

## **EUTANASIA Y LA DIGNIDAD HUMANA EN EL DERECHO COMPARADO**

### **EUTHANASIA AND HUMAN DIGNITY IN COMPARATIVE LAW**

*Artículo Científico Recibido: 26 de julio de 2016 Aceptado: 26 de septiembre de 2016*

**Alma de los Ángeles Ríos Ruíz<sup>1</sup>**

*alma\_rios\_r@hotmail.com*

**Antonio Fuente del Campo<sup>2</sup>**

*afuentedelcampo@prodigy.net.mx*

**RESUMEN:** El objetivo del presente trabajo es presentar una visión comparada de la situación jurídica de la eutanasia en México respecto de otros países. Actualmente, existen diversas posiciones a favor o en contra de legalización de la eutanasia. Por lo que este escrito inicia con un breve recorrido para comprender qué es la eutanasia, cómo ha sido definida, cuál es el debate actual y cómo se ha regulado su práctica en Holanda, Bélgica Francia, Estados Unidos de Norteamérica, Alemania, Japón, Argentina y México. Lo cual sin duda, representa un desafío ético y legal que debe atenderse.

**ABSTRACT:** The aim of this paper is to present a comparative view of the legal status of euthanasia in Mexico compared to other countries view. Currently, there are several positions for or against legalization of euthanasia. So this paper begins with a brief tour to understand what is euthanasia, how it has been defined, what is the current debate and how its practice is regulated in Holland, Belgium, France, the United States, Germany, Japan, Argentina and Mexico. Undoubtedly it represents an ethical and legal challenge that must be addressed.

**PALABRAS CLAVE:** eutanasia, suicidio, voluntad anticipada, legalizar y ética.

**KEYWORDS:** euthanasia, suicide, advance directives, legalization and ethics.

---

<sup>1</sup> Doctora en Derecho por la UNAM. PROFESORA DE TIEMPO COMPLETO "C" DEFINITIVO DE LA FACULTAD DE DERECHO UNAM. MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES (SNI) NIVEL 1. Evaluadora acreditada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Acreditadora del Consejo para la Acreditación de la Enseñanza del Derecho A.C. (CONAED).

<sup>2</sup> Doctor en Medicina, Jefe de la División de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SS., Ciudad de México, Profesor Titular del Posgrado en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, UNAM. Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía. Académico numerario de la Academia Nacional de Medicina de México. Miembro Honorario de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Director de la Clínica de Cirugía Plástica Aqtuél.

**SUMARIO.** Introducción. Definición de eutanasia. Clasificación de la eutanasia. Discusión actual de la eutanasia. Derecho comparado. Derecho mexicano. Conclusiones. Biblioheerografía.

## **INTRODUCCIÓN**

En diferentes momentos y contextos, el término eutanasia ha tenido diversos significados: dejar morir a las personas, suicidio asistido, terminar con la vida de quienes sufren en su enfermedad, etc. Obviamente, en algunas de estas acepciones existen notables diferencias en términos éticos, religiosos y culturales, por ello es importante ser precisos al definir una práctica que genera tanta discusión para decidir si es o no aceptable, si debe o no legalizarse.

Dicha inquietud nace porque se pone fin a la vida de un enfermo terminal. El derecho a la vida para los que están en contra de la legalización de la eutanasia, la consideran como una justificación de asesinato, porque implica terminar con una vida. El concepto de vida, desde el ámbito del derecho lo comprenden como un bien jurídico tutelado por el Estado y donde nadie tiene el derecho terminar con la vida de otro, si se diera el caso, sería homicidio.

Desde la concepción religiosa, piensan que su vida no les pertenece, le corresponde a Dios, él es el dador de vida y por tanto, el único que puede quitarla. La vida es sagrada y por serlo, le corresponde a la divinidad disponer del fin de la vida.

Los que apoyan la legalización de la eutanasia consideran que las personas en etapa terminal tienen derecho a morir dignamente es modo de respetar la vida. Respecto a la dignidad de la persona, es reconocer el derecho de un paciente a decidir la terminación de su vida. Es decir, que cuando la persona tiene la capacidad de decidir sobre la terminación de su propia vida, esto se traduce en la expresión de libertad del individuo y que la vida es un derecho y que en todo momento debe protegerse la dignidad de la persona.

En este sentido, esta práctica aún se encuentra penada, legal y moralmente, en la mayor parte del mundo debido a que las diversas tradiciones religiosas, o legales morales que establecen la mayor protección a la vida. Para la gran mayoría de las religiones, la vida es un don de Dios, no del hombre, y por lo tanto no tienen derecho alguno a disponer de ella. Por ejemplo, en el campo de la medicina, con el juramento hipocrático

los médicos se comprometen a no administrar droga letal alguna a nadie, aunque la pida, ni permite sugerir su uso.

De tal manera, que el tema es complejo por las disposiciones morales, religiosas y jurídicas que trae consigo, y resulta pertinente preguntarnos: ¿qué es una muerte digna?, ¿un enfermo tiene derecho a decidir sobre la terminación de su vida?, ¿debe legalizarse o no la eutanasia?, ¿esta se equipara con el suicidio asistido?, ¿quién tiene derecho a disponer de nuestra vida en una enfermedad terminal? En este sentido, es oportuno realizar un breve recorrido respecto al concepto de eutanasia y cómo se ha regulado su práctica en diferentes países.

