes and practices concerning the end of life: A comparison between physicians from the United States and from The Netherlands. *Arch Intern Med*, 2000;160:63-8.
11. Vledink JH, Wokke JHJ, Van Der Wal G, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med*, 2002;346:1638-44.
12. Ganzini L, Silveira MJ, Johnston WS. Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. *J Pain Symptom Manage*, 2002;3:312-7.
13. Bosshard G, Ulrich E, Bar W. 748 Cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organization. *Swiss Med Wkly*, 2003;133:310-317.

14. Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, et al. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *N Engl J Med*, 2002;347:582-8.
15. Bascom PB, Tolle SW. Responding to requests for physician-assisted suicide: "these are uncharted waters for both of us...". *JAMA*, 2002;288:91-8.
16. Ganzini L, Nelson HD, Lee MA, et al. Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since the passage of the Oregon Death with Dignity Act. *JAMA* 2001;285:2363-9.

Table 1. Demographic characteristics of 171 DWDA patients who died after ingesting a lethal dose of medication, by year, Oregon, 1998-2003.

Characteristics	2003 (N = 42)*	1998-2002 (N= 129)*	Total (N = 171)*
Sex			
Male (%)	19 (45)	71 (55)	90 (53)
Female (%)	23 (55)	58 (45)	81 (47)
Age			
18-34 (%)	0 (0)	2 (2)	2 (1)
35-44 (%)	2 (5)	3 (2)	5 (3)
45-54 (%)	4 (10)	10 (8)	14 (8)
55-64 (%)	8 (19)	21 (16)	29 (17)
65-74 (%)	9 (21)	46 (36)	55 (32)
75-84 (%)	14 (33)	37 (29)	51 (30)
85+ (%)	5 (12)	10 (8)	15 (9)
Median years (Range)	73 (40-93)	69 (25-94)	70 (25-94)
Race			
White (%)	41 (98)	125 (97)	166 (97)
Asian (%)	1 (2)	4 (3)	5 (3)
Other (%)	0	0	0
Marital status			
Married (%)	15 (36)	60 (47)	75 (44)
Widowed (%)	12 (29)	29 (23)	41 (24)
Divorced (%)	10 (24)	32 (25)	42 (25)
Never married (%)	5 (12)	8 (6)	13 (8)
Education			
Less than high school (%)	2 (5)	14 (11)	16 (9)
HS graduate (%)	8 (19)	43 (33)	51 (30)
Some college (%)	12 (29)	23 (18)	35 (21)
Baccalaureate or higher (%)	20 (48)	49 (38)	69 (40)
Residence			
Metro counties (%)**	19 (45)	48 (37)	67 (39)
Coastal counties (%)***	3 (7)	11 (9)	14 (8)
Other W. counties (%)	19 (45)	60 (47)	79 (46)
E. of the Cascades (%)	1 (2)	10 (8)	11 (6)
Underlying illness			
Malignant neoplasms (%)	35 (83)	100 (78)	135 (79)
Lung and bronchus (%)	9 (21)	24 (19)	33 (19)
Breast (%)	6 (14)	10 (8)	16 (9)
Pancreas (%)	4 (10)	12 (9)	16 (9)
Colon (%)	3 (7)	7 (5)	10 (6)
Other (%)	13 (31)	47 (36)	60 (35)

Characteristics (Cont'd)	2003 (N=42)*	1998-2002 (N=129)*	Total (N=171)*
Underlying Illness (Cont'd)			
Amyotrophic lateral sclerosis (%)	3 (7)	10 (8)	13 (8)
Chronic lower respiratory dis. (%)	1 (2)	8 (6)	9 (5)
HIV/AIDS (%)	2 (5)	1 (1)	3 (2)
Illnesses listed below (%)#	1 (1)	10 (8)	11 (6)

* Unknowns are excluded when calculating percentages.

** Clackamas, Multnomah, and Washington counties.

*** Excluding Douglas and Lane counties.

Includes aortic stenosis, congestive heart failure, diabetes mellitus with renal complications, gastrointestinal stromal tumor, myelodysplastic syndrome, pulmonary disease with fibrosis, scleroderma, and Shy-Drager syndrome.

Table 2. Demographic characteristics of 171 patients who died during 1998-2003 after ingesting a lethal dose of medication compared with 53,544 Oregonians dying from the same underlying diseases.

Characteristics	PAS patients 1998-2003 (N = 171)*	Oregon deaths, same diseases (N =53,544)*	DWDA deaths per 10,000 Oregon deaths	Rate ratio (95% CI**)
Sex				
Male (%)	90 (53)	26,972 (50)	33.4	1.1 (0.8-1.5)
Female (%)	81 (47)	26,572 (50)	30.5	1.0
Age				
18-34 (%)	2 (1)	281 (1)	71.2	5.3 (1.2-22.9)#
35-44 (%)	5 (3)	985 (2)	50.8	3.8 (1.4-10.3)
45-54 (%)	14 (8)	3,235 (6)	43.3	3.2 (1.6-6.6)
55-64 (%)	29 (17)	6,674 (13)	43.5	3.2 (1.7-6.0)
65-74 (%)	55 (32)	13,309 (25)	41.3	3.1 (1.7-5.4)
75-84 (%)	51 (30)	17,969 (34)	28.4	2.1 (1.2-3.7)
85+ (%)	15 (9)	11,091 (21)	13.5	1.0
Median years	70	76		
Race				
White (%)	166 (97)	52,100 (97)	31.9	1.0
Asian (%)	5 (3)	535 (1)	93.5	2.9 (1.2-7.1)+
Other (%)	0	898 (2)	0	0
Unknown	0	11		
Marital status				
Married (%)	75 (44)	26,003 (49)	28.8	1.0
Widowed (%)	41 (24)	17,742 (33)	23.1	0.8 (0.6-1.2)
Divorced (%)	42 (25)	7,530 (14)	55.8	1.9 (1.3-2.8)+
Never married (%)	13 (8)	2,168 (4)	60.0	2.1 (1.2-3.7)+
Unknown	0	101		
Education				
Less than high school (%)	16 (9)	12,954 (25)	12.4	1.0
HS graduate (%)	51 (30)	22,855 (43)	22.3	1.8 (1.0-3.2)
Some college (%)	35 (21)	9,598 (18)	36.5	3.0 (1.6-5.3)
Baccalaureate or higher (%)	69 (40)	7,392 (14)	93.3	7.6 (4.4-13.0)#
Unknown	0	745		
Residence				
Metro counties (%)	67 (39)	19,333 (36)	34.7	1.0
Coastal counties (%)	14 (8)	4,374 (8)	32.0	0.9 (0.5-1.6)
Other W. counties (%)	79 (46)	22,259 (42)	35.5	1.0 (0.7-1.4)
E. of the Cascades (%)	11 (6)	7,578 (14)	14.5	0.4 (0.2-0.8)+

* Unknowns are excluded when calculating percentages.

** Confidence interval.

The ratio is statistically significant according to the chi-square test for trend.

+ The ratio is statistically significant according to the chi-square test.

Table 3. Underlying illnesses of 171 patients who died during 1998-2003 after ingesting a lethal dose of medication compared with 53,544 Oregonians dying from the same underlying diseases.

Underlying illnesses	PAS patients 1998-2003 (N = 171)	Oregon deaths, same diseases (N =53,544)	DWDA deaths per 10,000 Oregon deaths	Rate ratio (95% CI)*
Malignant neoplasms (%)	135 (79)	35,906 (67)	37.6	3.9 (2.0-7.6)+
Lung and bronchus (%)	33 (19)	12,037 (23)	27.4	2.8 (1.4-5.9)+
Breast (%)	16 (9)	3,037 (6)	52.7	5.4 (2.4-12.3)+
Pancreas (%)	16 (9)	2,190 (4)	73.1	7.5 (3.3-17.1)+
Colon (%)	10 (6)	3,171 (6)	31.5	3.3 (1.3-8.0)+
Prostate (%)	9 (5)	2,670 (5)	33.7	3.5 (1.4-8.8)+
Ovary (%)	9 (5)	1,178 (2)	76.4	7.9 (3.1-19.9)+
Skin (%)	6 (4)	522 (1)	114.9	11.9 (4.2-33.2)+
Other (%)	36 (21)	11,101 (21)	32.4	3.4 (1.6-7.0)+
Amyotrophic lateral sclerosis (%)	13 (8)	522 (1)	249.0	25.7 (11.1-59.9)+
Chronic lower respiratory dis. (%)	9 (5)	9,300 (17)	9.7	1.0
HIV/AIDS (%)	3 (2)	175 (<1)	171.4	17.7 (4.8-64.9)+
Illnesses listed below (%)**	11 (6)	7,641 (14)	14.4	1.5 (0.6-3.6)

* Confidence interval.

** Includes aortic stenosis, congestive heart failure, diabetes mellitus with renal complications, gastrointestinal stromal tumor, myelodysplastic syndrome, pulmonary disease with fibrosis, scleroderma, and Shy-Drager syndrome.

+ The ratio is statistically significant according to the chi-square test.

Table 4. Death with Dignity Act participant end of life care and DWDA utilization. Based on physician interviews for 171 patients who died after ingesting a lethal dose of medication - Oregon, 1998-2003.

Characteristics	2003 (N=42)*	1998-2002 (N=129)*	Total (N=171)*
End of Life Care			
Hospice			
Enrolled (%)	39 (93)	106 (83)	145 (86)
Declined by patient (%)	3 (7)	21 (17)	24 (14)
<i>Unknown</i>	-	2	2
Insurance			
Private (%)	22 (52)	80 (63)	102 (61)
Medicare or Medicaid (%)	20 (48)	44 (35)	64 (38)
None (%)	-	2 (2)	2 (1)
<i>Unknown</i>	-	3	3
End of Life Concerns⁺			
Losing autonomy (%)	39 (93)	106 (85)	145 (87)
Less able to engage in activities making life enjoyable (%)	39 (93)	99 (79)	138 (83)
Loss of dignity (%) ⁺⁺	31 (82)	-	31 (82)
Losing control of bodily functions (%)	24 (57)	73 (58)	97 (58)
Burden on family, friends/caregivers (%)	16 (38)	44 (35)	60 (36)
Inadequate pain control (%) ^{**}	9 (21)	28 (22)	37 (22)
Financial implications of treatment (%)	1 (2)	3 (2)	4 (2)
PAS Process			
Referred for psychiatric evaluation (%)	2 (5)	28 (23)	30 (18)
Patient died at			
Home (patient, family or friend) (%)	39 (93)	121 (94)	160 (94)
Long term care, assisted living or foster care facility (%)	2 (5)	6 (5)	8 (5)
Hospital (%)	0	1 (1)	1 (1)
Other (%)	1 (2)	1 (1)	2 (1)
Lethal Medication			
Secobarbital (%)	4 (10)	85 (66)	89 (52)
Pentobarbital (%)	37 (88)	41 (32)	78 (46)
Secobarbital/amobarbital (%)	1 (2)	2 (2)	3 (2)
Other (%)	0	1 (1)	1 (1)
Health-care provider present when medication ingested[#]			
Prescribing physician (%)	12 (29)	22 (39)	34 (34)
Other provider, prescribing physician not present (%)	20 (48)	29 (51)	49 (49)
No provider (%)	10 (24)	6 (11)	16 (16)
<i>Unknown</i>	0	2	2
Regurgitation/seizures after medication ingested			
Regurgitated (%)	3 (7)	4 (3)	7 (4)
Seizures (%)	0	0	0
Neither (%)	39 (93)	121 (97)	160 (96)
<i>Unknown</i>	0	4	4

Characteristics (cont'd)	2003 (N=42)*	1998-2002 (N=129)*	Total (N=171)*
Emergency Medical Services			
Called for intervention after lethal medication ingested (%)***	0	0	0
Not called after lethal medication ingested (%)	42 (100)	126 (100)	168 (100)
<i>Unknown</i>	0	3	3
Timing of PAS Event			
Duration (weeks) of patient-physician relationship			
Median	10	13	13
Range	0-405	0-851	0-851
Duration (days) between 1 st request and death			
Median	36	43	39
Range	16-737	15-466	15-737
Minutes between ingestion and unconsciousness			
Median	4	5	5
Range	1-20	1-38	1-38
<i>Unknown</i>	2	18	20
Minutes between ingestion and death			
Median	20	30	25
Range (minutes - hours)	5m-48h	4m-37h	4m-48h
<i>Unknown</i>	1	12	13

* Unknowns are excluded when calculating percentages unless otherwise noted.

** Patients discussing concern about inadequate pain control with their physicians were not necessarily experiencing pain.

*** Excludes calls to pronounce death.

The data shown are for 2001-2003. Information about the presence of a health care provider/volunteer, in absence of the prescribing physician, was first collected in 2001. Attendance by the prescribing physician has been recorded since 1998. During 1998-2002 the prescribing physician was present when 47% of the patients ingested the lethal medication.

+ Affirmative answers only ("Don't know" included in negative answers). Available for 17 patients in 2001.

++ First asked in 2003.

THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT

OREGON REVISED STATUTES

(General Provisions)

(Section 1)

Note: The division headings, subdivision headings and leadlines for 127.800 to 127.890, 127.895 and 127.897 were enacted as part of Ballot Measure 16 (1994) and were not provided by Legislative Counsel.

127.800 §1.01. Definitions. The following words and phrases, whenever used in ORS 127.800 to 127.897, have the following meanings:

- (1) "Adult" means an individual who is 18 years of age or older.
- (2) "Attending physician" means the physician who has primary responsibility for the care of the patient and treatment of the patient's terminal disease.
- (3) "Capable" means that in the opinion of a court or in the opinion of the patient's attending physician or consulting physician, psychiatrist or psychologist, a patient has the ability to make and communicate health care decisions to health care providers, including communication through persons familiar with the patient's manner of communicating if those persons are available.
- (4) "Consulting physician" means a physician who is qualified by specialty or experience to make a professional diagnosis and prognosis regarding the patient's disease.
- (5) "Counseling" means one or more consultations as necessary between a state licensed psychiatrist or psychologist and a patient for the purpose of determining that the patient is capable and not suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment.
- (6) "Health care provider" means a person licensed, certified or otherwise authorized or permitted by the law of this state to administer health care or dispense medication in the ordinary course of business or practice of a profession, and includes a health care facility.
- (7) "Informed decision" means a decision by a qualified patient, to request and obtain a prescription to end his or her life in a humane and dignified manner, that is based on an appreciation of the relevant facts and after being fully informed by the attending physician of:
 - (a) His or her medical diagnosis;

- (b) His or her prognosis;
 - (c) The potential risks associated with taking the medication to be prescribed;
 - (d) The probable result of taking the medication to be prescribed; and
 - (e) The feasible alternatives, including, but not limited to, comfort care, hospice care and pain control.
- (8) "Medically confirmed" means the medical opinion of the attending physician has been confirmed by a consulting physician who has examined the patient and the patient's relevant medical records.
- (9) "Patient" means a person who is under the care of a physician.
- (10) "Physician" means a doctor of medicine or osteopathy licensed to practice medicine by the Board of Medical Examiners for the State of Oregon.
- (11) "Qualified patient" means a capable adult who is a resident of Oregon and has satisfied the requirements of ORS 127.800 to 127.897 in order to obtain a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner.
- (12) "Terminal disease" means an incurable and irreversible disease that has been medically confirmed and will, within reasonable medical judgment, produce death within six months. [1995 c.3 §1.01; 1999 c.423 §1]

(Written Request for Medication to End One's Life in a Humane and Dignified Manner)

(Section 2)

127.805 §2.01. Who may initiate a written request for medication. (1) An adult who is capable, is a resident of Oregon, and has been determined by the attending physician and consulting physician to be suffering from a terminal disease, and who has voluntarily expressed his or her wish to die, may make a written request for medication for the purpose of ending his or her life in a humane and dignified manner in accordance with ORS 127.800 to 127.897.

