

ARTÍCULOS ARBITRADOS



La eutanasia en México: una visión comparada
Euthanasia in Mexico: a Vision Compared

Alma de los Ángeles Ríos Ruíz



LA EUTANASIA EN MÉXICO: UNA VISIÓN COMPARADA
EUTHANASIA IN MEXICO: A VISION COMPARED

Alma de los Ángeles Ríos Ruíz*

Sumario: I. Introducción, II. Definición de eutanasia, III. Clasificación de eutanasia, IV. Discusión actual de la eutanasia, V. Derecho comparado, VI. Derecho mexicano, VII. Discusión, VIII. Conclusiones, IX. Fuentes de consulta.

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 diversos países. Lo cual sin duda, representa un desafío ético y legal que México debe atender.

Palabras Clave: Eutanasia, suicidio asistido, voluntad anticipada, dignidad, muerte, derecho, autonomía de la voluntad.

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 euthanasia is, how it has been defined, what is the current debate and how it has regulated its practice in different countries. Which undoubtedly represents an ethical and legal challenges that Mexico must address.

Key words: Euthanasia, assisted suicide, will, dignity, death, law, autonomy.

* 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). Contacto: alma_rios_r@hotmail.com

I. Introducción

La eutanasia ha generado muchas inquietudes, así como dilemas éticos y jurídicos porque el derecho a la vida es un derecho universal; en el ámbito jurídico es un bien tutelado por el Estado, quién priva la vida a otro comete homicidio. En el ámbito médico, de acuerdo al juramento hipocrático existe la obligación ética de velar por el máximo respeto por la vida humana desde su origen, aún bajo amenaza, y no emplear los conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Desde la concepción religiosa, el derecho a la vida es sagrado, le pertenece a Dios y por tanto, él es el único que puede quitarla. Esta práctica se encuentra penada en la mayor parte del mundo debido a que las diversas tradiciones religiosas, legales o morales se establecen la mayor protección a la vida.

El principal argumento a favor de la eutanasia gira en torno al derecho a una muerte digna, sin dolor y agonía. La prolongación innecesaria de la vida atenta contra el libre desarrollo de la personalidad y dignidad de la persona. Por tanto, las personas en etapa terminal tienen derecho a morir dignamente. El argumento contra la eutanasia está fundado en el hecho de que el médico tiene como función salvar vidas y no destruirlas. Además, es el Estado quien debe proteger el derecho a la vida y asegurar desde el nacimiento hasta la muerte su protección.

Lo cual revela la complejidad del tema por las disposiciones morales, religiosas y jurídicas que trae consigo, y resulta pertinente preguntarnos: ¿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?, ¿la voluntad anticipada es una forma de eutanasia?, ¿México debe legalizar la eutanasia?, ¿La voluntad anticipada es un instrumento suficiente y eficaz?

Por lo cual, la tesis central del presente trabajo es que México debe avanzar en la legalización de la eutanasia a fin de garantizar el derecho a una muerte digna, respetando en todo momento la autonomía de la voluntad. El Documento de Voluntad Anticipada en México es relevante por el reconocimiento a la dignidad del paciente, convirtiéndolo en un sujeto activo y con capacidad para determinar con anticipación respecto de los tratamientos médicos que esté dispuesto a recibir, en el caso de verse impedido para manifestar su voluntad. Sin embargo, debe enriquecerse con las experiencias de otros países y complementar su regulación.

En este sentido, es oportuno realizar un breve recorrido respecto a la problemática de la eutanasia, cómo se ha regulado en algunos países y qué mecanismos regulatorios ha implementado México para resolver este problema.

II. Definición de eutanasia

La eutanasia es un tema discutible, no es sólo un problema de ética médica, sino también de dimensiones filosóficas, jurídicas y religiosas.

Clásicamente, la eutanasia se define como la aceleración de la muerte de un paciente para evitar más sufrimientos. Dentro de esta amplia definición, hay varios términos usados para describir las diferentes formas de la eutanasia, es decir, voluntaria, involuntaria y la eutanasia no voluntaria; y activa y pasiva eutanasia.