## **I. Definición de eutanasia**

La palabra eutanasia se define como bien morir. De acuerdo a la definición del Diccionario de la Real Academia Española proviene del griego *ethos*, bien; y *tanathos*, muerte; lo que significa buena muerte. Asimismo, han surgido otros términos como "muerte rápida y sin tormentos", "muerte tranquila y fácil", "muerte misericordiosa". El término eutanasia originalmente y hasta el siglo XVII se entendía como una buena muerte privada de dolores y angustias, una muerte buena y dulce.<sup>3</sup>

Séneca fue quien la propugnó fundándose en que la ley eterna propuso un solo modo de iniciar la vida, pero varios para salir de ella. Corresponde al hombre decidir libremente sobre el sentido y su capacidad de soportar su existencia en el cuerpo. Platón en su libro III de La República afirma que cada ciudadano tiene un deber que cumplir en todo Estado bien organizado. 'Nadie puede pasar la vida en enfermedades y medicinas. Tú

.....  
.....  
.....'establecerás, oh Glaucón, una disciplina en el Estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos, limitándote a dar cuidados a los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo. En cuanto a los que no son sanos corporalmente se les dejará morir'.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Silva, Doris, "La Eutanasia Aspectos Doctrinarios Aspectos Legales", *Cuadernos de Estudio - Centro de Estudios Biojurídicos*, p.3 en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m113.pdf>

<sup>4</sup> *Ibidem.*, p.3.

Hipócrates se opuso a la eutanasia y en su juramento establece: "jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten". San Agustín y Santo Tomás de Aquino unen a la prohibición del suicidio, la de la eutanasia. En algunos pueblos primitivos se practicó la eutanasia por motivos eugenésicos o económicos, abandonando o matando a enfermos, niños malformados o anormales y a ancianos. Los celtas mantenían la costumbre de matar a sus guerreros heridos de muerte. La práctica de la eutanasia por razones sociales se practicó en Grecia, Esparta, India, Mesopotamia y otras civilizaciones antiguas. En 1605 Francis Bacon introduce como significado de eutanasia la acción del médico sobre el enfermo incluyendo la posibilidad de apresurar la muerte.<sup>5</sup>

En 1605, Francis Bacon inventó la voz eutanasia, conocía el valor de las palabras y tenía una clara vocación por su estudio. El aforismo 81 de su Ensayo de un tratado sobre la justicia universal, invitó a "componer un vocabulario jurídico", pero sin pretender construir "definiciones exactas", para así dejar un margen amplio a la actividad interpretativa y, por ende, a la adaptación de los conceptos a su entorno cultural.<sup>6</sup>

En el siglo XX la eutanasia adquiere el significado de una acción directa e indolora en un paciente que sin perspectivas de recobrar su salud puede desear esta muerte inmediata.

La eutanasia se refiere a la acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera o favorece su muerte con su consentimiento o sin él; lo que médicamente, se traduciría en una muerte sin sufrimiento físico, sin padecimientos. Es decir, es la acción que realiza un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste. Esta definición implica [...] la acción voluntaria, activa y directa. Entonces, en lugar de hablar de eutanasia no voluntaria cuando se causa la muerte de un paciente que no lo ha solicitado (porque no puede), hay que decir "terminación de la vida sin solicitud expresa" (o algo equivalente).<sup>7</sup>

Si se causa la muerte de un enfermo sin tomar en cuenta su voluntad (que sí podría expresar) o en contra de ella, hay que llamar a esa acción homicidio o asesinato, en lugar de "eutanasia involuntaria".<sup>8</sup> Lo cual implica que el médico está comprometido a salvaguardar la vida y, por lo tanto, no le está permitido atentar contra ella.

---

<sup>5</sup> *Idem.*

<sup>6</sup> Valadés, Diego, "Eutanasia. Régimen Jurídico de la Autonomía Vital", *Derechos Humanos, Aborto y eutanasia*, México, IJ-UNAM, 2008, p.81.

<sup>7</sup> Álvarez, Asunción, "El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido", *Medigraphic*, vol. 35 Supl. 2-2013, p.1.

<sup>8</sup> *Idem.*

Con el fin de evitar una mayor distorsión y manipulación de los términos más usados en torno al tema de la eutanasia, consideramos oportuno aclarar la significación conceptual de los términos y expresiones siguientes:<sup>9</sup>

Cuando nos referimos a la eutanasia debemos entenderla como el acto o procedimiento que aplica un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor a petición de éste para terminar con su sufrimiento terminar con su vida.

*Otros términos relacionados con la eutanasia*

El suicidio médicamente asistido es donde el médico proporciona a un paciente los medios para suicidarse y es el paciente quien realiza la acción final que causa la muerte final.

La voluntad anticipada es cuando cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida [...] por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural [...] protegiendo en todo momento su dignidad.<sup>10</sup>

Encarnizamiento terapéutico (también llamado distansia u obstinación o ensañamiento terapéutico): la práctica, contraria a la deontología médica, de aplicar tratamientos inútiles o, si son útiles, desproporcionadamente molestos para el resultado que se espera de ellos.

Ortotanasia: el permitir que la muerte natural llegue en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con los máximos tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables.

Frente a la eutanasia, que busca su legitimación moral y legal desde la reivindicación autonomista y la desacralización de la vida humana y contra el llamado encarnizamiento terapéutico, también inaceptable éticamente, la ortotanasia (del griego orthos, recto, justo, que observa el derecho conforme a la razón) se plantea como una posición jurídica y moral aceptable.

La ortotanasia consiste en no adelantar la muerte con una acción médica intencional; acompañar al enfermo terminal, considerando su vida, aunque dependiente y sufriente, siempre digna; aliviar con todos los medios disponibles el dolor en lo posible y favorecer su bienestar; ofrecerle asistencia psicológica y espiritual para satisfacer su

---

<sup>9</sup> La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica, pp.3-5,  
[http://eprints.ucm.es/11693/1/La\\_Eutanasia\\_perspectiva\\_etica\\_juridica\\_y\\_medica.pdf](http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf)

<sup>10</sup> Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

derecho de aceptar su proceso de muerte; no abandonar nunca al paciente, pero saber dejarle morir, cuando no podemos curarle.

Enfermo terminal: el que padece una enfermedad de la que no cabe esperar que se recupere, previsiblemente mortal a corto plazo que puede ser desde algunas semanas a varios meses, a lo sumo.