(2) No person shall qualify under the provisions of ORS 127.800 to 127.897 solely because of age or disability. [1995 c.3 §2.01; 1999 c.423 §2]

127.810 §2.02. Form of the written request. (1) A valid request for medication under ORS 127.800 to 127.897 shall be in substantially the form described in ORS 127.897, signed and dated by the patient and witnessed by at least two individuals who, in the presence of the patient, attest that to the best of their knowledge and belief the patient is capable, acting voluntarily, and is not being coerced to sign the request.

(2) One of the witnesses shall be a person who is not:

(a) A relative of the patient by blood, marriage or adoption;

(b) A person who at the time the request is signed would be entitled to any portion of the estate of the qualified patient upon death under any will or by operation of law; or

(c) An owner, operator or employee of a health care facility where the qualified patient is receiving medical treatment or is a resident.

(3) The patient's attending physician at the time the request is signed shall not be a witness.

(4) If the patient is a patient in a long term care facility at the time the written request is made, one of the witnesses shall be an individual designated by the facility and having the qualifications specified by the Department of Human Services by rule. [1995 c.3 §2.02]

(Safeguards)

(Section 3)

127.815 §3.01. Attending physician responsibilities. (1) The attending physician shall:

(a) Make the initial determination of whether a patient has a terminal disease, is capable, and has made the request voluntarily;

(b) Request that the patient demonstrate Oregon residency pursuant to ORS 127.860;

(c) To ensure that the patient is making an informed decision, inform the patient of:

(A) His or her medical diagnosis;

(B) His or her prognosis;

(C) The potential risks associated with taking the medication to be prescribed;

(D) The probable result of taking the medication to be prescribed; and

(E) The feasible alternatives, including, but not limited to, comfort care, hospice care and pain control;

(d) Refer the patient to a consulting physician for medical confirmation of the diagnosis, and for a determination that the patient is capable and acting voluntarily;

- (e) Refer the patient for counseling if appropriate pursuant to ORS 127.825;
- (f) Recommend that the patient notify next of kin;
- (g) Counsel the patient about the importance of having another person present when the patient takes the medication prescribed pursuant to ORS 127.800 to 127.897 and of not taking the medication in a public place;
- (h) Inform the patient that he or she has an opportunity to rescind the request at any time and in any manner, and offer the patient an opportunity to rescind at the end of the 15 day waiting period pursuant to ORS 127.840;
- (i) Verify, immediately prior to writing the prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897, that the patient is making an informed decision;
- (j) Fulfill the medical record documentation requirements of ORS 127.855;
- (k) Ensure that all appropriate steps are carried out in accordance with ORS 127.800 to 127.897 prior to writing a prescription for medication to enable a qualified patient to end his or her life in a humane and dignified manner; and
- (L)(A) Dispense medications directly, including ancillary medications intended to facilitate the desired effect to minimize the patient's discomfort, provided the attending physician is registered as a dispensing physician with the Board of Medical Examiners, has a current Drug Enforcement Administration certificate and complies with any applicable administrative rule; or
- (B) With the patient's written consent:
 - (i) Contact a pharmacist and inform the pharmacist of the prescription; and
 - (ii) Deliver the written prescription personally or by mail to the pharmacist, who will dispense the medications to either the patient, the attending physician or an expressly identified agent of the patient.
- (2) Notwithstanding any other provision of law, the attending physician may sign the patient's death certificate. [1995 c.3 §3.01; 1999 c.423 §3]

127.820 §3.02. Consulting physician confirmation. Before a patient is qualified under ORS 127.800 to 127.897, a consulting physician shall examine the patient and his or her relevant medical records and confirm, in writing, the attending physician's diagnosis that the patient is suffering from a terminal disease, and verify that the patient is capable, is acting voluntarily and has made an informed decision. [1995 c.3 §3.02]

127.825 §3.03. Counseling referral. If in the opinion of the attending physician or the consulting physician a patient may be suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment, either physician shall refer the patient for counseling. No medication to end a patient's life in a humane and dignified manner shall be prescribed until the person performing the counseling determines that the patient is not suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment. [1995 c.3 §3.03; 1999 c.423 §4]

127.830 §3.04. Informed decision. No person shall receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner unless he or she has made an informed decision as defined in ORS 127.800 (7). Immediately prior to writing a prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897, the attending physician shall verify that the patient is making an informed decision. [1995 c.3 §3.04]

127.835 §3.05. Family notification. The attending physician shall recommend that the patient notify the next of kin of his or her request for medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897. A patient who declines or is unable to notify next of kin shall not have his or her request denied for that reason. [1995 c.3 §3.05; 1999 c.423 §6]

127.840 §3.06. Written and oral requests. In order to receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, a qualified patient shall have made an oral request and a written request, and reiterate the oral request to his or her attending physician no less than fifteen (15) days after making the initial oral request. At the time the qualified patient makes his or her second oral request, the attending physician shall offer the patient an opportunity to rescind the request. [1995 c.3 §3.06]

127.845 §3.07. Right to rescind request. A patient may rescind his or her request at any time and in any manner without regard to his or her mental state. No prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897 may be written without the attending physician offering the qualified patient an opportunity to rescind the request. [1995 c.3 §3.07]

127.850 §3.08. Waiting periods. No less than fifteen (15) days shall elapse between the patient's initial oral request and the writing of a prescription under ORS 127.800 to 127.897. No less than 48 hours shall elapse between the patient's written request and the writing of a prescription under ORS 127.800 to 127.897. [1995 c.3 §3.08]

127.855 §3.09. Medical record documentation requirements. The following shall be documented or filed in the patient's medical record:

- (1) All oral requests by a patient for medication to end his or her life in a humane and dignified manner;

- (2) All written requests by a patient for medication to end his or her life in a humane and dignified manner;
- (3) The attending physician's diagnosis and prognosis, determination that the patient is capable, acting voluntarily and has made an informed decision;
- (4) The consulting physician's diagnosis and prognosis, and verification that the patient is capable, acting voluntarily and has made an informed decision;
- (5) A report of the outcome and determinations made during counseling, if performed;
- (6) The attending physician's offer to the patient to rescind his or her request at the time of the patient's second oral request pursuant to ORS 127.840; and
- (7) A note by the attending physician indicating that all requirements under ORS 127.800 to 127.897 have been met and indicating the steps taken to carry out the request, including a notation of the medication prescribed. [1995 c.3 §3.09]

127.860 §3.10. Residency requirement. Only requests made by Oregon residents under ORS 127.800 to 127.897 shall be granted. Factors demonstrating Oregon residency include but are not limited to:

- (1) Possession of an Oregon driver license;
- (2) Registration to vote in Oregon;
- (3) Evidence that the person owns or leases property in Oregon; or
- (4) Filing of an Oregon tax return for the most recent tax year. [1995 c.3 §3.10; 1999 c.423 §8]

127.865 §3.11. Reporting requirements. (1)(a) The Department of Human Services shall annually review a sample of records maintained pursuant to ORS 127.800 to 127.897.

(b) The department shall require any health care provider upon dispensing medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897 to file a copy of the dispensing record with the department.

(2) The department shall make rules to facilitate the collection of information regarding compliance with ORS 127.800 to 127.897. Except as otherwise required by law, the information collected shall not be a public record and may not be made available for inspection by the public.

(3) The department shall generate and make available to the public an annual statistical report of information collected under subsection (2) of this section. [1995 c.3 §3.11; 1999 c.423 §9; 2001 c.104 §40]

127.870 §3.12. Effect on construction of wills, contracts and statutes. (1) No provision in a contract, will or other agreement, whether written or oral, to the extent the provision would affect whether a person may make or rescind a request for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, shall be valid.

(2) No obligation owing under any currently existing contract shall be conditioned or affected by the making or rescinding of a request, by a person, for medication to end his or her life in a humane and dignified manner. [1995 c.3 §3.12]

127.875 §3.13. Insurance or annuity policies. The sale, procurement, or issuance of any life, health, or accident insurance or annuity policy or the rate charged for any policy shall not be conditioned upon or affected by the making or rescinding of a request, by a person, for medication to end his or her life in a humane and dignified manner. Neither shall a qualified patient's act of ingesting medication to end his or her life in a humane and dignified manner have an effect upon a life, health, or accident insurance or annuity policy. [1995 c.3 §3.13]

127.880 §3.14. Construction of Act. Nothing in ORS 127.800 to 127.897 shall be construed to authorize a physician or any other person to end a patient's life by lethal injection, mercy killing or active euthanasia. Actions taken in accordance with ORS 127.800 to 127.897 shall not, for any purpose, constitute suicide, assisted suicide, mercy killing or homicide, under the law. [1995 c.3 §3.14]

(Immunities and Liabilities)

(Section 4)

127.885 §4.01. Immunities; basis for prohibiting health care provider from participation; notification; permissible sanctions. Except as provided in ORS 127.890:

(1) No person shall be subject to civil or criminal liability or professional disciplinary action for participating in good faith compliance with ORS 127.800 to 127.897. This includes being present when a qualified patient takes the prescribed medication to end his or her life in a humane and dignified manner.

(2) No professional organization or association, or health care provider, may subject a person to censure, discipline, suspension, loss of license, loss of privileges, loss of membership or other penalty for participating or refusing to participate in good faith compliance with ORS 127.800 to 127.897.

(3) No request by a patient for or provision by an attending physician of medication in good faith compliance with the provisions of ORS 127.800 to 127.897 shall constitute neglect for any purpose of law or provide the sole basis for the appointment of a guardian or conservator.

(4) No health care provider shall be under any duty, whether by contract, by statute or by any other legal requirement to participate in the provision to a qualified patient of medication to end his or her life in a humane and dignified manner. If a health care provider is unable or unwilling to carry out a patient's request under ORS 127.800 to 127.897, and the patient transfers his or her care to a new health care provider, the prior health care provider shall transfer, upon request, a copy of the patient's relevant medical records to the new health care provider.

(5)(a) Notwithstanding any other provision of law, a health care provider may prohibit another health care provider from participating in ORS 127.800 to 127.897 on the premises of the prohibiting provider if the prohibiting provider has notified the health care provider of the prohibiting provider's policy regarding participating in ORS 127.800 to 127.897. Nothing in this paragraph prevents a health care provider from providing health care services to a patient that do not constitute participation in ORS 127.800 to 127.897.

(b) Notwithstanding the provisions of subsections (1) to (4) of this section, a health care provider may subject another health care provider to the sanctions stated in this paragraph if the sanctioning health care provider has notified the sanctioned provider prior to participation in ORS 127.800 to 127.897 that it prohibits participation in ORS 127.800 to 127.897:

(A) Loss of privileges, loss of membership or other sanction provided pursuant to the medical staff bylaws, policies and procedures of the sanctioning health care provider if the sanctioned provider is a member of the sanctioning provider's medical staff and participates in ORS 127.800 to 127.897 while on the health care facility premises, as defined in ORS 442.015, of the sanctioning health care provider, but not including the private medical office of a physician or other provider;

(B) Termination of lease or other property contract or other nonmonetary remedies provided by lease contract, not including loss or restriction of medical staff privileges or exclusion from a provider panel, if the sanctioned provider participates in ORS 127.800 to 127.897 while on the premises of the sanctioning health care provider or on property that is owned by or under the direct control of the sanctioning health care provider; or

(C) Termination of contract or other nonmonetary remedies provided by contract if the sanctioned provider participates in ORS 127.800 to 127.897 while acting in the course and scope of the sanctioned provider's capacity as an employee or independent

contractor of the sanctioning health care provider. Nothing in this subparagraph shall be construed to prevent:

(i) A health care provider from participating in ORS 127.800 to 127.897 while acting outside the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor; or

(ii) A patient from contracting with his or her attending physician and consulting physician to act outside the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider.

(c) A health care provider that imposes sanctions pursuant to paragraph (b) of this subsection must follow all due process and other procedures the sanctioning health care provider may have that are related to the imposition of sanctions on another health care provider.

(d) For purposes of this subsection:

(A) "Notify" means a separate statement in writing to the health care provider specifically informing the health care provider prior to the provider's participation in ORS 127.800 to 127.897 of the sanctioning health care provider's policy about participation in activities covered by ORS 127.800 to 127.897.

(B) "Participate in ORS 127.800 to 127.897" means to perform the duties of an attending physician pursuant to ORS 127.815, the consulting physician function pursuant to ORS 127.820 or the counseling function pursuant to ORS 127.825. "Participate in ORS 127.800 to 127.897" does not include:

(i) Making an initial determination that a patient has a terminal disease and informing the patient of the medical prognosis;

(ii) Providing information about the Oregon Death with Dignity Act to a patient upon the request of the patient;

(iii) Providing a patient, upon the request of the patient, with a referral to another physician; or

(iv) A patient contracting with his or her attending physician and consulting physician to act outside of the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider.

(6) Suspension or termination of staff membership or privileges under subsection (5) of this section is not reportable under ORS 441.820. Action taken pursuant to ORS 127.810, 127.815, 127.820 or 127.825 shall not be the sole basis for a report of unprofessional or dishonorable conduct under ORS 677.415 (2) or (3).

(7) No provision of ORS 127.800 to 127.897 shall be construed to allow a lower standard of care for patients in the community where the patient is treated or a similar community. [1995 c.3 §4.01; 1999 c.423 §10]

Note: As originally enacted by the people, the headline to section 4.01 read "Immunities." The remainder of the headline was added by editorial action.

127.890 §4.02. Liabilities. (1) A person who without authorization of the patient willfully alters or forges a request for medication or conceals or destroys a rescission of that request with the intent or effect of causing the patient's death shall be guilty of a Class A felony.

(2) A person who coerces or exerts undue influence on a patient to request medication for the purpose of ending the patient's life, or to destroy a rescission of such a request, shall be guilty of a Class A felony.

(3) Nothing in ORS 127.800 to 127.897 limits further liability for civil damages resulting from other negligent conduct or intentional misconduct by any person.