La palabra eutanasia, se originó en Grecia, significa una buena muerte. Tradicionalmente, la eutanasia ha significado una muerte fácil, indolora. Con frecuencia también suele llamarse como muerte misericordiosa o suicidio asistido. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 define la eutanasia y el suicidio asistido :

La eutanasia es un acto deliberado llevado a cabo por una persona con la intención de no impedir la muerte por causas naturales en caso de enfermedad terminal o coma irreversible sin dolor.

Suicidio asistido es el acto terminar intencionalmente la vida de un paciente en etapa terminal con la ayuda de un médico o personal de salud que le proporcione los conocimientos o medios para llevarlo a cabo.

Por lo anterior, 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.

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.

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

No hay acuerdo sobre la definición de la inutilidad médica. Algunos autores trataron de definir este término en dos aspectos, cuantitativa y cualitativamente. Schneiderman propuso una definición de futilidad médica en 1990 y aclaró aún más su propuesta original en 1996. Al definir el aspecto cuantitativo, propuso que "cuando los médicos llegan a la conclusión (ya sea a través de la experiencia personal, las experiencias compartidas con los colegas, o el examen de los datos empíricos reportados) de que un tratamiento médico ha sido inútil, se debe tomar la probabilidad 1 de 100 de beneficiar al paciente. La parte cualitativa estipula que si es un tratamiento permanentemente inconsistente, los médicos deben considerar el tratamiento fútil y puede terminar los cuidados médicos intensivos.

La eutanasia y el suicidio asistido por un médico son ilegales en muchos países. Sin embargo, se practica abiertamente en los Países Bajos, donde el médico que realiza estos actos no es procesado penalmente. Por lo que es importante que en la legalización de la eutanasia se considere la inutilidad del tratamiento para retener o retirarlo como soporte vital para un enfermo terminal, teniendo en cuenta el beneficio y deseos del paciente y de su familia. En varios casos y diferentes resoluciones judiciales este razonamiento ha jugado un papel importante en el desarrollo de la práctica de la eutanasia en países como Holanda.

III. Clasificación de la eutanasia

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.

a) Por su finalidad

Eugenésica. Muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.

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.

IV. Discusión actual de la eutanasia

En el ámbito jurídico existe un gran debate respecto del derecho de una persona a decidir sobre su muerte en una etapa terminal. 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.

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. 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.

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.

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 es la más adoptada por las legislaciones. 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.

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 administrar analgésicos que eliminen el dolor ante la imposibilidad de realizar otro tipo de intervención. 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 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.

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 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". 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.

V. 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.

En el caso de Reino Unido en 1935 se fundó la Sociedad Voluntaria de Eutanasia quien fuera la primera en reconocer públicamente la eutanasia en el mundo y se organizó para hacer campaña por la legalización de eutanasia. Después, la idea de la legalización de la eutanasia fue debatida con más fuerza en muchos foros públicos. Sin embargo, en la Segunda Guerra Mundial cambió la atmósfera de la discusión sobre la eutanasia.

En 1939, los nazis empezaron el "programa de eutanasia" en varios departamentos especializados de medicina. Se estimó que 70 000 pacientes psiquiátricos fueron víctimas del programa. Este "programa de eutanasia" sofocó el debate sobre la legalización. El debate se convirtió en silencio durante un largo

período, hasta la década de 1970. En la década de 1970 y principios de 1980, el debate sobre la eutanasia se convirtió en un amplio debate académico y un punto de discusión pública, especialmente en los Países Bajos. Hubo varios casos importantes y las decisiones judiciales se convirtieron en la piedra angular en el desarrollo de la eutanasia en el mundo. En el caso de Francia, la eutanasia y el suicidio asistido están en contra de la ley. El presidente, François Hollande, se comprometió a mirar el "derecho a morir con dignidad", pero ha negado cualquier intención de legalizar la eutanasia o el suicidio asistido. En 2005 la ley Léonetti introdujo el concepto del derecho "dejar morir". Bajo condiciones estrictas se permitió a los médicos decidir, "limitar o detener cualquier tratamiento inútil" que tenga por objeto prolongar artificialmente la vida" y utilizar analgésicos que podrían "como efecto secundario, acortar la vida."