Cuidados paliativos: la atención a los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia. Estos cuidados requieren normalmente el concurso de equipos multidisciplinares, que pueden incluir profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, psicólogos), expertos en ética, asesores espirituales, abogados y voluntarios.

Sedación terminal: la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo.

Desde el punto de vista ético, no es relevante el que, como efecto secundario no buscado de la administración de la sedación se adelante la muerte de la persona, siempre y cuando esto no sea lo que se pretenda directamente como fin de la acción.

Suicidio: el acto de quitarse voluntariamente la propia vida.

Suicidio asistido: el acto de ayudar a suicidarse en el caso en el que la persona no sea capaz de hacerlo por sus propios medios. - Testamento vital: la manifestación expresa de voluntad anticipada para el caso de que la persona careciese de la facultad de decidir acerca de su tratamiento médico.

## **II. Clasificación de la eutanasia<sup>11</sup>**

La eutanasia tiene varias clasificaciones y son según las condiciones en que se presente. Para clasificarla son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente, el estado del paciente y el que practica la eutanasia.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Trejo, Elma del Carmen, *Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia*, México, Centro de Documentación, Información y Análisis, Cámara de Diputados, 2007, pp.3-5.

<sup>12</sup> La clasificación fue obtenida de tres fuentes: Azzolini Bincaz, Alicia Beatriz. "Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?" en *Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Ed. Instituto de

a) Por su finalidad

**Eugenésica.** Muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.  
Criminal. Muerte sin dolor a individuos peligrosos para la sociedad (pena de muerte).  
Económica. Eliminación de enfermos incurables, locos, inválidos, ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos, sanitarios y asistenciales.

**Piadosa.** Por sentimiento de compasión hacia el sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.

**Solidaria.** Muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas. Por la modalidad de acción  
Eutanasia Activa. Muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero.

**Eutanasia Pasiva.** Muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario (benemortasia: el bien morir. Interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas). Por el contenido volitivo.

**Voluntaria.** Es la que se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso y consiente.

**No Voluntaria.** Muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.

Involuntaria: es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses.

b) Impuesta. Por la intención

Directa. Provocación de la muerte con medios certeros (inyecciones letales, por ejemplo).  
Indirecta o lentitiva. Se suspenden tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto, la consecuencia es la muerte.

---

Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2001, pp. 5-15, MATOZZO de Romualdi, Liliانا A., “¿Buen morir...Buen matar? Buen control”, en El Derecho. No. 9071, del 27 de agosto de 1996 y en Revista Entre Círculos, del CM Salud, Círculos Médicos de San Isidro Vicente López, año I, Eros. 1, 2 y 3, 1998.

### III. Discusión actual de la eutanasia

En el ámbito jurídico existe un gran debate respecto al derecho de una persona a decidir sobre su muerte en este sentido. La eutanasia ha sido manejada por dos corrientes filosóficas, integradas por hombres de ciencia y religión basándose en las creencias y conocimientos que hasta ese momento sus semejantes, como seres sociales, han desarrollado invocando la dignidad humana, tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir libremente el momento de la muerte. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad humana frente a un asunto exclusivamente divino para algunos y exclusivamente científico-legal para otros.<sup>13</sup>

En la actualidad constituye un reto para la sociedad decidirse en algún sentido: aceptarla o rechazarla. Mucho se habla de la calidad de vida que debe tener una persona para poder desarrollarse normalmente. Cuando se piensa en la eutanasia es precisamente porque esta calidad de vida se ha perdido y al enfermo sólo le resta sufrir intensamente una agonía mientras, de manera natural, se presenta la muerte. El ser humano debe tener derecho (y sería un derecho humano) a que se le respete la libertad de acortar su vida o, lo que es lo mismo, acelerar su muerte para terminar con sufrimientos personales y familiares ocasionados por el padecimiento de una enfermedad incurable en fase terminal.<sup>14</sup> La eutanasia se presenta como un conflicto de intereses entre la vida como bien jurídico supremo y el derecho a una muerte tranquila y digna sin imposiciones.<sup>15</sup>

La problemática referente a la eutanasia, vista por los iuspenalistas, dista mucho de la visión que de ella tienen los médicos, a pesar de que para ambos la vida humana es un bien supremo que hay que respetar y proteger por encima de todo. Posiblemente, la diferencia está en que los médicos se enfrentan, si no todos los días, sí muy frecuentemente, a la lucha entre la vida y la muerte. Se enfrentan a casos sumamente dolorosos y hasta dramáticos, que los conduce a meditar profundamente sobre la vida y la muerte y sobre la muerte piadosa y digna.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Acosta, Sariego, "¿Quién debe decidir?", *Revistas Avances Médicos Cuba*, Cuba, Año III, No 7, 1996, p. 60.

<sup>14</sup> Islas Olga, *Eutanasia*, México, IJ-UNAM, p.460, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m111.pdf>

<sup>15</sup> Eutanasia y derecho. El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996, p. 511, citado en Islas Olga, *Eutanasia*, IJ-UNAM, p.461, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m111.pdf>

<sup>16</sup> Islas Olga, *Op.cit.*, p.461.



Desde el punto de vista jurídico penal, las legislaciones pueden optar por: a) no prescribir nada sobre la eutanasia (por lo cual se caería en el homicidio o en el auxilio al suicidio, o en un aspecto negativo de estos, según el caso); b) preverla en un tipo muy atenuado, con requisitos muy precisos, o c) consignar el supuesto exento de sanción (despenalización absoluta o relativa) estableciendo limitaciones rigurosas y precisas para no dar margen a desviaciones.

La segunda opción (b) es la más adoptada por las legislaciones.<sup>17</sup>

Gimbernat considera que la eutanasia debe abarcar tres situaciones: a) la existencia de la seguridad o el riesgo considerable de una muerte próxima del paciente, quien puede, además, padecer agudos dolores; b) que la muerte no se manifieste como peligro inmediato, pero la persona, a consecuencia, por ejemplo, de un accidente o de una acción de guerra, soporte una "existencia dramática de múltiples amputaciones o pérdida de alguno o algunos de los sentidos", y c) que no exista un peligro inminente de muerte ni tampoco de padecimientos, pero que el enfermo haya perdido irreversiblemente la conciencia y que sea mantenido con vida<sup>18</sup>.