(4) The penalties in ORS 127.800 to 127.897 do not preclude criminal penalties applicable under other law for conduct which is inconsistent with the provisions of ORS 127.800 to 127.897. [1995 c.3 §4.02]

127.892 Claims by governmental entity for costs incurred. Any governmental entity that incurs costs resulting from a person terminating his or her life pursuant to the provisions of ORS 127.800 to 127.897 in a public place shall have a claim against the estate of the person to recover such costs and reasonable attorney fees related to enforcing the claim. [1999 c.423 §5a]

(Severability)

(Section 5)

127.895 §5.01. Severability. Any section of ORS 127.800 to 127.897 being held invalid as to any person or circumstance shall not affect the application of any other section of ORS 127.800 to 127.897 which can be given full effect without the invalid section or application. [1995 c.3 §5.01]

(Form of the Request)

(Section 6)

127.897 §6.01. Form of the request. A request for a medication as authorized by ORS 127.800 to 127.897 shall be in substantially the following form:

REQUEST FOR MEDICATION
TO END MY LIFE IN A HUMANE
AND DIGNIFIED MANNER

I, _____, am an adult of sound mind.

I am suffering from _____, which my attending physician has determined is a terminal disease and which has been medically confirmed by a consulting physician.

I have been fully informed of my diagnosis, prognosis, the nature of medication to be prescribed and potential associated risks, the expected result, and the feasible alternatives, including comfort care, hospice care and pain control.

I request that my attending physician prescribe medication that will end my life in a humane and dignified manner.

INITIAL ONE:

_____ I have informed my family of my decision and taken their opinions into consideration.

_____ I have decided not to inform my family of my decision.

_____ I have no family to inform of my decision.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.

I understand the full import of this request and I expect to die when I take the medication to be prescribed. I further understand that although most deaths occur within three hours, my death may take longer and my physician has counseled me about this possibility.

I make this request voluntarily and without reservation, and I accept full moral responsibility for my actions.

Signed: _____

Dated: _____

DECLARATION OF WITNESSES

We declare that the person signing this request:

- (a) Is personally known to us or has provided proof of identity;
- (b) Signed this request in our presence;
- (c) Appears to be of sound mind and not under duress, fraud or undue influence;
- (d) Is not a patient for whom either of us is attending physician.

_____ Witness 1/Date

_____ Witness 2/Date

NOTE: One witness shall not be a relative (by blood, marriage or adoption) of the person signing this request, shall not be entitled to any portion of the person's estate upon death and shall not own, operate or be employed at a health care facility where the person is a patient or resident. If the patient is an inpatient at a health care facility, one of the witnesses shall be an individual designated by the facility.

[1995 c.3 §6.01; 1999 c.423 §11]

PENALTIES

127.990: [Formerly part of 97.990; repealed by 1993 c.767 §29]

127.995 Penalties. (1) It shall be a Class A felony for a person without authorization of the principal to willfully alter, forge, conceal or destroy an instrument, the reinstatement or revocation of an instrument or any other evidence or document reflecting the principal's desires and interests, with the intent and effect of causing a withholding or withdrawal of life-sustaining procedures or of artificially administered nutrition and hydration which hastens the death of the principal.

(2) Except as provided in subsection (1) of this section, it shall be a Class A misdemeanor for a person without authorization of the principal to willfully alter, forge, conceal or destroy an instrument, the reinstatement or revocation of an instrument, or any other evidence or document reflecting the principal's desires and interests with the intent or effect of affecting a health care decision. [Formerly 127.585]

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

Año 2000-2001, Boletín Oficial del Estado de los Países Bajos

Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de los funerales (Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio)

Capítulo 1. Definiciones

Artículo 1

En esta ley, se entenderá por:

- a. Nuestros ministros: el ministro de Justicia y el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte;
- b. Auxilio al suicidio: ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal;
- c. El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio;
- d. El asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio;
- e. Los asistentes sociales: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del libro 7 del Código Civil;
- f. La comisión: comisión de comprobación a que se refiere el artículo 3;
- g. Inspector regional: inspector regional de la Inspección de la Asistencia Sanitaria del Control Estatal de la Salud Pública.

Capítulo 2. Requisitos de cuidado y esmero profesional

Artículo 2

1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican 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 de 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 a. al d. y
 - f. ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles
2. El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.
 3. Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión.
 4. En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o a una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor,

esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo.

Capítulo 3. Comisiones regionales de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio

Párrafo 1: Creación, composición y nombramiento

Artículo 3

1. Existen comisiones regionales para la comprobación de las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición propia y el auxilio al suicidio a las que se refieren el artículo 293, párrafo segundo, y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal.
2. Una comisión estará compuesta por un número impar de miembros, de los cuales al menos uno deberá ser jurista, y que a la vez será presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto. También formarán parte de esta comisión los suplentes de las personas de cada una de las categorías nombradas en la primera frase.

Artículo 4

1. El presidente y los miembros de la comisión, así como los miembros suplentes, serán nombrados por Nuestros Ministros para un periodo de seis años. Los miembros serán susceptibles de un único nuevo nombramiento para otro periodo de seis años.
2. Cada comisión tendrá un secretario y uno o varios secretarios suplentes, todos ellos juristas, que serán nombrados por Nuestros Ministros. El secretario tendrá un voto consultivo en las reuniones de la comisión.
3. En todo lo relativo a su trabajo para la comisión, el secretario únicamente deberá rendir cuentas ante dicha comisión.

Párrafo 2: Despido

Artículo 5

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán solicitar siempre el despido a Nuestros Ministros.

Artículo 6

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán ser despedidos por Nuestros Ministros por razón de ineptitud o incapacidad o por cualquier otra razón bien fundada.

Párrafo 3: Remuneración

Artículo 7

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes percibirán dietas y el reembolso de los gastos de viaje y alojamiento conforme al actual baremo oficial, lo anterior en la medida en que no se conceda por otro concepto una remuneración del Tesoro Público en concepto de los citados gastos.

Párrafo 4: Tareas y competencias

Artículo 8

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo dos, de la Ley reguladora de los funerales, la comisión juzgará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o el auxilio al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2.
2. La comisión podrá solicitar al médico que complemente su informe por escrito u oralmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder juzgar convenientemente la actuación del médico.
3. La comisión podrá pedir información al médico forense, al asesor o a los asistentes pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder juzgar adecuadamente la actuación del médico.

Artículo 9

1. La comisión comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe al que se refiere el artículo 8, párrafo primero.
2. La comisión comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria:
 - a. en el caso de que, en opinión de la comisión, el médico no haya actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2; o
 - b. en caso de que se produzca una situación como la recogida en el artículo 12, última frase de la Ley reguladora de los funerales. La comisión comunicará esta circunstancia al médico.
3. El plazo citado en el apartado 1 podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas. La comisión se lo comunicará al médico.
4. La comisión tendrá competencia para dar una explicación oral al médico sobre su dictamen. Esta explicación oral podrá realizarse a petición de la comisión o a petición del médico.

Artículo 10

La comisión estará obligada a facilitar al fiscal toda la información que solicite y que sea necesaria:

1º para poder juzgar la actuación del médico en un caso como el referido en el artículo 9, párrafo segundo; o

2º para una investigación criminal.

Si se ha facilitado información al fiscal, la comisión se lo comunicará al médico.

Párrafo 6: Método de trabajo

Artículo 11

La comisión se encargará de llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o de auxilio al suicidio que se le hayan notificado y hayan sido

sometidos a su juicio. Nuestros Ministros podrán establecer reglas más detalladas al respecto mediante orden ministerial.

Artículo 12

1. El dictamen se aprobará por mayoría simple de votos.
2. Un dictamen sólo podrá ser aprobado por la comisión en el caso de que todos los miembros de la comisión tomen parte en la votación.

Artículo 13

Los presidentes de las comisiones regionales de comprobación se reunirán por lo menos dos veces al año para tratar el método de trabajo y el funcionamiento de las comisiones. A la reunión acudirán un representante de la Fiscalía General del Estado y un representante de la Inspección para la Asistencia Sanitaria de la Inspección del Estado de la Sanidad Pública.

Apartado 7: Secreto y Abstención

Artículo 14

Los miembros o los miembros suplentes de la comisión estarán obligados a mantener en secreto los datos de los que dispongan en la realización de sus tareas, salvo que alguna disposición legal les obligue a comunicarlo (y con el alcance concreto de la obligación correspondiente) o que su tarea haga necesaria la realización de un comunicado.

Artículo 15

Un miembro de la comisión que ocupe su puesto en la misma con el fin de tratar un asunto, deberá abstenerse y podrá ser recusado en el caso de que se produzcan hechos o circunstancias que pudieran afectar a la imparcialidad de su dictamen.

Artículo 16

Los miembros, los miembros suplentes y el secretario de la comisión se abstendrán de opinar acerca de la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio.

Párrafo 8: Presentación de informes

Artículo 17

1. Una vez al año, antes del 1 de abril, las comisiones presentarán ante Nuestros Ministros un informe común del trabajo realizado en el pasado año natural. Nuestros Ministros redactarán un modelo mediante orden ministerial.
2. En el informe del trabajo realizado referido en el párrafo 1 se hará mención en cualquier caso:
 - a. del número de casos de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales la comisión ha emitido un dictamen;
 - b. la naturaleza de estos casos;
 - c. los dictámenes y las consideraciones que han llevado a los mismos.

Artículo 18

Con ocasión de la presentación del presupuesto al Parlamento, Nuestros Ministros entregarán anualmente un informe sobre el funcionamiento de las comisiones, partiendo del informe del trabajo realizado mencionado en el artículo 17, párrafo primero.

Artículo 19

1. A propuesta de Nuestros Ministros y por medio de decreto legislativo, se establecerán reglas sobre las comisiones con respecto a:
 - a. su número y competencias relativas;
 - b. su sede.
2. En virtud de o mediante decreto legislativo,

Nuestros Ministros podrán establecer más reglas sobre las comisiones en lo relativo

a

A: el número de miembros y la composición;

B. el método de trabajo y la presentación de informes.

Capítulo 4. Modificaciones en otras leyes

Artículo 20

El Código Penal va a ser modificado de la siguiente manera.

A

El artículo 293 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 293

1. El que quita 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.

B

El artículo 294 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 294

1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta.
2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese 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.

C

En el artículo 295 se añadirá después de '293': , párrafo primero,.

D

En el artículo 422 se añadirá después de '293': , párrafo primero,.

Artículo 21

La Ley Reguladora de los Funerales se modifica de la siguiente manera:

A

El artículo 7 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 7

1. El que haya realizado la autopsia procederá a expedir una certificación de defunción si está convencido de que la muerte se ha producido por causas naturales.
2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata el paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente, mediante la cumplimentación de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo

2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

3. Si se producen otros casos distintos de los mencionados en el párrafo segundo y el médico que trata al paciente considera que no puede proceder a expedir un certificado de defunción, se lo comunicará (rellenando un formulario) inmediatamente al forense municipal o a uno de los forenses municipales.

B

El artículo 9 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 9

1. La forma y la composición de los modelos de certificado de defunción a presentar por el médico que trata al paciente y por el forense municipal, se regularán por medio de decreto legislativo.
2. La forma y la composición de los modelos para la notificación y el informe a los que se refiere el artículo 7, párrafo segundo, de la notificación a que se refiere el artículo 7, párrafo tercero y de los formularios a que se refiere el artículo 10, párrafos primero y segundo, serán regulados por medio de decreto legislativo a propuesta de Nuestro ministro de Justicia y Nuestro ministro de Bienestar, Sanidad y Deportes.

El artículo 10 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 10

1. Si el forense municipal cree que no puede proceder a expedir una certificación de defunción, informará inmediatamente al fiscal a este respecto relleno el formulario establecido por medio de decreto legislativo y avisará en el acto al funcionario del registro civil.
2. Sin perjuicio de lo estipulado en el párrafo primero y en caso de que se produzca una notificación como las mencionadas en el artículo 7, párrafo segundo, el forense

municipal se lo comunicará (rellenando un formulario) inmediatamente a la comisión regional de comprobación a la que se refiere el artículo 3 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio.

Asimismo, adjuntará el informe motivado al que se refiere el artículo 7, párrafo segundo.

D

Al artículo 12 se le añade una frase con el siguiente texto:

En caso de que el fiscal, en los casos referidos en el artículo 7, párrafo segundo, considere que no puede proceder a expedir una certificación de no objeción al entierro o a la incineración, se lo comunicará inmediatamente al forense municipal y a la comisión regional de comprobación a la que se refiere el artículo 3 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio.

E

En el artículo 81, parte primera, se sustituye “7, párrafo primero” por: 7, párrafos primero y segundo,.

Artículo 22

La Ley General de Derecho Administrativo es modificada de la siguiente manera:

En el artículo 1:6, al final de la parte d, se sustituye el punto por un punto y coma y se añade una parte quinta que reza así:

e. decisiones y actuaciones en ejecución de la Ley de la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

Capítulo 6. Disposiciones finales

Artículo 23

Esta ley entrará en vigor en la fecha que se estipule mediante Decreto Real.

Artículo 24

Esta ley se denominará: Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

Ordeno que esta ley sea publicada en el Boletín Oficial del Estado de los Países Bajos y que todos los ministerios, autoridades, colegios y funcionarios relacionados con ella, la lleven a la práctica.

El ministro de Justicia,

El ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte

Senado, año 2000-2001, 26691 nº 137

D Revista de **P** **DERECHO PENAL**

2003 - 1

Delitos contra las personas – I

Director

EDGARDO ALBERTO DONNA

Doctrina

Jurisprudencia

Jurisprudencia anotada

Jurisprudencia temática

Actualidad



RUBINZAL - CULZONI
EDITORES

EUTANASIA

(Propuesta de solución jurídica en México)

por ENRIQUE DÍAZ-ARANDA¹

SUMARIO: A. Cuestiones preliminares. B. Casos asociados al término eutanasia y soluciones jurídicas tradicionales. 1) Privar de la vida a otro por móviles de piedad. 2) Privar de la vida a quien lo solicita. C. Propuestas de solución.

La eutanasia despierta mucho interés y opiniones encontradas. Pero antes de tomar una postura a favor o en contra conviene hacer un poco de memoria y señalar que el tema de la eutanasia comienza a cobrar fuerza a partir de los años '60, dado el avance de la tecnología y su aplicación en la medicina a través de los llamados medios extraordinarios, con los cuales se puede prolongar la vida de enfermos terminales; hay que enfatizar que dichos enfermos no tienen la posibilidad de recobrar su salud y, por decirlo así, sólo esperan un poco más para morir. Surge así la pregunta: ¿pueden ser legalmente asistidos los pacientes terminales que solicitan su muerte?

Hace poco la sociedad mexicana ha sido informada sobre la existencia de una nueva ley a favor de la eutanasia en Holanda y el periódico *El mundo de España* nos informó que el 19 de abril de 2001 fue

¹ Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctor *apto cum laude* por la Universidad Complutense de Madrid, doctor por la UNAM y posdoctorado en la Universidad de Munich.

aprobada por el Parlamento autonómico de Cataluña la “Ley del testamento vital” y, en el mismo sentido, se debate en estos momentos en Extremadura una nueva Ley de Salud que permitiría la validez jurídica del testamento vital.