Un caso muy escuchado en Francia fue el de un médico acusado de administrar fármacos que aceleraron la muerte de siete pacientes de edad avanzada y que fue absuelto. Otro caso, en el que el Tribunal Supremo de Francia había autorizado al médico dejar de tratar y alimentar a un hombre joven en un estado vegetativo durante seis años. En este último caso, los padres del paciente han apelado a la Corte Europea de los Derechos Humanos y están a la espera de una decisión.

En 2001, el Parlamento holandés decidió que la eutanasia debería legalizarse, y, la Ley de la Eutanasia entró en vigor para regular el fin de la vida de un paciente en etapa terminal a petición de éste por un médico. La solicitud del paciente debe ser voluntaria e informada con la atención médica debida. Además, esta debe ser analizada por otros médicos independientes. En [...] Holanda y Japón 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.

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.

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).

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.

En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento. Esto a través de un documento que regula la ortotanasia, es decir, el otorgamiento de medidas médicas paliativas, que disminuyen el sufrimiento o que lo hacen tolerable. Es decir, a través de una manifestación de la voluntad de la persona a no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que propicien la obstinación médica, es decir, el uso innecesario de medios e instrumentos para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal.

Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, 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.

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.

De tal manera que dicha regulación está sustentada en diversas disposiciones que dan sustento a la autonomía vital de las personas, lo cual puede traducirse en el respeto al derecho a la dignidad y a la protección de la salud.

Holanda

En Europa los Países Bajos han establecido reformas legales a práctica de la eutanasia, incluso en su modalidad activa directa. La discusión sobre la regulación de la eutanasia en Holanda comenzó 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 previo de un especialista médico de sanidad estatal. De esta manera la eutanasia sería aceptable si cumplen con las siguientes condiciones :

- Si el paciente padeciera de una enfermedad médicamente incurable.
- Si el paciente experimentara un sufrimiento insoportable.
- Si el paciente solicitara el deseo de terminar su vida.
- Si 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.

| 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 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.

El Código penal holandés castiga :

- Al que “quitarle la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma”;
- Al que “de forma intencionada indujere a otro para que se suicide”, en caso de que el suicidio se produzca; y
- Al que “de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin”, en caso de que se produzca el suicidio.

De lo que trata la “Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio” es de la despenalización de esas figuras en los supuestos que la nueva ley establece. A tal fin, introduce reformas al Código Penal, a la Ley Reguladora de los Funerales y a la Ley General de Derecho Administrativo, y reglamenta a qué casos, a qué personas y en qué circunstancias es aplicable, y qué recaudos deben ser observados para que el galeno involucrado en el caso quede exonerado de las sanciones establecidas en la norma penal para los hechos que antes hemos descrito.

Los artículos 293 y 294 del Código Penal de Holanda establecen que:

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.

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 .

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 posible.

Es importante destacar que en estos casos, el médico que trata al paciente está impedido de expedir el certificado de defunción y sí obligado a informar inmediatamente al forense municipal que el fallecimiento se ha producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, a quien enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a que se refiere el artículo 2º de la Ley respectiva.

La Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, involucra a médicos consultores, médicos forenses, comisiones de verificación y fiscales, llamados a juzgar la si conducta observada por el médico que ha colaborado con la terminación de la vida de su paciente a petición propia encuadra en su normativa a fin de quedar exonerado de las sanciones del Código Penal. Además, ha venido a legislar lo que la jurisprudencia de ese país venía creando mediante fallos. No son los únicos tribunales que así han resuelto.

El 6 de marzo de 1996 el Tribunal de Apelaciones del Noveno Circuito de San Francisco, California, rechazó una ley del Estado de Washington que prohibía el suicidio asistido llevado a cabo por médicos, convirtiéndose en el primer tribunal del país que otorgó a adultos mortalmente enfermos y mentalmente competentes, el derecho constitucional a pedir ayuda médica para poner fin a sus vidas.

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.