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

---

<sup>17</sup> *Idem.*

<sup>18</sup> Estudios de derecho penal, Madrid, Tecnos, 1990, p. 51 citado en Islas Olga, Eutanasia, México, IJ-UNAM, p.461, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m111.pdf>

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.<sup>19</sup>

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.<sup>20</sup>

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 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<sup>21</sup>.

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". 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

---

<sup>19</sup> Eutanasia Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Carpeta informativa, mayo de 2007, p.11.

<sup>20</sup> *Ibidem.*, p.12.

<sup>21</sup> *Idem.*

y objetivamente si hay o no conciencia y, por tanto, es imposible afirmar cuándo existe y cuándo no.<sup>22</sup>

#### **IV. Derecho comparado**

Uno de los aspectos jurídicos relevantes que se advierte en materia de eutanasia, es que el mayor desarrollo proviene de la actividad interpretativa de los tribunales. En algunos casos, la legislación ha precedido la acción de los tribunales, pero ha sido más frecuente que los cambios sustanciales hayan procedido de las decisiones jurisdiccionales. [...] Así sucedió en [...] Holanda y Japón, que han marcado la pauta en el panorama internacional de la eutanasia. Los argumentos centrales se basan en los conceptos de libertad y dignidad; por su puesto, subyace el principio de todo Estado constitucional: el laicismo.<sup>23</sup>

En cuanto al derecho comparado, existen ejemplos significativos acerca de lo que se ha discutido y se está decidiendo en torno a esta materia. [...] El tema de la eutanasia incluye dos grandes fases: la eutanasia activa y la eutanasia pasiva, que comprende el llamado "testamento vital". Son cuestiones distintas ser auxiliado para prescindir de la vida o ser objeto de suspensión de un tratamiento a petición propia (de manera directa o por disposición anticipada) o de un tercero. En diferentes ámbitos jurídicos la eutanasia está siendo objeto de estudio.<sup>24</sup>

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido se permiten en Holanda, Bélgica y Luxemburgo. El suicidio médicamente asistido (pero no la eutanasia) se permite en los estados de Oregon, Washington y Montana en los Estados Unidos (prefieren hablar de "ayuda para morir", *aid in dying*, porque el término "suicidio" suele asociarse, de manera peyorativa, a la muerte que se causa una persona no como resultado de una decisión racional sino por el efecto de una perturbación mental).<sup>25</sup>

En muchos otros países hay un debate importante para decidir si debe o no permitirse la muerte médicamente asistida: en los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Francia, España y Australia; varios de ellos privilegian la modalidad del suicidio médicamente asistido.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> *Idem.*

<sup>23</sup> Valadés, Diego, *Op. Cit.*, p.92.

<sup>24</sup> *Ibidem.* p.87.

<sup>25</sup> Asunción Álvarez del Río, *Op.Cit.*,p.116

<sup>26</sup> *Idem.*

En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento, aunque la consecuencia sea que mueran, lo cual también da seguridad a los médicos de que no tendrán problemas legales por la muerte del paciente. Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el DF, vigente desde 2008. Esta es una declaración unilateral de voluntad, efectuada por una persona mayor de edad o emancipada, con plena capacidad de goce y ejercicio de sus facultades mentales, en la que señala de manera anticipada que es lo que desea para sí, en relación a él o sus tratamientos y cuidados de salud.<sup>27</sup>

Después, a nivel federal se reformó la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos (un nombre más apropiado), pero su reglamento no ha sido aprobado. Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte. Las leyes prohíben la eutanasia y, aunque se entiende que los legisladores hayan decidido realizar los cambios de manera paulatina, es deseable que se deje abierta la puerta para aprobarla más adelante. Si bien en la mayoría de los casos la suspensión de tratamientos inútiles y los cuidados paliativos son suficientes para que la gente muera bien, no siempre se puede aliviar el sufrimiento físico o emocional, y en esas condiciones, hay pacientes que prefieren adelantar su muerte.<sup>28</sup> Además, el sistema constitucional contiene varias disposiciones que dan sustento a la autonomía vital de las personas: el derecho a la dignidad, el derecho a la protección de la salud, el derecho a la información y el derecho de libertad de creencias.<sup>29</sup>

## **Holanda**

En Europa los países bajos han establecido reformas legales que otorgan inmunidad legal a los médicos que practican la eutanasia, incluso en su modalidad activa directa. La discusión sobre la regulación de la eutanasia en Holanda comenzó cuando a raíz de una sentencia dictada por el Juzgado de Leeuwarden el 21 de febrero de 1973 que consideró como fundamento jurídico el estado de necesidad y estableció cuatro requisitos bajo los cuales la eutanasia no sería castigada, siempre que concurrieran junto con el dictamen

---

<sup>27</sup> Torres José, "Cátedra Patrimonial" en *Bioética Dr. Guillermo Soberón. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA*, [http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/noticias/2/docs/2013/2/ley\\_de\\_voluntad\\_anticipada.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/noticias/2/docs/2013/2/ley_de_voluntad_anticipada.pdf)

<sup>28</sup> *Idem*.

<sup>29</sup> Valadés, Diego, *Op. Cit.*, p.92.

previo de un especialista médico de sanidad estatal. De esta manera la eutanasia sería aceptable si cumplía con las siguientes condiciones:

- que el paciente padeciera de una enfermedad médicamente incurable.
- que el paciente experimentara un sufrimiento insoportable.
- que el paciente solicitara el deseo de terminar su vida.
- que el acto se realizara por el médico que trata al paciente o que es consultado por éste.