En el umbral del tercer milenio los avances de la llamada medicina genómica² nos anuncian una ampliación de la expectativa de vida hasta ciento cuarenta años y con ello se abre una nueva interrogante sobre la prolongación de la vida: ¿con qué calidad? La clonación de animales y el reciente avance de clonación de células humanas y la predecible de seres humanos con objetivos terapéuticos ya nos hacen pensar en el valor vital, la dignidad y el respeto que merece el nuevo ser clonado. ¿Acaso podremos privarlo de la vida para utilizarlo como repuesto?

En el contexto anterior y con la legislación vigente en México necesitamos establecer si debemos continuar con las interpretaciones tradicionales que afirman que quien priva de la vida al paciente terminal que lo solicita comete el delito de auxilio ejecutivo al suicidio u homicidio consentido previsto en el artículo 312 del Código Penal, sea como partícipe o autor, y que la solicitud de muerte que hace el titular de la vida en situación de enfermedad terminal sólo tiene como efecto reducir la pena.

Desde mi punto de vista, conforme a una interpretación histórica, teleológica y sistemática de la Constitución y el Derecho Penal mexicano se puede permitir la práctica del homicidio solicitado de enfermos terminales que piden su muerte de manera seria, reiterada e informada.

A. Cuestiones preliminares

El término eutanasia proviene de los vocablos griegos: *eu* y *thanatos* los cuales significan buena muerte. Sin embargo, existen diversidad de hipótesis o supuestos que suelen identificarse como eutanasia; dos de esos supuestos son los más comunes y existen otras tres hipótesis

² Cfr. VALADÉS, Diego, *Debate sobre la vida*, en CANO VALLE, DÍAZ-ARANDA, MALDONADO DE LIZALDE y otros, *Eutanasia (aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos)*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, esp. p. XIV.

asociadas a dicho término; a continuación las señalo y expongo las soluciones que conforme a una primera interpretación del Derecho Penal mexicano vigente se pueden sostener.

B. Casos asociados al término eutanasia y soluciones jurídicas tradicionales

1) Privar de la vida a otro por móviles de piedad

Desde ahora conviene desechar este supuesto como eutanasia, porque sólo se refiere a los motivos o razones que impulsan al homicida a privar de la vida a otro sin tomar en consideración qué opina quien va a morir. Precisamente como la víctima no ha pedido su muerte ni la consiente voluntariamente, entonces quien la priva de la vida (sujeto activo) comete el delito de homicidio previsto en el artículo 302 del Código Penal mexicano y dicha conducta se sanciona con pena privativa de la libertad de 12 a 24 años de prisión (art. 307 del mismo ordenamiento). Los móviles altruistas o de piedad que guiaron al homicida sólo atenuarán su culpabilidad³ y ello deberá valorarlo el juez para, en su caso, imponer la pena mínima prevista en la ley, que es de 12 años de prisión.

Se debe precisar que los móviles del sujeto activo no pueden justificar el homicidio de un tercero, pues ello supondría dejar en manos de otro la valoración de nuestra propia vida. Conceptos como felicidad, dignidad, dolor o sufrimiento, son relativos y, por ello, sólo el titular de la vida puede decidir si su vida vale o no la pena. De ahí que si dijéramos que un tercero o el Estado puede valorar lícitamente sobre nuestra propia existencia al grado de decidir si debemos o no continuar con nuestra vida, entonces estaríamos abriendo las puertas para la co-

³ Cfr. BACIGALUPO ZAPATER, Enrique, *El consentimiento en los delitos contra la vida y la integridad física*, en *Poder Judicial*, Número especial XII, 1990, esp. p. 150; CUELLO CALÓN, Eugenio, *Derecho Penal. Parte especial*, 14ª ed. revisada por César Camargo Hernández, Bosch, Barcelona, España, 1980, t. II, vol. 2º, esp. p. 501; JUANATEY DORADO, Carmen, *Derecho, suicidio y eutanasia*, Ministerio de Justicia del Interior, Madrid, 1994, esp. p. 113; PUIG PEÑA, Federico, *Derecho Penal. Parte especial*, 7ª ed., Mateu Cromo Artes Gráficas, Madrid, 1988, t. II, esp. p. 362.

misión impune del delito contra la humanidad denominado: genocidio, cuya práctica durante el régimen nazi es por todos conocida y rechazada⁴.

Por lo anterior, insisto, al hablar de eutanasia debemos desechar cualquier supuesto en el que no se cuente con la opinión, consentimiento y solicitud del sujeto que va a morir.

2) *Privar de la vida a quien lo solicita*

Son muchos los motivos que pueden llevar al ser humano a decidir morir, pero en la toma de tal decisión subyace fundamentalmente la falta de un motivo para vivir.

Sin embargo, bajo el rubro de eutanasia no pueden quedar comprendidos supuestos en los cuales el sujeto pide su muerte debido a un padecimiento psicológico, por ejemplo, por depresión o por haber terminado una relación amorosa.

Desde mi punto de vista, bajo el rubro de eutanasia se deben encuadrar exclusivamente los casos de enfermos en fase terminal que solicitan su muerte. Una vez que se ha precisado el significado del vocablo eutanasia podemos analizar las diversas hipótesis que se pueden presentar:

- a) Eutanasia activa directa, la cual consiste en provocar la muerte del paciente en el momento en que lo solicita⁵. Estos supuestos son el tema central de este artículo y de acuerdo con nuestra

⁴ Cfr. DÍAZ-ARANDA, Enrique, *Del suicidio a la eutanasia*, Cárdenas Editores, México, 1998, esp. ps. 40-44.

⁵ Cfr. GIMBERNAT ORDEIG, Enrique, *Eutanasia y Derecho Penal*, en *Estudios de Derecho Penal*, 3ª ed., Tecnos, Madrid, 1990, p. 52; GONZÁLEZ RUS, Juan José, en CARMONA SALGADO, C. y otros, *Manual de Derecho Penal. Parte especial*, Edersa, Madrid, 1992, t. I, p. 102; BARRENECHEA, J. J., *Aspectos legales*, en *La eutanasia*, ps. 92-93; FERNÁNDEZ-ESPINAR, Gonzalo, *Consideraciones en torno a una noción criminalística de la eutanasia*, en *Cuadernos de Política Criminal*, Nº 51, Edersa, Madrid, 1993, p. 758; LUZÓN CUESTA, José María, *Compendio de Derecho Penal (Parte general)*, Dykinson, Madrid, 1986, p. 43; COBO DEL ROSAL/CARBONELL MATEU, en COBO DEL ROSAL y otros, *Derecho Penal. Parte especial*, p. 564; BAJO FERNÁNDEZ, Miguel, *Manual de Derecho Penal. Parte especial. Delitos contra las personas*, Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1992, t. I, p. 84; VALLE MUÑIZ, J. M., *Relevancia jurídico-penal de la eutanasia*, en *Cuadernos de Política Criminal*, Nº 37, Edersa, Madrid, 1989, esp. ps. 170 y ss.;

legislación vigente se sancionan con pena privativa de la libertad de cuatro a doce años de prisión (art. 312 del Cód. Pen.). No obstante, para estos supuestos existen diversas vías de interpretación a través de las cuales podría quedar impune la conducta del médico que accede a la solicitud de muerte del paciente, de ello me ocuparé en el último apartado de mi exposición.

- b) Eutanasia activa indirecta o eutanasia lenitiva, la cual supone administrar al paciente calmantes para el dolor, aunque ello traerá como consecuencia secundaria la anticipación del momento de la muerte. En estos casos el médico cumple con los deberes impuestos por la *lex artis* que le ordenan mitigar el sufrimiento y por ello su conducta queda fuera del radio de prohibición de las normas penales y no puede ser considerada como típica y, en consecuencia, no puede ser constitutiva de delito⁶.
- c) Eutanasia pasiva, la cual implica no iniciar o interrumpir el tratamiento o cualquier otro medio que contribuya a la prolongación de la vida que presenta un deterioro irreversible o una enfermedad incurable y se halla en fase terminal, acelerando el desenlace mortal⁷. Desde la perspectiva del Derecho Penal vigente,

ZUGALDÍA ESPINAR, José Miguel, *Eutanasia y homicidio a petición: situación legislativa y perspectivas político-criminales*, en *Homenaje a Sáinz Cantero*, en *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada*, Universidad de Granada, Granada, España, 1989, t. II, N° 13, esp. ps. 281-299.

⁶ Cfr. DÍEZ RIPOLLÉS, José Luis y GRACIA MARTÍN, Luis, *Delitos contra bienes jurídicos fundamentales (vida humana independiente y libertad)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1993, esp. p. 260; CABELLO MOHEDANO, Francisco A.; GARCÍA GIL, José Manuel y VIQUEIRA TURNEZ, Agustín, *Entre los límites personales y penales de la eutanasia*, Universidad de Cádiz, Cádiz, España, 1990, p. 43; BUSTOS RAMÍREZ, Juan, *Manual de Derecho Penal. Parte especial*, 2ª ed., Ariel, Barcelona, 1991, p. 41; QUERALT JIMÉNEZ, Joan, *La eutanasia: perspectivas actuales y futuras*, en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia, Madrid, 1988, t. XLI, fasc. I, enero-abril, esp. ps. 128 y ss.; KAUFMANN, Arthur, *¿Relativización de la protección jurídica de la vida?* en *Avances de la Medicina y Derecho Penal*, PPU, Barcelona, 1988, esp. p. 49.

⁷ ROMEO CASABONA, Carlos María, *El marco jurídico-penal de la eutanasia en el Derecho español*, en *Homenaje a Sáinz Cantero*, en *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada*, Universidad de Granada, Granada, España, 1989, t. II, N° 13, p. 193; BUENO ARÚS, Francisco, *Estudios penales y penitenciarios*, Instituto de Criminología, Madrid, 1981, esp. ps. 114-115.

la conducta del médico que no aplica o interrumpe el funcionamiento de los medios extraordinarios sólo se disculpa cuando dichos medios son empleados para salvar otra vida con mejor pronóstico (estado de necesidad exculpante), es decir, cuando el médico se encuentra ante dos pacientes y sólo cuenta con los medios para prolongar la vida de uno de ellos.

- d) Ortotanasia, consiste en omitir la aplicación de los medios de prolongación artificial de la vida cuando se ha verificado la muerte cerebral y se da paso al denominado estado vegetativo. Como la ley general de salud señala en el artículo 343 que la pérdida de la vida se verifica con la muerte cerebral, entonces, aunque el sujeto haya manifestado previamente su deseo de morir, no estaríamos ante un supuesto de eutanasia dado que el sujeto ya está muerto⁸.
- e) Proponer al enfermo terminal su muerte y hacer nacer en él dicha resolución; en estos supuestos se interfiere decisivamente en la toma de la decisión y, por ello, el médico o cualquier tercero que induce al enfermo incurre en el delito de inducción al suicidio cuya sanción es de uno a cinco años de prisión (art. 312 del Cód. Pen.).
- f) Proporcionar al enfermo terminal los medios para provocar su muerte, como acaecería si se le diera el vaso con la solución de cianuro al paciente para que él mismo lo beba o en el supuesto de las llamadas "máquinas de la muerte" en las cuales el paciente mismo puede accionar el mecanismo de activación del aparato. Aunque estos supuestos quedarían dentro de la hipótesis de auxilio al suicidio y la pena a imponer sería la de uno a cinco años de prisión (art. 312 del Cód. Pen.), considero que dichos supuestos también podrían dejar de ser sancionados por el De-

⁸ Cfr. BUSTOS RAMÍREZ, *Manual de Derecho Penal. Parte especial* cit., p. 41; COBOS-GÓMEZ DE LINARES, Miguel Ángel/LÓPEZ BARJA DE QUIROGA, Jacobo y RODRÍGUEZ RAMOS, Luis, *Manual de Derecho Penal. Parte especial*, Akal, Madrid, 1990, t. I, p. 122; MUÑOZ CONDE, Francisco, *Derecho Penal. Parte especial*, 8ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, España, 1990, p. 75; BACIGALUPO ZAPATER, Enrique, *Estudios sobre la parte especial del Derecho Penal*, Akal/Jure, Madrid, 1991, esp. ps. 20 y ss.

recho Penal a través de una reinterpretación que permita al médico auxiliar al enfermo terminal que lo solicita; de ello también me ocuparé en el siguiente apartado.

Hasta donde alcanzo a ver, las anteriores son las distintas hipótesis y soluciones tradicionales que se presentan en torno a la eutanasia conforme al Derecho Penal vigente en México. A continuación concentraré mi exposición y mi propuesta de interpretación para la llamada eutanasia activa directa (inc. 2º, a) y el auxilio a la eutanasia (inc. 2º, f).

C. *Propuesta de solución*

En México es común tratar de solucionar problemas como el de la eutanasia proponiendo reformas a la ley. Sin embargo, desde mi punto de vista, se pueden encontrar mejores soluciones a través de la interpretación al Derecho vigente. Para ofrecer una propuesta de solución primero se debe tener en cuenta que el suicidio no es un acto prohibido por las leyes penales mexicanas y, por tanto, se puede afirmar que el suicido no es un delito.

El legislador penal mexicano no ha aclarado, en la Exposición de Motivos del Código Penal, por qué no se sanciona el suicidio, ello se explica en una razón lógica y es que quien ha conseguido suicidarse ya está muerto y sería ridículo imponer la pena de prisión a un cadáver; pero el problema radica en el caso del suicidio frustrado, cuando el sujeto intenta quitarse la vida y no lo consigue y surge la pregunta: ¿debemos sancionarlo penalmente? La solución al interrogante planteado sólo puede alcanzarse a través de la interpretación; al efecto existen dos posturas:

- 1) La postura tradicional argumenta razones de política criminal para sostener la impunidad del suicidio frustrado dado que el sujeto que ha atentado contra el bien más valioso del ser humano, "la vida", ya no le pueden intimidar sanciones como la privación de la libertad para evitar causar su propia muerte. Además si al suicida que ha fracasado en su intento se le sancionara con una pena privativa de libertad, ello sería tanto como decirle que se le castiga por haber fallado en la provocación de su propia muerte.

- 2) En las sociedades contemporáneas de talante plural y democrático se puede llegar a considerar que, bajo determinadas circunstancias, el suicidio es la máxima expresión de la libre autodeterminación de la vida.

Existe una sociedad plural y democrática en aquellos países en los cuales su Carta Magna o Constitución reconoce los siguientes derechos fundamentales del individuo: derecho a la libertad; derecho al libre desarrollo de la personalidad; derecho a la libertad ideológica y derecho a la dignidad humana.