De acuerdo a la Ley de la Eutanasia en Bélgica :

El médico que realiza la eutanasia no comete delito cuando él / ella se asegura de que:

- El paciente ha alcanzado la mayoría de edad o es un menor emancipado, y es legalmente competente y consciente en el momento de hacer la solicitud;
- La solicitud es voluntaria, bien considerada y no es el resultado de cualquier presión externa.

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 insostenible y no tiene esperanzas de mejora.

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.

La Ley de la Eutanasia también permite esta actividad cuando el paciente está en una condición médicamente inútil con un constante e insostenible dolor y sufrimiento físico o mental que no puede ser aliviado, como resultado de una enfermedad grave e incurable o causada por accidente.

Asimismo, es obligación del médico antes de realizar el acto:

1) informar al paciente acerca de su condición de salud y la esperanza de vida, discutir con el paciente su petición de eutanasia y las consecuencias de los tratamientos paliativos. Es decir, junto con el paciente, el médico debe llegar a la convicción de que no existe una alternativa a la situación del paciente y que la solicitud del paciente es completamente voluntaria;

- 2) Tener la certeza del dolor físico constante del paciente o sufrimiento mental y de su petición constante. Para este fin, el médico tiene varias conversaciones con el paciente en un plazo razonable, teniendo en cuenta la el progreso de la condición del paciente;
- 3) Consultar a otro médico el carácter incurable de la enfermedad e informarle de la situación clínica del paciente. El médico examinará al paciente y debe estar seguro del constante e insoportable dolor físico o mental y sufrimiento del paciente que no puede ser aliviado. El médico consultado debe ser independiente del paciente, así como del médico a cargo y debe ser competente para dar una opinión acerca el trastorno en cuestión. El médico tratante deberá informar al paciente sobre los resultados de la consulta.

Estados Unidos de Norteamérica

En Estados Unidos la retención al tratamiento de enfermos terminales fue el principal foco de discusión en los años 1970 y 1980. En 1975, Karen Ann Quinlan, una mujer de 21 años de edad, entró en coma y fue conectada a un respirador. Debido a su estado vegetativo persistente, los miembros de la familia comenzaron a solicitar a interrumpir la asistencia respiratoria. Con el tiempo, el tribunal decidió que si no había ninguna posibilidad que Karen tuviera la posibilidad de recuperar la consciencia, el sistema de soporte de vida podría debía quitarse.

En la década de 1980, 35 estados y el Distrito de Columbia aprobaron las Leyes de muerte natural. Estos actos reconocieron la legalidad de una “voluntad viviente”, que permite a una persona especificar qué tipo de tratamiento que se desea recibir un determinado terminal de afección.

En 1988, se dio el caso Nancy Cruzan, en el que la joven estaba en un estado vegetativo persistente desde hace 4 años. Su vida se mantuvo mediante la hidratación y la nutrición artificial. La Corte Suprema de Estados Unidos decidió no permitir la interrupción del tratamiento, ya que no había evidencia clara y convincente de que le gustaría que su tratamiento se interrumpiera. Sin embargo, el tribunal declaró que los estados individuales no podían ignorar los deseos expresados por el paciente cuando la evidencia satisfactoria era presentada.

El Dr. Kevorkian, patólogo retirado, asistió por primera vez a un paciente con enfermedad de alzheimer para suicidarse en Michigan en junio de 1990. Se intensificó su práctica en el suicidio asistido, en el caso de Thomas Youk, el paciente sufría de esclerosis lateral amiotrófica también lo ayudo. En esta

ocasión preparó un video que se emitió en un programa nacional de noticias de televisión. Posteriormente, fue declarado culpable de asesinato en segundo grado y encarcelado.

En 1994, el foco para el debate sobre el suicidio asistido se desplazó al estado de Oregón. La Ley de Oregón fue aprobada en las elecciones generales en 1994. Se declaró que "Un adulto que es capaz, es un residente de Oregon, y se ha determinado por el médico asistente médico y consultar a estar sufriendo de una enfermedad terminal y que ha expresado voluntariamente su deseo de morir, podrá hacer una solicitud por escrito de los medicamentos con el fin de poner fin a su vida de una manera humana y digna de acuerdo con esta Ley."