Durante la década de los años setenta la práctica de la eutanasia se fue extendiendo bajo el amparo de esta sentencia. Si en el proceso se demostraba que se daban estas condiciones, el médico era absuelto. En la década de los años ochenta comenzaron a darse diferencias entre los distritos judiciales y en algunos de éstos los médicos podían ser arrestados y encarcelados por estas prácticas. En los casos de absolución la causal jurídica consistía en considerar la situación en que se encontraba el médico, el cual debía elegir entre su obligación de cuidar a su paciente y la obligación de cumplir con las leyes en su calidad de ciudadano. Se trataba de eximir de responsabilidad bajo la eximente del estado de necesidad.

En 1982 comienza la preocupación gubernamental por regular la situación existente. Se toman dos medidas gubernativas que consisten en lo siguiente:

1. Se estableció que la discusión de iniciar o no acciones legales contra un médico quedaba a cargo de los fiscales de distrito, lo cual fue muy criticado porque se otorgaban facultades al fiscal que equivalían a las de un juez o legislador.
2. Se estableció una Comisión estatal sobre la eutanasia integrada por 15 miembros de distintas profesiones.

En 2001 se despenalizó la eutanasia y entró en vigor en abril de ese año. 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. 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.<sup>30</sup>

| Respeto a la vida humana, la voluntad del paciente, transparencia y la comprobación uniforme de las prácticas médicas, fueron las prioridades de esta discusión. 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

---

<sup>30</sup> Eutanasia, *Op. Cit.*, pp.17-18.

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. 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.<sup>31</sup>

El artículo 293 del Código Penal, que fue modificado, quedó redactado de la forma que sigue: Artículo 293. 1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta. 2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 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. La modificación del artículo 294 del Código Penal resulta en el siguiente texto:

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<sup>32</sup>.

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

---

<sup>31</sup> *Idem.*

<sup>32</sup> *Idem.*

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.<sup>33</sup>

### **Bélgica**

Bélgica, siguiendo el ejemplo de la vecina Holanda, despenalizó el 23 de septiembre de 2002 la eutanasia para los adultos en ciertos casos. 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. Es posible sólo con asistencia médica, siempre y cuando el paciente desee que se le aplique y sea consciente de sus implicaciones.<sup>34</sup>

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. Está exenta de observancia jurídica para los facultativos que la procuren cuando el paciente sufre de manera insoportable y no tiene esperanzas de mejora.<sup>35</sup>

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.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> Zamora, Arturo, “La eutanasia y el consentimiento en derecho penal”, *Iter criminis, Revista de Derecho y Ciencias Penales*, México, núm. 2, 1999 y Código Penal holandés, artículos 293 y 294.

<sup>34</sup> Ver: Morir con dignidad: <http://www.condignidad.org/muerte-anciana-dementeBelgica.html>. Y Deutsche Welle: <http://www.dwworld.de/dw/article/0,2144,1528224,00.html>

<sup>35</sup> *Idem.*

<sup>36</sup> *Idem.*

## **Francia**

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. Los aspectos positivos de la ley hay que buscarlos no tanto en lo que dice como en lo que no dice.<sup>37</sup>

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. 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:<sup>38</sup>

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

---

<sup>37</sup> Eutanasia, *Op. Cit.*, pp,19-20.

<sup>38</sup> *Idem.*



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.

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”.<sup>39</sup>

### **Estados Unidos de Norteamérica**

En Estados Unidos casi a la par de la aprobación de la ley holandesa de 1993 se celebraban una serie de referendos por los que se autorizaba la aplicación de la eutanasia. En principio fue la jurisprudencia quien reguló el tema de la eutanasia. Durante la década de los años setenta surgieron los Testamentos Vitales o la práctica del “Living-Will” que fue defendida por los movimientos pro-eutanasia. Esta práctica, debido a la falta de valor legal de los testamentos vitales produjo una serie de conflictos lo que motivó la necesidad de dar reconocimiento legal a estos documentos.<sup>40</sup>

La Suprema Corte se ha pronunciado en contra de la legalización de la eutanasia activa. Sin embargo, en el ejercicio de las facultades que le confiere la estructura federal de la Unión Americana, el estado de Oregón cuenta con legislación sobre la materia. Además, ha tenido un amplio impacto de opinión la acción del doctor John Kevorkian, y el caso de la señora Theresa Marie Schiavo, y en California es un tema sujeto a discusión.<sup>41</sup> El Estado de California fue el primero en otorgar valor legal a los testamentos legales el año 1976 en virtud de la Ley sobre Muerte Natural. En 1989 ya existían 38 Estados que aceptaban la validez de estos documentos. También comenzó a aceptarse la validez de un documento en el que se autorizaba a otra persona para decidir sobre la prolongación o no de la vida en el caso de llegar a la situación de enfermo terminal. En Estados Unidos la mentalidad en torno a la eutanasia, sin embargo, difiere de la de Holanda. En general tanto médicos como ciudadanos son más renuentes a la eutanasia a diferencia del

<sup>39</sup> Francia: se aprueba la ley sobre el fin de la vida, <http://www.condignidad.org/Francia-ley-fin-vida.html>

<sup>40</sup> Cuadernos de Estudio, *Op. Cit.*, p.23.

<sup>41</sup> Valadés, Diego, *Op. Cit.*, p.95.

suicidio asistido, teniendo mayor flexibilidad frente a éste último el que incluso no es penalizado en algunos estados de este país. Uno de los casos que hizo resaltar la necesidad de una regulación legal de la eutanasia es la práctica realizada por el doctor Jack Kevorkian, conocido como el "doctor muerte" quien diseñó una máquina para asistir la muerte de sus pacientes.<sup>42</sup>

El Estado de Michigan aprobó en 1993 unas disposiciones legales transitorias que penalizan temporalmente el suicidio asistido hasta que una comisión elaborara un informe que señalare la mejor forma de legalización. El doctor T. Quill en 1992 con la colaboración de los doctores C.K.Cassel y D.E. Meier desarrolló y publicó algunos criterios clínicos de suicidio asistido con la finalidad de prevenir abusos en esta materia y dar una opción a los enfermos incurables. El propósito de los autores era apreciar la situación privada de los pacientes como la repercusión pública en la ética civil. Estos criterios eran los siguientes<sup>43</sup>:

1. El paciente tiene que expresar por propia iniciativa y de forma clara y reiterada que desea morir antes que continuar sufriendo.