A diferencia de las Constituciones alemana y española⁹, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no reconoce con fórmulas tan generales dichas garantías, pero sí reconoce específicas formas de manifestación de dichas garantías, a saber: la libertad, prohibiendo cualquier forma de esclavitud (art. 2º) o pacto que menoscabe la libertad (art. 5º, párr. 5º), así como la protección a los ciudadanos contra detenciones arbitrarias por la autoridad (art. 14, párr. 2º); el libre desarrollo de la personalidad para elegir profesión o trabajo (art. 5º, párr. 1º); libertad ideológica para impartir cátedra (art. 3º, fracción VII), manifestar ideas (art. 7º) o profesar cualquier culto religioso (art. 24); la dignidad humana deberá orientar a la educación (art. 3º, fracción II, inciso c) y será uno de los pilares de la rectoría del Estado en el desarrollo nacional (art. 25).

Aunado a lo anterior, México ha suscrito y ratificado la Declaración Universal de Derechos Humanos, por la cual se obliga a proteger: la libertad del individuo (arts. 3º y 12); el libre desarrollo de la personalidad de sus ciudadanos (art. 22, fracción I) y la libertad ideológica (art. 24).

La Constitución de 1917 no estableció fórmulas sobre el Estado Social y Democrático de Derecho porque fue anterior al reconocimiento de esa forma de Estado en las Constituciones europeas, que no la incluyeron hasta la segunda mitad del siglo XX. No obstante, las reformas a la Constitución y los tratados internacionales suscritos y ra-

⁹ Sobre estos artículos y su discusión, cfr. DÍAZ-ARANDA, Enrique, *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*, Universidad Complutense de Madrid y Ministerio de Justicia, Madrid, España, 1995, especialmente ps. 93-119.

tificados por nuestro país –los cuales son ley suprema de acuerdo con el artículo 133 de la Constitución– nos pueden llevar a sostener que en México están vigentes los derechos propios de un Estado Social y Democrático de Derecho, a saber: la libertad; el libre desarrollo de la personalidad; la libertad ideológica y la dignidad humana. Si esto es así, entonces, podemos sostener la existencia de un derecho a la libre disposición de la vida por su titular.

Por otra parte, el Código Penal vigente en México data de 1931, mientras que el debate sobre la eutanasia activa directa cobra importancia a partir de los años sesenta con el avance de la tecnología y su aplicación en la medicina; ejemplos como el soporte ventilatorio a través de respiradores automáticos o las técnicas de resucitación cardiopulmonar y los métodos invasivos hemodinámicos, nos pueden ilustrar cómo es que en la actualidad se puede prolongar la vida de un enfermo terminal, pero ello no significa curar la enfermedad sino sólo retardar el momento de la muerte con sufrimientos, es decir, con dichos medios se consigue prolongar la agonía del paciente. Atento a lo anterior, se puede afirmar que el legislador penal de 1931 no emitió la norma penal contenida en el artículo 312 del Código Penal vigente para prohibir y sancionar específicamente los casos de eutanasia activa directa ya que ello no formaba parte de la realidad de aquel entonces.

A mayor abundamiento, el 10 de enero de 1994 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación una reforma al Código Penal federal, la cual establece que el consentimiento del titular del bien jurídico afectado es una causa de exclusión del delito (art. 15, fracción III del Cód. Pen. mexicano). En principio se podría decir que dicha reforma se refiere al consentimiento como causa de atipicidad, pero la fracción II del mismo artículo 15 se refiere a las causas de atipicidad en general, por lo cual la reforma en estudio sólo tiene sentido si interpretamos al consentimiento como causa de justificación¹⁰. Lo anterior significa

¹⁰ De resolver este problema me he ocupado anteriormente. Cfr. DÍAZ-ARANDA, Enrique, *El consentimiento en el Derecho Penal mexicano*, en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Ministerio de Justicia y Boletín Oficial del Estado, Madrid, t. XLIX, fasc. MCMXCVI, ps. 1005-1020. No obstante, la doctrina mexicana mayoritaria es contraria a este planteamiento, cfr. VILLALOBOS, Ignacio, *Derecho Penal mexicano (Parte general)*, 3ª ed., Porrúa, México, 1975, p. 264; CARRANCÁ Y

que cuando el titular de un bien jurídico pide a otro la lesión de dicho bien, entonces, la conducta de quien obedece o realiza la conducta solicitada está justificada, no es constitutiva de delito y, por tanto, no puede ser sancionado con pena privativa de libertad.

En resumen, como en 1931 no existían casos de enfermos terminales con prolongadas agonías, los cuales no han aparecido hasta mediados del siglo XX como producto de los avances de la medicina y la tecnología, entonces el legislador penal de 1931 no pudo prever esos casos y por tanto al emitir el artículo 312 del Código Penal no pudo prohibir la eutanasia activa directa. Si al planteamiento anterior lo complementamos con la existencia de un Estado Social y Democrático de Derecho en México que se sustenta en la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad ideológica y la dignidad humana, entonces podemos sostener, también, la existencia de un derecho fundamental a la disponibilidad de la propia vida. Así, quien priva de la vida al enfermo terminal que lo solicita, de manera seria y reiterada, no incurre en responsabilidad penal dado que dicho supuesto no está dentro del ámbito de protección de la norma jurídico-penal y, por esa razón, dicha hipótesis de eutanasia queda fuera del radio de imputación al tipo objetivo (teoría de la imputación objetiva del resultado). La misma conclusión se puede aplicar a quien sólo auxilia al enfermo terminal para provocar su propia muerte.

Resumiendo: el hombre es un fin en sí mismo; existe un derecho fundamental a la libre disponibilidad de la vida por su titular; la prohibición penal de privar de la vida a quien lo solicita no fue emitida por el legislador para sancionar penalmente a quienes practican la eutanasia activa directa –porque no tuvo en cuenta esos supuestos en 1931– y, por último, el consentimiento serio, informado y reiterado del titular del bien jurídico afectado es una causa de exclusión del delito. En consecuencia, el médico que priva de la vida al paciente terminal que lo solicita no debe ser sancionado por la comisión del delito de homicidio consentido previsto en el artículo 312 del Código

TRUJULLO, Raúl, *Derecho Penal mexicano (Parte general)*, 13ª ed., Porrúa, 1980, esp. p. 433; PORTE PETIT CANDAUDAP, Celestino, *Programa de la parte general del Derecho Penal*, UNAM, México, 1968, esp. ps. 503 y 505.

Penal y tampoco incurre en el delito de auxilio al suicidio el médico que sólo ayuda al enfermo terminal proporcionándole los medios para que él mismo ponga fin a su vida.

Por supuesto que una propuesta como la anterior requiere de criterios bien definidos que eviten abusos. Al efecto, se debe partir de los requisitos señalados en la misma fracción III del artículo 15 exigiendo no sólo la capacidad jurídica del paciente, sino también que la manifestación de voluntad sea expresa, seria, reiterada y esté sustentada en la información recibida por el paciente en términos comprensibles sobre su diagnóstico y pronóstico. Claro está que dicho diagnóstico de enfermedad terminal deberá confirmarse por el comité ético del hospital o cuando menos por otro especialista.

Si los órganos judiciales emitieran una interpretación como la anterior y establecieran con claridad los requisitos necesarios para la práctica de la eutanasia activa directa, entonces los enfermos terminales podrían saber que sólo cuando ellos mismos soliciten voluntaria y expresamente su deseo de morir podrán evitar una agonía innecesaria, lo cual les daría la certeza jurídica de que no serán sometidos al encarnizamiento terapéutico. Por el otro lado, si el médico tuviera la seguridad jurídica de que ante una situación de enfermedad terminal puede provocar la muerte del paciente que lo solicita sin ser condenado por la comisión de un delito e ir a la cárcel, entonces, si sus principios éticos y profesionales se lo permiten, la práctica de la eutanasia activa directa sería conocida públicamente y habría órganos que vigilarían su aplicación con todas las garantías, enunciadas en este trabajo de investigación, tanto para el paciente como para el médico.

La eutanasia es un problema de nuestros días, de nuestro futuro cercano y no debemos ignorarlo, por el contrario, debemos enfrentarlo y ofrecer soluciones a través de una interpretación de las normas jurídico-penales acorde con el avance de la tecnología aplicada a la medicina, que proteja los derechos de los pacientes y dé certeza a los médicos y enfermeras sobre qué pueden hacer al tener frente a ellos a un ser humano cuyos días que le restan son de agonía, sufrimiento, y pide su muerte.



Centro de Estudios
CE-SOP
Sociales y de Opinión Pública

"Cumplimos 5 años de trabajo"

Eutanasia: tendencias predominantes en estudios de opinión

Abril de 2007

ÍNDICE

1. Tendencias principales	
Comparativo encuestas nacionales en vivienda	5
Comparativo encuestas nacionales telefónicas	6
Comparativo encuestas telefónicas en el DF	7
Variables sociodemográficas	8
2. Encuestas nacionales telefónicas	12
3. Encuestas nacionales en vivienda	17
4. Encuestas telefónicas en el Distrito Federal	26
Vitrina metodológica de las encuestas utilizadas	28

1. Tendencias principales

ENCUESTAS NACIONALES TELEFÓNICAS

Fecha	Empresa	Reactivo utilizado:	
Marzo de 2007	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Piensa que la eutanasia es un asesinato”	70%
Marzo de 2007	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Piensa que la eutanasia es una práctica contraria al estado de derecho porque atenta contra la vida”	67%
Marzo de 2007	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Está de acuerdo en permitir que se ayude a morir a una persona desahuciada o en fase terminal”	58%
Octubre de 2005	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Está de acuerdo en permitir que se ayude a morir a una persona desahuciada o en fase terminal”	55%
Mayo de 2005	Consulta Mitofsky	“Estaría de acuerdo con que se legalizara la muerte asistida en México”	56%

Fuente: Páginas 22 a la 25 de este documento.

ENCUESTAS NACIONALES EN VIVIENDA

Fecha	Empresa	Reactivo utilizado:	
Noviembre de 2006	Parametría	“Desaprueba que se termine con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas pruebe que su enfermedad no tiene cura”	46%
Noviembre de 2006	Parametría	“No es aceptable que un doctor permita morir a un paciente con una enfermedad incurable con una inyección o alguna droga”	48%
Noviembre de 2005	Parametría	“Considera que la eutanasia es un pecado”	49%
Octubre de 2005	Consulta Mitofsky	“Está de acuerdo en que se legalice la eutanasia en nuestro país”	64%
Octubre de 2005	Consulta Mitofsky	“Está en desacuerdo con que la ley castigue a quien ayude o permita que muera un familiar de manera asistida a petición de éste”	58%

Fuente: Páginas 13, 15, 16, 17 y 19 de este documento.

ENCUESTAS TELEFÓNICAS EN EL DF

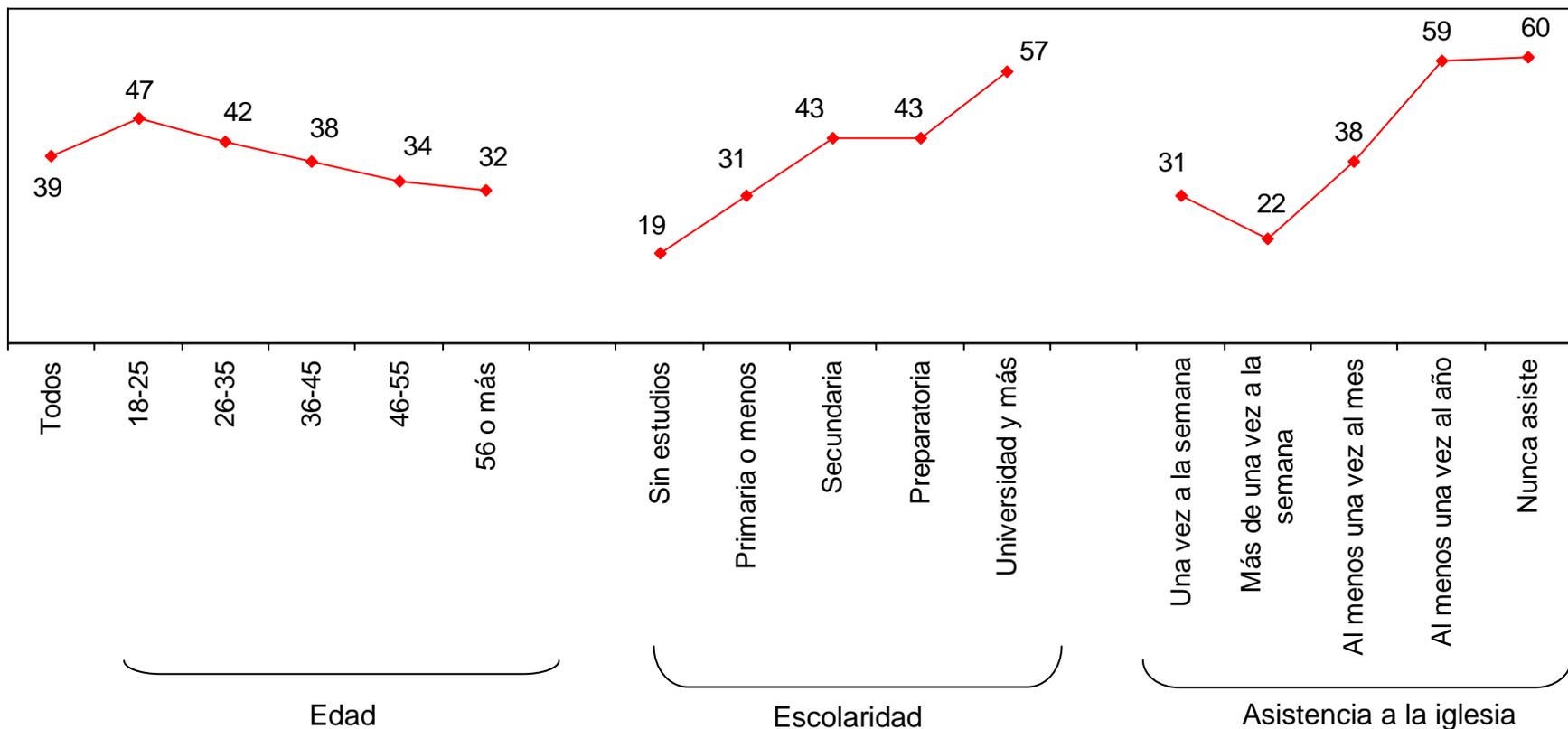
Fecha	Empresa	Reactivo utilizado:	
Octubre de 2005	María de las Heras	“Está de acuerdo con que si se legaliza la eutanasia se puede dar lugar a una serie de asesinatos o de abusos”	53%
Octubre de 2005	María de las Heras	“Está de acuerdo con que la decisión de vivir con una enfermedad incurable, estar totalmente inhabilitado o tener derecho a pedir una muerte asistida sólo le corresponde al enfermo”	75%

Fuente: Página 27 de este documento.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

¿Usted aprueba o desaprueba que se termine con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas apruebe que la enfermedad del paciente no tiene cura? (%)