En agosto de 1995, un juez de Oregón decidió que la ley era inconstitucional porque no se dio por igual protección contra el suicidio a las personas con enfermedades terminales, y por lo tanto era válido. Entonces el acto se suspendió en espera de decisión del Tribunal Supremo

Oregon fue el primer estado de Estados Unidos para legalizar el suicidio asistido. La ley entró en vigor en 1997, y permite a los pacientes terminales, mentalmente competentes con menos de seis meses de vida para solicitar una receta para medicamentos de por vida que termina. Más de una década después, el estado de Washington aprobó una medida que era el reflejo de la ley de Oregon.

En 2013, alrededor de 300 enfermos terminales estadounidenses se les prescribió medicamentos letales, y alrededor de 230 personas murieron como consecuencia de tomarlos. Algunos pacientes optaron por no tomar la medicación.

El 27 de octubre de 1997, la muerte digna en Oregón se convirtió en ley para legalizar el suicidio asistido por un médico. De acuerdo con los datos recogidos, 15 personas murieron después de tomar la medicación prescrita letal durante la práctica de suicida.

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.

La ley permite a los residentes de Oregon con enfermedades terminales la prescripción para la medicación letal con el propósito de poner fin a su vida si se cumplen las siguientes condiciones:

- El paciente debe ser mayor de edad y residente de Oregon.
- El paciente debe ser capaz de tomar y comunicar decisiones respecto a la atención médica.
- Se debe confirmar el diagnóstico y el pronóstico por otro médico y diagnosticada como enfermedad terminal.
- El paciente debe hacer dos peticiones orales a su médico, por separado, por lo menos en un periodo de 15 días y suscribir la solicitud con testigos.
- Si el médico considera que la decisión del paciente puede estar influenciada por un trastorno mental, el paciente debe ser referido para una evaluación de la salud mental.
- El paciente debe ser informado por el médico prescriptor de alternativas viables, incluyendo el cuidado de alivio, cuidado de hospicio y control del dolor.
- El médico prescriptor debe solicitar notificar al pariente más próximo de la solicitud.

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.

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 suicidio

asistido, teniendo mayor flexibilidad frente a éste último, e incluso no es penalizado en algunos estados de este país.

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:

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).
8. Se desarrollará un sistema para comunicar, revisar, estudiar y distinguir claramente tales muertes de otras formas de suicidio.

Como podemos observar, estos criterios son fundamentales para la práctica de la eutanasia o del suicidio asistido, se respeta en todo momento los derechos del paciente y su autonomía de la voluntad. Además, establecen la seguridad jurídica y ética en la práctica médica hacia el paciente.

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.” El artículo 546 de dicho capítulo establece que el paciente terminal tiene derecho a una muerte digna con la asistencia terapéutica convencional o no convencional y dentro de las normas aceptadas para evitar el sufrimiento tanto psíquico como físico, utilizando para ello todo tipo de soporte que configure el respeto al derecho inherente a su dignidad de persona. De tal forma al paciente terminal deben aplicarse medidas que le permitan una muerte digna, sin que se justifiquen procedimientos que prolonguen su sufrimiento. La exigencia de conducta médica ética significa evitar la insistencia o ensañamiento terapéutico en una situación de vida irrecuperable (artículo 538 del Código de Ética de la Asociación Médica Argentina).

El paciente terminal tiene derecho a solicitar que se evite el ensañamiento terapéutico para prolongar su vida, lo cual el médico tiene el deber ético de aceptar, respetando siempre los valores de la persona humana (artículo 551 del Código de Ética de la Asociación Médica Argentina).

Además, cuando un paciente incurable, en estado crítico o terminal el médico debe tomar en cuenta el principio de la Declaración de Venecia: el deber de médico es curar y cuando sea posible aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de su paciente (artículo 535 del Código de Ética de la Asociación Médica Argentina).

Dicho Código actúa a la luz de la Declaración Universal de los derechos humanos, velando por el respeto de estos por parte del equipo de salud y el respeto a los derechos individuales sin lesionar el bien común de los pacientes, respetando en todo momento la voluntad de estos.