2. El juicio del paciente no debe estar distorsionado. Debe ser capaz de comprender la decisión, sus implicancias y consecuencias.

3. El paciente tiene que padecer un proceso incurable y que esté asociado a un sufrimiento intenso.

4. El médico tiene que asegurarse de que el sufrimiento y la petición del paciente no son el resultado de la ausencia de cuidados adicionales.

5. El suicidio médicamente asistido sólo debe ser llevado a cabo en el contexto de una relación médico paciente significativa. Aunque puede no ser posible una relación anterior, el médico tiene que llegar a conocer personalmente al paciente para que las razones de la petición sean totalmente comprendidas.

6. Se requiere la consulta con otro médico con experiencia en cuidados paliativos.

7. Se requiere una documentación clara que apoye cada una de las decisiones previamente expuestas (siempre y cuando un proceso como éste llegue a ser públicamente autorizado). Se desarrollará un sistema para comunicar, revisar, estudiar y distinguir claramente tales muertes de otras formas de suicidio.

En cuanto a las iniciativas legislativas la Hemlock Society fundada por Derek Humphry, una de las asociaciones a favor de la muerte digna, ha sido la impulsora de las iniciativas legislativas en Estados Unidos. El primero de los proyectos fue la Iniciativa 119

---

<sup>42</sup> *Idem.*

<sup>43</sup> *Ibidem.*, p. 23-25.

que trataba de modificar el acta de muerte natural del Estado de Washington. Se habla de legalizar la muerte médicamente asistida para los enfermos terminales, el proyecto no distinguía entre eutanasia y suicidio asistido<sup>44</sup>.

A finales de 1991 fue rechazado este proyecto. El segundo proyecto fue la Propuesta 161 de 1992 que pretendía legalizar la muerte médicamente asistida en el Estado de California. Este proyecto explicaba de mejor forma que se trataba de eutanasia como de suicidio asistido. También este proyecto fue rechazado<sup>45</sup>.

El tercer proyecto, Ballot Measure pretendía que el Estado de Oregon legalizara exclusivamente el suicidio asistido de los enfermos terminales. Este proyecto fue aprobado en noviembre de 1994. Esta Ley en estricto rigor regula el suicidio médicamente asistido y no la eutanasia ya que no trata los casos en que el enfermo terminal no puede terminar con su vida por sí mismo. Según el doctor T. Quill en la redacción de la ley de Oregon la distinción entre eutanasia y suicidio asistido es poco relevante y que lo decisivo son criterios de control de los casos de muerte asistida.<sup>46</sup>

La ley de Oregón, aprobada mediante referéndum, ha sido objeto de intensa polémica; hasta ahora es la única que ha sido adoptada en Estados Unidos. Para llevar a cabo la eutanasia, los pacientes cuyo pronóstico de vida no sea mayor de seis meses, tienen derecho a solicitar una prescripción médica para obtener los fármacos que produzcan la muerte. La ley dispone que el paciente debe ser capaz de comunicarse, de manera directa o a través de quien pueda interpretar sus expresiones (artículo 1o.), pero esta pre visión contra di ce el artículo 2o., donde se asienta que el paciente debe hacer por escrito y firmar la solicitud de los medicamentos que pongan fin a su vida.<sup>47</sup>

Como es bien sabido, en numerosos casos los pacientes terminales o crónicos están afectados por parálisis. Otra cuestión no con templa da es la posibilidad de que una persona pueda prever, en su declaración anticipada de voluntad (living will) los casos en que, además de ser le suspendido el tratamiento, le sean administrados los fármacos necesarios para producirle la muerte, si se llegara a encontrar en estado de vida vegetativa. Entre las salvaguardas, la ley establece que entre la primera solicitud y su reiteración, deberán transcurrir al menos 15 días (artículo 3.6). Los derechos contenidos en la ley de Oregón son sólo para los residentes en el estado que dispongan de licencia para conducir vehículos, figuren en el registro electoral, sean propietarios o paguen impuestos

---

<sup>44</sup> *Idem.*

<sup>45</sup> *Idem.*

<sup>46</sup> *Idem.*

<sup>47</sup> *Idem.*

en el estado. La ley fue impugnada, pero en enero de 2006 la Suprema Corte de Estados Unidos, por una votación de 6-3, se pronunció en contra del criterio del Procurador General, quien afirmaba que la ley violaba disposiciones federales, en especial la Ley de Sustancias Controladas.<sup>48</sup>

### **Alemania**

El Tribunal Constitucional dictaminó en 2003 que es permisible acatar la voluntad de un paciente sólo en algunos casos, 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). Posiciones de los diversos sectores alemanes. La ex ministra de Justicia, Brigitte Zypries 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. La clase política alemana: no respalda este tipo de propuestas que tienen que ver con la eutanasia por los recuerdos que despierta de la era del nazismo.

Las iglesias católica y evangélica: se manifestaron de manera masiva contra esta propuesta. La comunidad médica: 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. La población: el 74% apoya la legitimación de la eutanasia con medicamentos que «ayuden» a morir sin dolor, según un sondeo publicado por el semanario Stern. 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."<sup>49</sup>

### **Japón**

En 2005 se aprobó en Japón una ley que permite la eutanasia activa. En 1962 se produjo lo que se conoce como la Decisión de Nagoya de la Suprema Corte. En este caso el hijo de un paciente en estado terminal, accedió a la petición de su padre y disolvió veneno en leche; sin prevenir a su madre, la indujo a que la hiciera beber por el enfermo. La Corte sentenció al joven a cuatro años de prisión, pero le suspendió tres. Con

---

<sup>48</sup> Valadés, Diego, *Op. Cit.*, pp-96-97.