RESULTADO NACIONAL: 39 POR CIENTO QUE APRUEBA

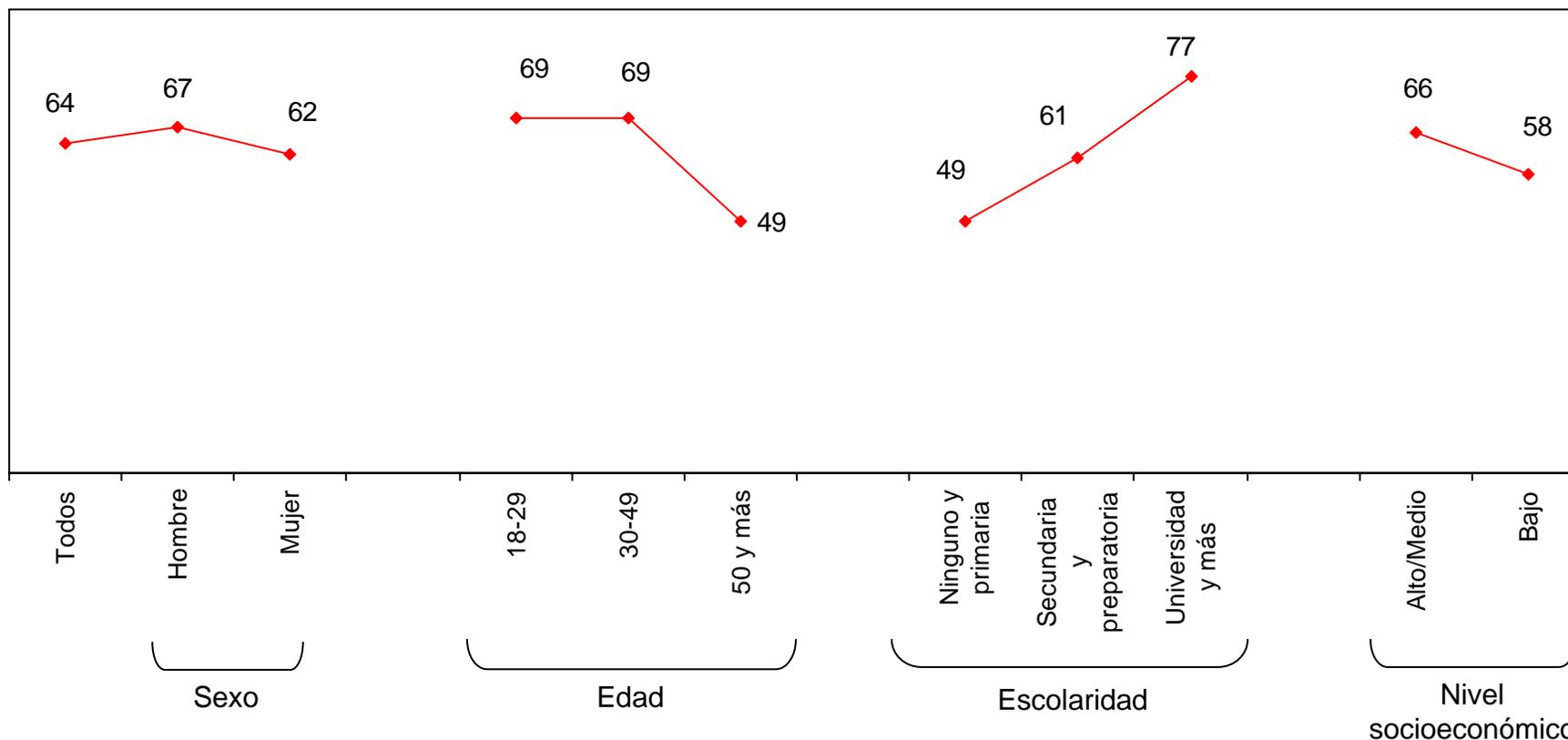


Fuente: Parametría, Carta Paramétrica, 24 de noviembre de 2006.

Vivienda nacional
 8 al 11 de noviembre
 de 2006

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

¿Usted estaría de acuerdo o en desacuerdo con que se legalizara la eutanasia en nuestro país? (%)
RESULTADO NACIONAL: 64 POR CIENTO QUE ESTÁ DE ACUERDO

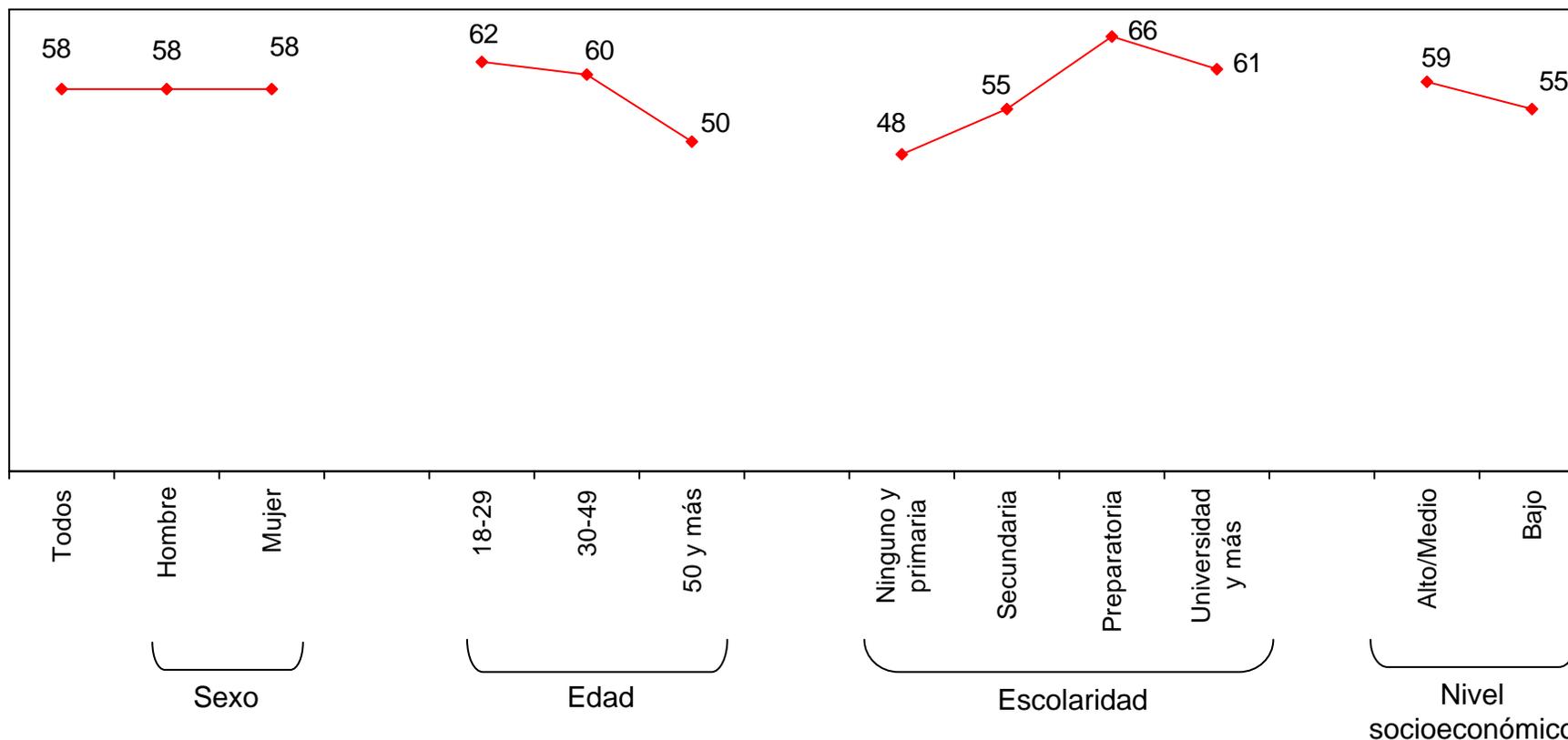


Fuente: Consulta Mitofsky, *Boletín Semanal de Consulta*, Núm. 153, octubre de 2005.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

¿Y estaría usted de acuerdo o en desacuerdo en que la ley castigue a quien ayude o permita que muera un familiar suyo de manera asistida aunque éste lo pidiera? (%)

RESULTADO NACIONAL: 58 POR CIENTO QUE NO ESTÁ DE ACUERDO



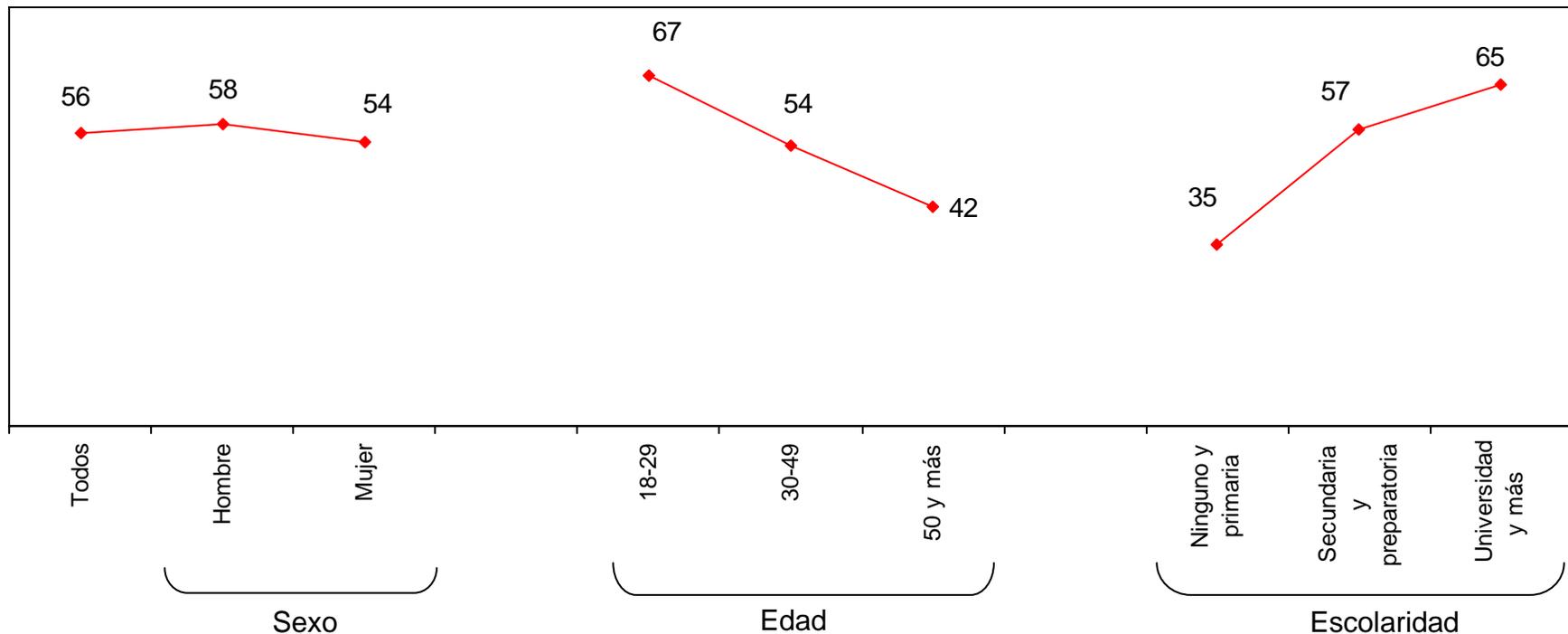
Fuente: Consulta Mitofsky, *Boletín Semanal de Consulta*, Núm. 153, octubre de 2005.

Vivienda nacional
 16-30 de octubre
 de 2005

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Recientemente algunos diputados presentaron una propuesta para que la muerte asistida o eutanasia fuera legalizada en nuestro país, esta posibilidad sería contemplada en los casos de los pacientes con enfermedades terminales que junto con sus familiares dieran su aprobación. Por lo que usted sabe al respecto, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que se legalizara la muerte asistida en México? (%)

RESULTADO NACIONAL: 56 POR CIENTO ESTÁ DE ACUERDO O DE ACUERDO EN PARTE



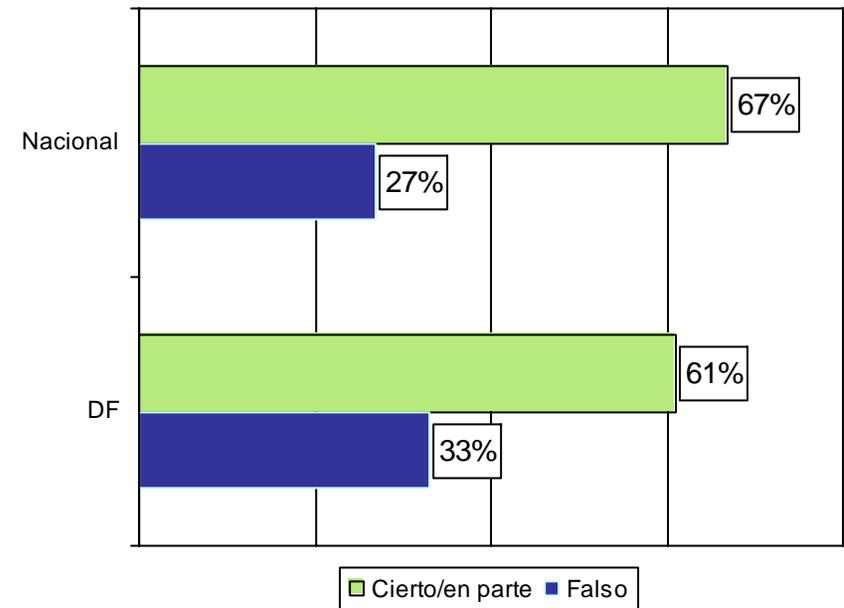
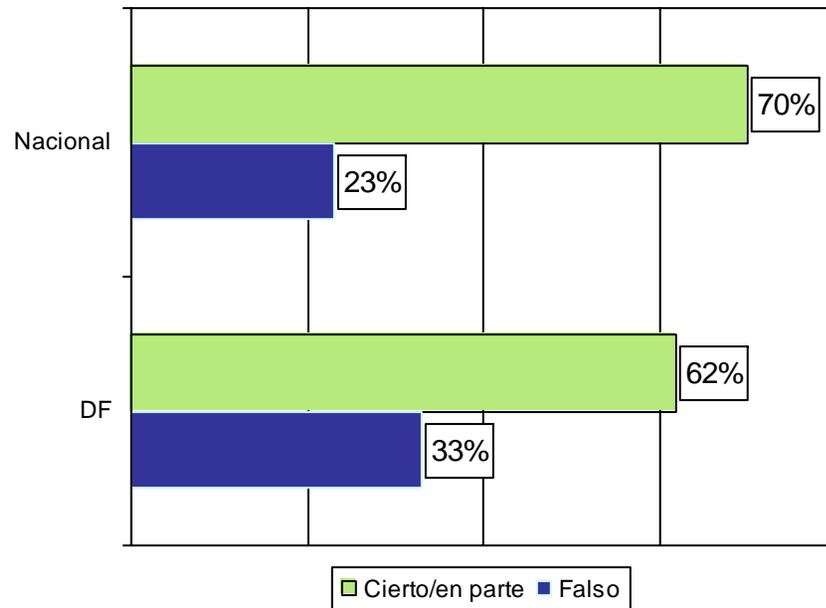
Fuente: Consulta Mitofsky, junio de 2005.

Telefónica
Nacional
14 de mayo de 2005

3. Encuestas nacionales telefónicas

**Argumentos que se hacen sobre la eutanasia:
 es un asesinato**

**Argumentos que se hacen sobre la eutanasia:
 es una práctica contraria al Estado de Derecho
 porque atenta contra la vida**

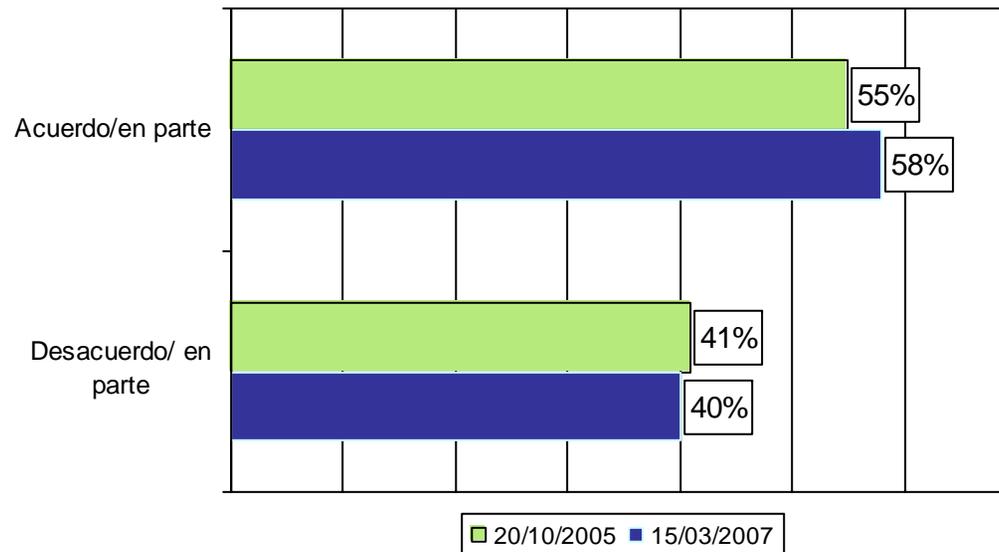


Fuente: BGC, Ulises Beltrán y Asociados, *Acontecer Nacional y Opinión Pública*, Marzo de 2007.

Telefónica nacional
 15 de marzo
 de 2007

También recientemente se propuso una iniciativa de ley en el DF para permitir la eutanasia es decir ayudar a morir a personas desahuciadas o en fase terminal. Dígame, ¿está usted de acuerdo o en un desacuerdo en permitir que se ayude a morir a una persona desahuciada o en fase terminal?

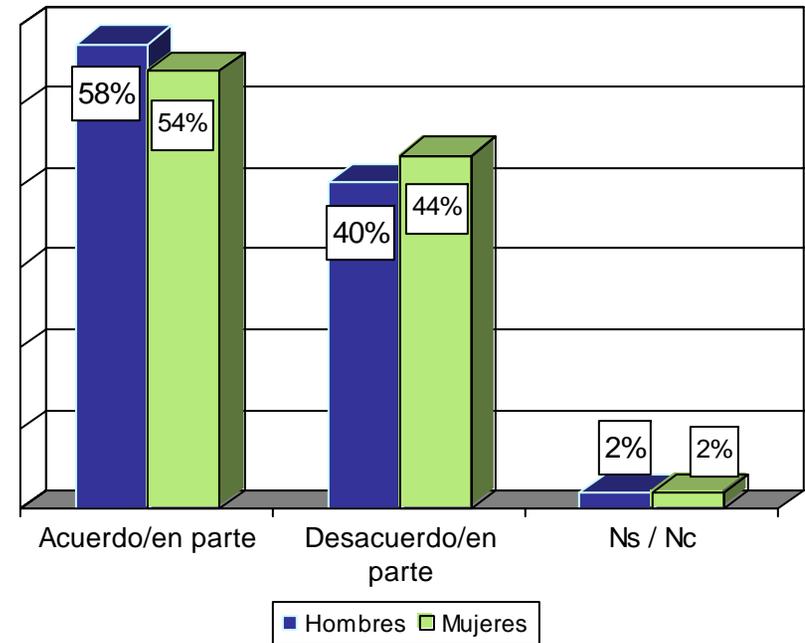
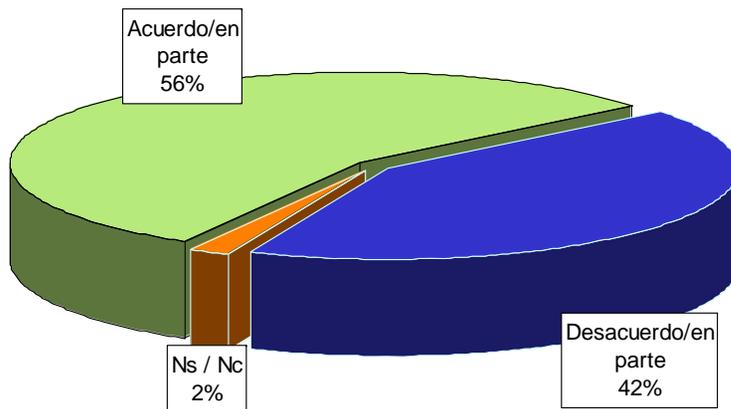
Nacional



Fuente: BGC, Ulises Beltrán y Asociados, *Acontecer Nacional y Opinión Pública*, Marzo de 2007.

Telefónica nacional
15 de marzo
de 2007

Recientemente algunos diputados presentaron una propuesta para que la muerte asistida o eutanasia fuera legalizada en nuestro país, esta posibilidad sería contemplada en los casos de los pacientes con enfermedades terminales que junto con sus familiares dieran su aprobación. Por lo que usted sabe al respecto, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que se legalizara la muerte asistida en México?



Fuente: Consulta Mitofsky, mayo de 2005.

Telefónica
 Nacional
 14 de mayo de 2005

ENCUESTAS NACIONALES TELEFÓNICAS

Recientemente algunos diputados presentaron una propuesta para que la muerte asistida o eutanasia fuera legalizada en nuestro país, esta posibilidad sería contemplada en los casos de los pacientes con enfermedades terminales que junto con sus familiares dieran su aprobación. Por lo que usted sabe al respecto, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que se legalizara la muerte asistida en México?

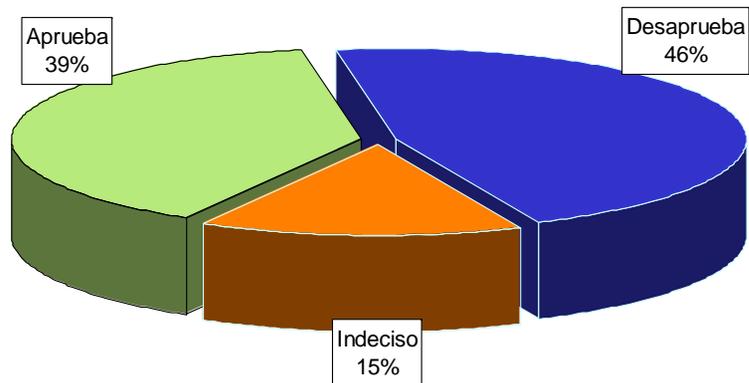
	Acuerdo/ En parte	Desacuerdo/ En parte	Ns/ Nc	Total
Sexo				
Hombre	58%	40%	2%	100%
Mujer	54%	44%	2%	100%
Edad				
18-29 años	67%	32%	1%	100%
30-49 años	54%	44%	3%	100%
50 y más años	42%	56%	3%	100%
Escolaridad				
Ninguno y primaria	35%	60%	6%	100%
Secundaria y preparatoria	57%	42%	1%	100%
Universidad y más	65%	33%	2%	100%
TODOS	56%	42%	2%	100%

Fuente: Consulta Mitofsky, junio de 2005.

Telefónica
 Nacional
 14 de mayo de 2005

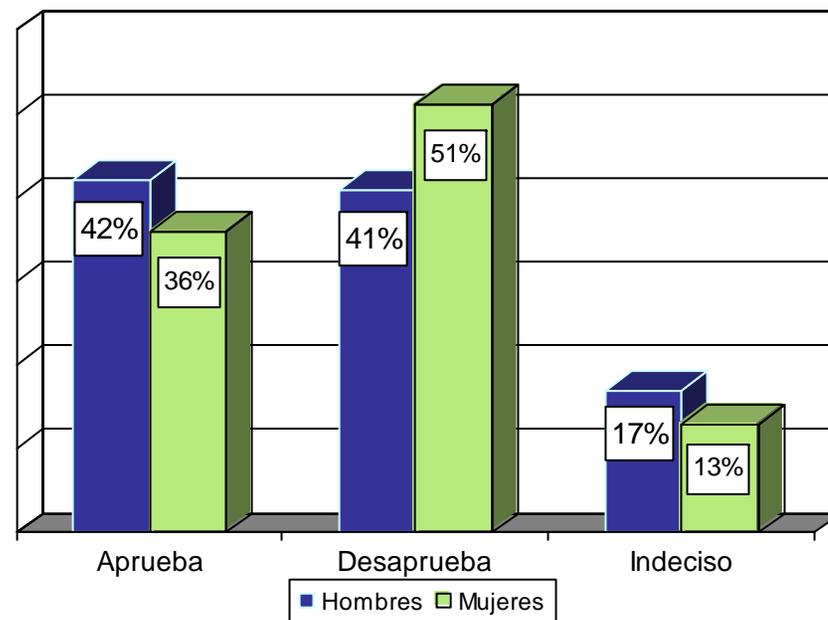
2. Encuestas nacionales en vivienda

¿Usted aprueba o desaprueba que se termine con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas apruebe que la enfermedad del paciente no tiene cura?



¿Usted aprueba o desaprueba que se termine con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas apruebe que la enfermedad del paciente no tiene cura?

(por género)



Fuente: Parametría, Carta Paramétrica, 24 de noviembre de 2006.

Vivienda nacional
 8 al 11 de noviembre
 de 2006

ENCUESTAS NACIONALES EN VIVIENDA

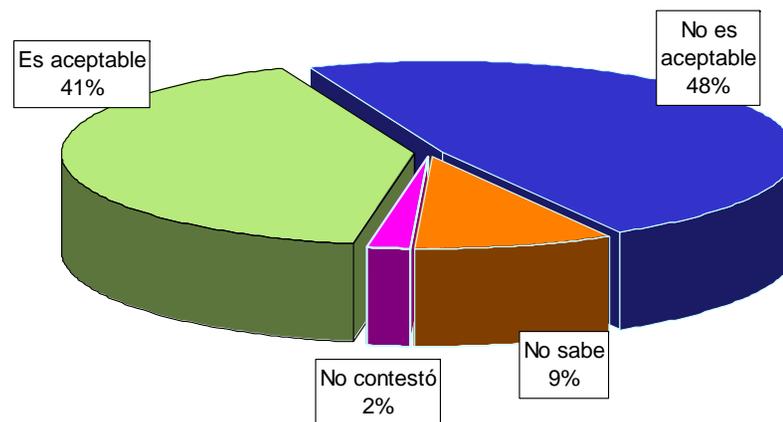
¿Usted aprueba o desaprueba que se termine con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas apruebe que la enfermedad del paciente no tiene cura?

Variable demográfica		Aprueba	Desaprueba	Indeciso	Total
Población general		39%	46%	15%	100%
Género	Hombre	42%	41%	17%	100%
	Mujer	36%	51%	13%	100%
Edad	18 a 25 años	47%	40%	13%	100%
	26 a 35 años	42%	46%	12%	100%
	36 a 45 años	38%	43%	19%	100%
	46 a 55 años	34%	48%	18%	100%
	56 años o más	32%	58%	10%	100%
Escolaridad	Sin estudios	19%	72%	9%	100%
	Primaria	31%	54%	15%	100%
	Secundaria	43%	37%	20%	100%
	Preparatoria	43%	45%	12%	100%
	Universidad o más	57%	36%	7%	100%
Asistencia a la iglesia	Una vez a la semana	31%	57%	12%	100%
	Más de una vez a la semana	22%	55%	23%	100%
	Al menos una vez al mes	38%	42%	20%	100%
	Al menos una vez al año	59%	29%	12%	100%
	Nunca asiste	60%	35%	5%	100%

Fuente: Parametría, *Carta Paramétrica*, 24 de noviembre de 2006.

Vivienda nacional
 8 al 11 de noviembre
 de 2006

¿Para usted es aceptable o no que un doctor le permita morir a un paciente que tiene una enfermedad incurable con una inyección o alguna droga?

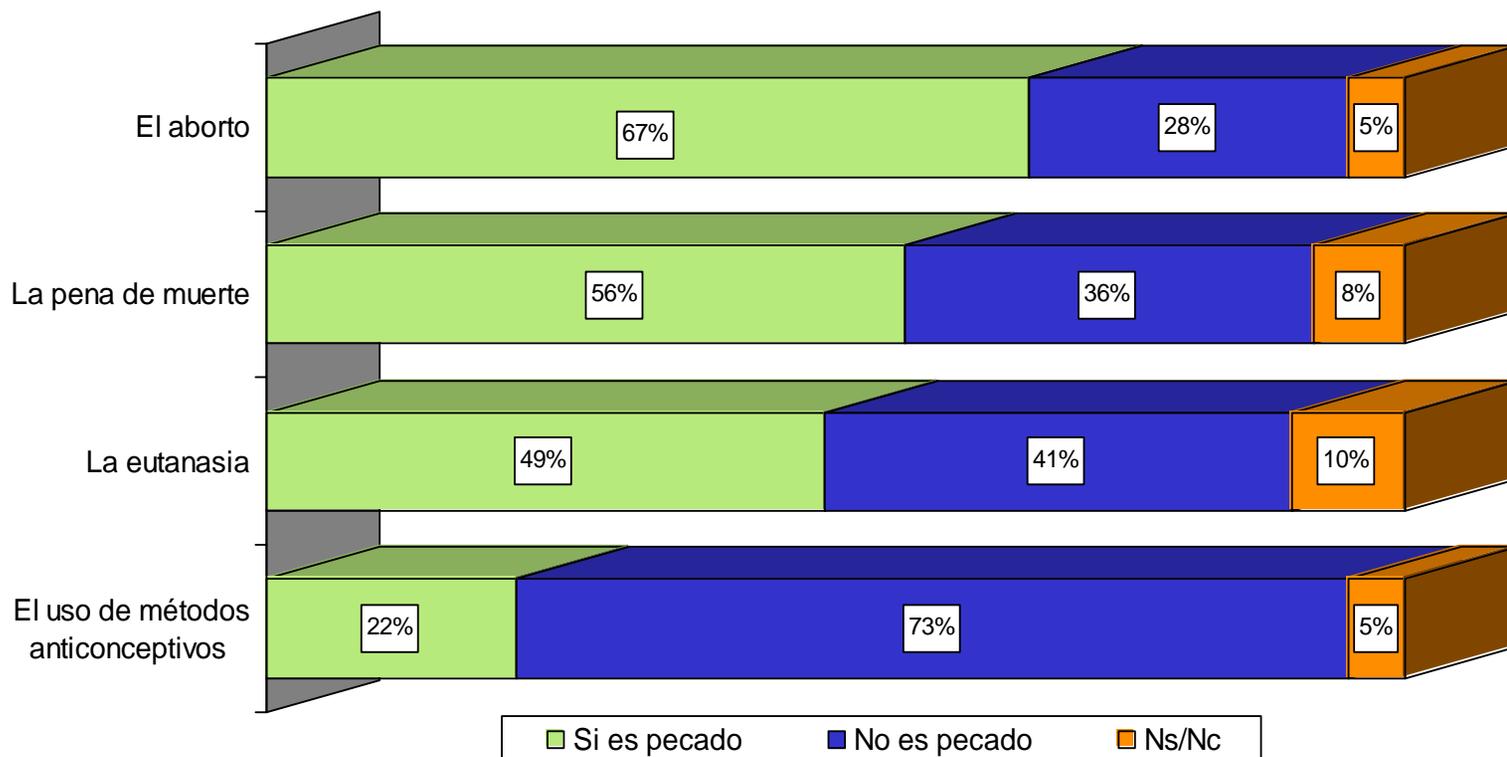


Fuente: Parametría, *Carta Paramétrica*, 24 de noviembre de 2006.