<sup>49</sup> Eutanasia, *Op.Cit.*, p.22.

ese motivo, el alto tribunal adoptó los criterios que de ben regir la eutanasia activa: que la situación del paciente sea incurable y la muerte inminente; que el paciente sufra dolores insoportables que no puedan ser atenuados; que la muerte del paciente sea considerada una forma de dar le alivio moral; que el paciente haga una petición expresa de morir; que la eutanasia sea realizada por un médico, y que se adopten todas las prevenciones éticas posibles. La Corte encontró que el hijo del paciente no reunió los dos últimos requisitos, y por ese motivo le impusieron la sentencia que, no obstante, fue atenuada con posterioridad.<sup>50</sup>

### **Argentina**

En Argentina la eutanasia pasiva no está regulada por ley, sino prevista en el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, de 2001. El capítulo 34 de ese Código tiene como epígrafe "De la eutanasia y del suicidio asistido". Conforme a los artículos 546 y 548, el paciente terminal "tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica... para evitar el sufrimiento tanto físico como síquico", pero en todas las circunstancias se debe respetar la autonomía del paciente, con excepción de los menores de edad y de los discapacitados mentales, en cuyo caso se requiere la participación de sus representantes. El paciente terminal tiene derecho a evitar el ensañamiento terapéutico, pero el suicidio asistido queda prohibido.<sup>51</sup>

## **V. Derecho mexicano**

En México la eutanasia se encuentra sujeta a un intenso debate. Sólo en el Distrito Federal se ha avanzado en cuanto a las disposiciones aplicables a la voluntad anticipada. Por lo demás, existen dos proyectos en el Senado. La opinión pública, empero, presenta una inclinación favorable a la regulación de la eutanasia. En 2005, Consulta Mitofsky recogió una opinión muy favorable a la eutanasia, en una encuesta nacional. Dos años más tarde, otra encuesta de Mitofsky muestra que la tendencia se mantiene, e incluso se acentúa en el caso de los mayores de 50 años.<sup>52</sup>

En México la legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia y del suicidio asistido, Art. 312 del Código Penal Federal, incluyendo un eximente de

---

<sup>50</sup> Valadés, *Diego*, Op.105.

<sup>51</sup> *Ibidem.*, p.108.

<sup>52</sup> *Ibidem.*,p.119.

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.

El Código Penal Federal en su artículo 312 establece que 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.<sup>53</sup>

La Ley General de Salud, 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. El artículo 345 de la misma ley, dice: No existirá impedimento alguno para que a 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 prescindan 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.

El artículo 343 expresa que 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. La legislación federal en materia de salud permite la interrupción de la vida, siempre y cuando se presenten los supuestos y se cumplan las formalidades que la misma ley señala.

El Código Penal Federal en su artículo 127 que el 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.

#### *La Ley de Voluntad Anticipada en México*

En enero de 2008 se promulgó en la Ciudad de México la Ley de Voluntad Anticipada, cuyo objetivo es regular la voluntad de un enfermo en etapa terminal a no someterse a medios, tratamientos o procedimientos que prolonguen su vida. Dicha ley pretende de tal forma proteger la dignidad de la persona para lograr la ortotanásia (una

---

<sup>53</sup> Situación actual de la Eutanasia en México, Secretaría de Salud,

<http://salud.edomexico.gob.mx/salud/doc/cobiem/CEB/encuentros/2009/Aspectos%20eticos%20y%20legales%20al%20final%20de%20la%20vida.pdf>

buena muerte). En dicho documento vienen especificadas algunas definiciones que ayudan a entender quién es un enfermo terminal, cuáles son las medidas mínimas que se proporcionan al enfermo, quién y cómo puede apegarse a dicha ley. De forma resumida, dicta que un enfermo al que le queden menos de seis meses de vida tiene derecho a solicitar que su vida no sea prolongada mediante ninguna acción terapéutica, sin negarle las medidas mínimas ordinarias y dándole derecho a tener una sedación controlada.<sup>54</sup>

La ley de voluntad anticipada se divide en cinco capítulos. En el capítulo primero se establece como objeto de la Ley de Voluntad Anticipada.

Artículo 1. La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.<sup>55</sup>

Asimismo, se enumeran las definiciones de los conceptos técnicos y médicos referidos en esta ley. El artículo 3, V. define el Documento de Voluntad Anticipada como el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.<sup>56</sup>

Se entiende como enfermo en etapa terminal, si éste tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra limitado para mantener su vida de manera natural. Las medidas mínimas ordinarias del paciente en etapa terminal son hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones. Por último, se establece el límite territorial para ejercicio de esta ley, circunscrito al Distrito Federal (Art. 5), y hace responsables a quienes la llevan a la práctica.

En el capítulo segundo se establecen los requisitos del documento de Voluntad Anticipada. En el artículo 7 establece que:

El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

---

<sup>54</sup> Díaz Enrique, Cedillo, José, et. al., "La otra forma de morir; la Ley de Voluntad Anticipada", *Medigraphic*, No. 1, Volumen 11, enero-marzo 2013, p.43.

<sup>55</sup> LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

<sup>56</sup> *Idem*.