Vivienda nacional
8 al 11 de noviembre
de 2006

Le voy a leer una serie de acciones. Dígame si usted considera que son pecados o que no lo son.

Opiniones de la ciudadanía en general



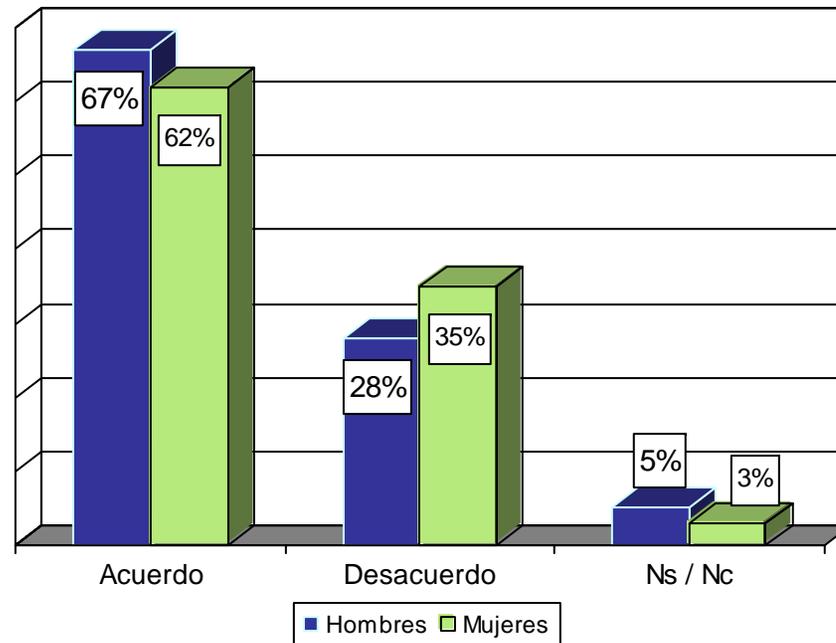
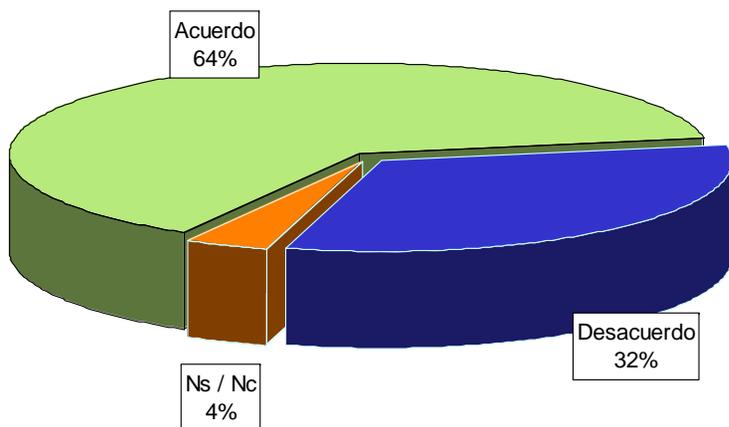
Fuente: Ipsos-Bimsa, noviembre de 2005.

Vivienda nacional
25 de noviembre al 4
de diciembre de 2005

ENCUESTAS NACIONALES EN VIVIENDA

¿Usted estaría de acuerdo o en desacuerdo con que se legalizara la eutanasia en nuestro país?

¿Usted estaría de acuerdo o en desacuerdo con que se legalizara la eutanasia en nuestro país?



Fuente: Consulta Mitofsky, *Boletín Semanal de Consulta*, Núm. 153, octubre de 2005.

Vivienda nacional
 16-30 de octubre
 de 2005

ENCUESTAS NACIONALES EN VIVIENDA

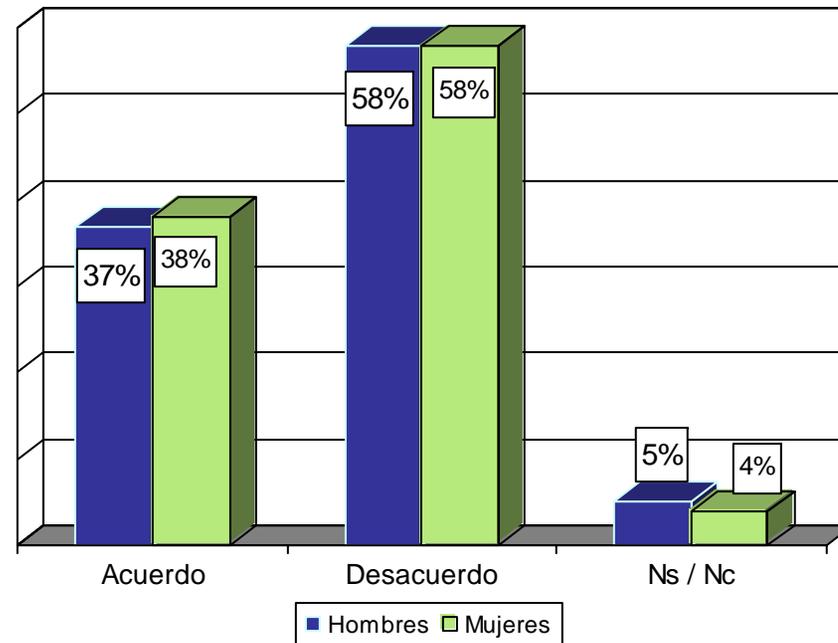
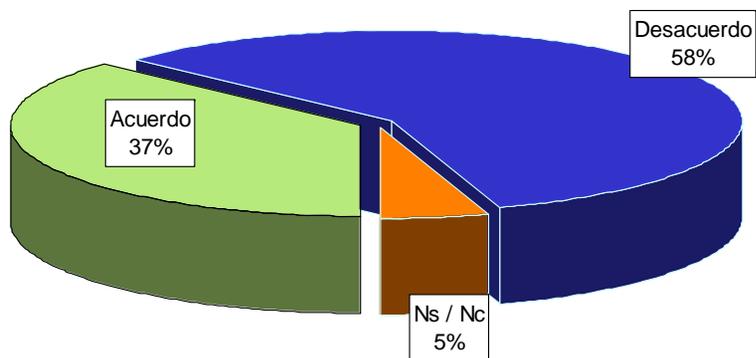
¿Usted estaría de acuerdo o en desacuerdo con que se legalizara la eutanasia en nuestro país?

	Acuerdo	Desacuerdo
Sexo		
Hombre	67%	28%
Mujer	62%	35%
Edad		
18-29 años	69%	27%
30-49 años	69%	28%
50 y más años	49%	45%
Escolaridad		
Ninguno y primaria	49%	46%
Secundaria y preparatoria	61%	34%
Universidad y más	77%	22%
Nivel Socioeconómico		
Alto/ Medio	66%	30%
Bajo	58%	38%
TODOS	64%	32%

Fuente: Consulta Mitofsky, *Boletín Semanal de Consulta*, Núm. 153, octubre de 2005.

¿Y estaría usted de acuerdo o en desacuerdo en que la ley castigue a quien ayude o permita que muera un familiar suyo de manera asistida aunque éste lo pidiera?

¿Y estaría usted de acuerdo o en desacuerdo en que la ley castigue a quien ayude o permita que muera un familiar suyo de manera asistida aunque éste lo pidiera?



Fuente: Consulta Mitofsky, *Boletín Semanal de Consulta*, Núm. 153, octubre de 2005.

Vivienda nacional
 16-30 de octubre
 de 2005

ENCUESTAS NACIONALES EN VIVIENDA

¿Y estaría usted de acuerdo o en desacuerdo en que la ley castigue a quien ayude o permita que muera un familiar suyo de manera asistida aunque éste lo pidiera?

	Acuerdo	Desacuerdo
Sexo		
Hombre	37%	58%
Mujer	38%	58%
Edad		
18-29 años	34%	62%
30-49 años	36%	60%
50 y más años	44%	50%
Escolaridad		
Ninguno y primaria	46%	48%
Secundaria	39%	55%
Preparatoria	28%	66%
Universidad y más	38%	61%
Nivel Socioeconómico		
Alto/ Medio	37%	59%
Bajo	40%	55%
TODOS	37%	58%

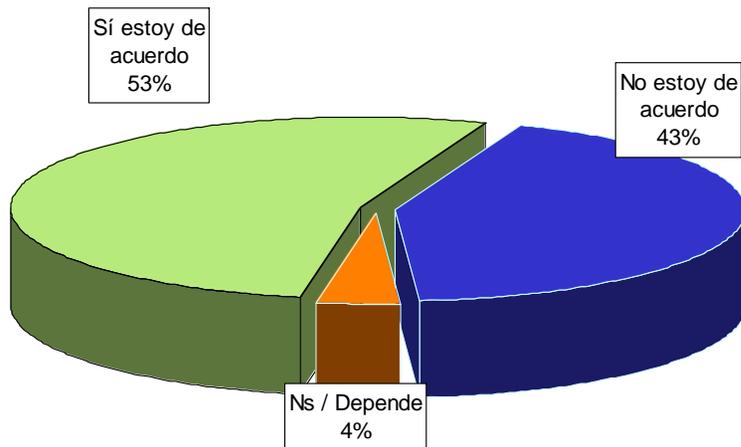
Fuente: Consulta Mitofsky, *Boletín Semanal de Consulta*, Núm. 153, octubre de 2005.

Vivienda nacional
 16-30 de octubre
 de 2005

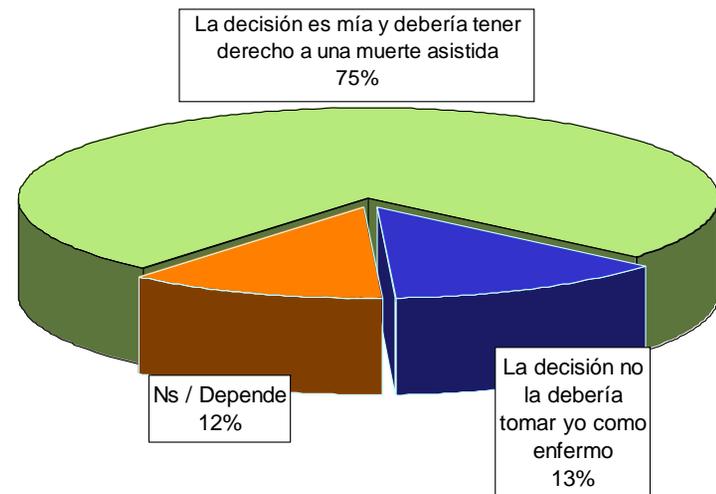
4. Encuestas telefónicas en el Distrito Federal

ENCUESTAS TELEFÓNICAS EN EL DF

Hay personas que dicen que si se legaliza la eutanasia o muerte asistida puede dar lugar a una serie de asesinatos o de abusos que quedarían impunes, ¿está usted de acuerdo con esta opinión o no?



Si usted, en lo personal, se viera con una enfermedad incurable muy dolorosa o que lo dejara totalmente inhabilitado ¿cree que la decisión de seguir viviendo en esas condiciones debería ser tomada únicamente por usted, y si fuera su decisión debería tener derecho a pedir una muerte asistida o no?



Fuente: *Milenio Diario*, 11 de octubre de 2005, pp. 10.

Telefónica en el
Distrito Federal
8 de octubre de 2005

VITRINA METODOLÓGICA DE LAS ENCUESTAS UTILIZADAS

Titulo	Tema	Fecha del levantamiento	Tipo	Cobertura	Responsable	Fuente	Casos/ Población objetivo/ Nivel de confianza
Eutanasia: mexicanos ante la muerte asistida	Temas de la agenda legislativa	Del 8 al 11 de septiembre del 2006	Vivienda	Nacional	Parametría	Carta paramétrica	1, 000 entrevistas a ciudadanos mayores de edad. Nivel de confianza de 95% y margen de error de +/-3.1%.
Imagen de la Iglesia católica	Temas de la agenda legislativa	25 de noviembre al 4 de diciembre de 2005	Vivienda	Nacional	Ipsos-Bimsa	Ipsos-Bimsa	1 000 entrevistas a ciudadanos mayores de edad. Nivel de confianza de 95% y margen de error de +/-3.8%.
Eutanasia, Aborto y otros temas parecidos	Temas de la agenda legislativa	16 al 30 de octubre de 2005	Vivienda	Nacional	Consulta Mitofsky	Consulta Mitofsky	3500 entrevistas a mayores de 18 años. Con nivel de confianza de 95 % y margen de error +/- 4.1%.
Despenalización de la eutanasia en el Distrito Federal	Temas de la agenda legislativa	15 de marzo de 2007	Telefónica	Nacional	BGC, Ulises Beltrán y Asoc.	BGC, Ulises Beltrán y Asoc.	40 entrevistas efectivas a mayores de edad. Con nivel de confianza de 95% y margen de error de +/-5%.
Los temas que dividen	Temas de la agenda legislativa	14 de mayo de 2005	Telefónica	Nacional	Consulta Mitofsky	Consulta Mitofsky	500 entrevistas a mayores de edad, con 90% de confianza y +/- 4% de margen de error.
Los defeños, por el derecho a una muerte asistida	Temas de la agenda legislativa	8 de octubre de 2005	Telefónica	Distrito Federal	María de la Heras	<i>Milenio Diario</i> , 11 de octubre de 2005, p. 10.	300 casos, 95% de confianza con error máximo que se tiene de +/- 5.8%





El Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública lo invita a visitarnos
en nuestra dirección electrónica <http://www.diputados.gob.mx/cesop/>