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- III. III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y
- IV. IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado. Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.<sup>57</sup>

El artículo 8 que el documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos<sup>58</sup>:

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

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

En el capítulo tercero se tocan los puntos de nulidad y revocación de la Ley de la Voluntad Anticipada. El artículo 36 señala la formalidad del formato, la libre declaración de voluntad y la transparencia del acto, que de acto contrario será nulo el Documento de Voluntad Anticipada. Se menciona en el artículo 38 que el Documento o Formato de Voluntad Anticipada únicamente podrá ser revocado por el signatario del mismo.<sup>59</sup>

El capítulo cuarto establece el cumplimiento de la Voluntad Anticipada. Se solicita al personal de salud el realizar las disposiciones establecidas en dicho documento El artículo 40 reza que se debe asentar el estado terminal del enfermo en su expediente clínico, así como la evolución hasta su terminación.<sup>60</sup> En el artículo 41 que [...] se incluirán los

---

<sup>57</sup> *Idem.*

<sup>58</sup> *Idem.*

<sup>59</sup> *Idem.*

<sup>60</sup> *Idem.*



Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico [...] por parte del personal de salud.<sup>61</sup>

Sin embargo, si el personal de salud a cargo no está de acuerdo por motivos de creencia o convicción, el artículo 42 señala que puede excusarse de intervenir en su realización.<sup>62</sup> La disponibilidad del personal de salud no objetor y en lo posible, atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, será obligación de la Secretaría de Salud. Esta última emitirá los lineamientos dentro de las instituciones privadas de Salud. Además, la ley es muy clara al señalar que, si el paciente no está en etapa terminal, no es posible realizar lo dispuesto en el Documento. Se prohíbe además la administración de medicamentos y tratamientos que provoquen intencionalmente la muerte del enfermo en etapa terminal (Art. 43 y Art. 44)<sup>63</sup>.

La Ley de Voluntad Anticipada tiene el objetivo de defender la voluntad de cualquier persona enferma, que se encuentre en fase terminal, para no someterse a ningún tipo de procedimiento, medio o tratamiento médico que prolongue de manera innecesaria su vida, salvaguardando su dignidad como persona, si en algún momento es imposible mantener su vida de manera natural.

Asimismo, pretende que la persona planee y decida los cuidados y tratamientos médicos a los que será sometido en un futuro, principalmente en el momento que presente alguna incapacidad que se lo impida. La idea central de esta ley es el de "una muerte digna" basada en el concepto de ortotanasia; únicamente se intenta librar al paciente en estado terminal de cualquier medio o medida extraordinaria y desproporcionada, los cuales son un intento desesperado de prolongar la existencia y de forma indirecta la agonía del paciente. Cabe destacar que no se provoca la muerte de manera activa, directa o indirecta del paciente.<sup>64</sup>

En el artículo 2 de La Ley de Voluntad Anticipada se prohíbe la práctica de la eutanasia activa, al señalar que no se permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.<sup>65</sup>

---

<sup>61</sup> *Idem.*

<sup>62</sup> *Idem.*

<sup>63</sup> *Idem.*

<sup>64</sup> Álvarez Asunción, *Op.Cit.*,p.16.

<sup>65</sup> *Idem.*

## **CONCLUSIONES**

La eutanasia es un tema que por su naturaleza tiene implicaciones en la vida cotidiana de las personas que exige que la sociedad participe activamente y cada vez con mayor fuerza en esta discusión que involucra las esferas ética, jurídica y religiosa. La autonomía de la voluntad es un derecho del ser humano para decidir lo que a su juicio es digno o no. La conservación de la dignidad es a su vez un postulado de la independencia y un derecho humano.

Es obligación del Estado proveer lo necesario para que una decisión este regulada con altos estándares éticos, de transparencia y profesionales. También es importante generar políticas públicas orientadas al otorgamiento de cuidados paliativos para los enfermos terminales e ir creando mayores condiciones para que iniciativas de ésta envergadura se debatan con total apertura en un entorno más propicio.

Es necesario revisar el significado del término "dignidad de la persona" porque este no acaba cuando el enfermo decida terminar su vida; la dignidad es esencial a la persona y algo muy importante de destacar es que las personas que padecen una enfermedad terminal "son personas y no enfermedades", poner el acento en la persona es fundamental.

## **BIBLIOHEMEROGRAFÍA**

ACOSTA Sariego, "¿Quién debe decidir?", *Revistas Avances Médicos Cuba*, Año III, No 7, 1996

ÁLVAREZ, Asunción, "El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido, *Medigraphic*, vol. 35 Supl. 2-2013.

AZZOLINI Bincaz, Alicia Beatriz. "Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?" en *Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, México, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, , 2001.

DÍAZ, Enrique, Cedillo José, *et. al.*, "La otra forma de morir; la Ley de Voluntad Anticipada", *Medigraphic*, No. 1, Volumen 11, enero-marzo 2013.

Eutanasia y derecho. El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996.

ISLAS, Olga, Eutanasia, IJJ-UNAM, IJJ-UNAM, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m111.pdf>

Eutanasia Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Carpeta informativa, mayo de 2007.

La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica, <http://eprints.ucm.es/11693/1/>

[La\\_Eutanasia\\_perspectiva\\_etica\\_juridica\\_y\\_medica.pdf](#)

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346e61525438e126242a37d313e.pdf>

MATOZZO de Romualdi, Liliana, "¿Buen morir...Buen matar? Buen control", en *El Derecho*, No. 9071, 27 de agosto, 1996.

Morir con dignidad: <http://www.condignidad.org/muerte-anciana-dementeBelgica.html>.

Situación actual de la Eutanasia en México, Secretaria de Salud,  
<http://salud.edomexico.gob.mx/salud/doc/cobiem/CEB/encuentros/2009/Aspectos%20eticos%20y%20legales%20al%20final%20de%20la%20vida.pdf>

TREJO, Elma del Carmen, "Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia", Centro de Documentación, Información y Análisis, Cámara de Diputados, 2007.

TORRES, José, *Cátedra Patrimonial* en "Bioética Dr. Guillermo Soberón. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA",  
[http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/noticias/2/docs/2013/2/ley\\_de\\_voluntad\\_anticipada.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/noticias/2/docs/2013/2/ley_de_voluntad_anticipada.pdf)

VALADÉS, Diego, "Eutanasia. Régimen Jurídico de la Autonomía Vital", *Derechos Humanos, Aborto y eutanasia*, México, IIJ-UNAM, , 2008.

ZAMORA, Arturo, "La eutanasia y el consentimiento en derecho penal", *Iter criminis, revista de derecho y ciencias penales*, México, núm. 2, 1999.