VII. Derecho mexicano

En México la eutanasia se encuentra sujeta a un intenso debate. Sólo en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) se ha avanzado en cuanto a las disposiciones aplicables a la voluntad anticipada.

En el documento de voluntades anticipadas conocido como testamento vital, la persona manifiesta expresamente por escrito su voluntad sobre la disposición de cuerpo y órganos después de su muerte total o cerebral. También manifiesta su voluntad para recibir atención terapéutica o no, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le incapacite en un futuro para expresarse por sí mismo.

Además, en México, la voluntad anticipada no se encuentra regulada por los códigos civiles. A pesar de que dicho documento esté regulado en la Ley de

Voluntad Anticipada, prevé que debe hacerse ante notario público; por lo tanto, el concepto del documento de voluntad anticipada suele ser sinónimo del testamento vital. Con base en lo anterior, es necesario conocer que el testamento es un acto jurídico unilateral, personalísimo, libre, revocable. A través de éste, una persona capaz transmite sus bienes, derechos y obligaciones, que no se extinguen por la muerte, a sus herederos o legatarios, o declara y cumple deberes para después de su muerte.

En este sentido, la autonomía del paciente tiene un rol destacado en la voluntad anticipada; en primer lugar, porque se involucra el derecho de autodeterminación cuando con plena competencia y suficiente información el paciente decide y comunica su aceptación o rechazo a la asistencia o tratamientos indicados o, incluso, solicita un tratamiento no indicado o un tratamiento médico contraindicado de acuerdo con su enfermedad, y en segundo, porque el equipo médico no actúa ciegamente en el campo moral, precisamente porque conoce los deseos, intereses e inquietudes del paciente y, quizá con mayor importancia, su propia escala de valores, lo cual permite ofrecer una mejor atención médica que más allá del poner, quitar o limitar, sea de acompañar, y en la medida de lo posible aliviar el sufrimiento.

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 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.

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.

De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud , considera que la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible. La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

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

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.

La Ley de Voluntad Anticipada en México

En enero de 2008 se promulgó en la ahora 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 proteger la dignidad de la persona para lograr la una buena muerte. Dicho documento prescribe 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 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.

La ley de voluntad anticipada establece en su artículo 1 que 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.

Asimismo, se enumeran las definiciones de los conceptos técnicos y médicos referidos en la ley. El artículo 3 define que la 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.

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:

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- 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. 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.

El artículo 8 que el documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos :

- 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.

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. 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).

El artículo 2 de La Ley de Voluntad Anticipada 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.

VII. Discusión

Como hemos observado en los países más desarrollados se han producido altos niveles de apoyo público a la eutanasia. Esta actividad es legalmente practicada en los Países Bajos, Bélgica y Holanda, y el suicidio asistido por un médico, es legal en algunas regiones de Estados Unidos como Oregón, Washington, Montana, Vermont y California.

De acuerdo a un reciente estudio publicado por la Universidad de Pennsylvania, en Estados Unidos, al menos de 20% de los médicos reportan tener las solicitudes recibidas el suicidio asistido. En los Países Bajos y Bélgica, cerca de la mitad o más de los médicos informaron nunca haber recibido una solicitud. Entre el 0,3% y el 4,6% de todas las muertes que se reportan como la eutanasia o suicidio asistido por un médico son legales. La frecuencia de estas muertes aumentó después de la legalización, entre ellos, más del 70% de los casos se trataba de pacientes con cáncer . Una gran parte de los pacientes que recibieron el suicidio asistido en Oregón y Washington afirmó haber sido tratado con cuidados paliativos al igual que los pacientes en Bélgica.

Lo cual hace notar que los motivos más importantes para legalizar la eutanasia es respetar la autonomía del paciente y su derecho a una muerte digna. Por lo que debe considerarse la autonomía de la voluntad como un principio jurídico y ético que les atribuye a los individuos un ámbito de libertad, dentro del cual pueden regular sus intereses; les permite crear relaciones obligatorias entre ellos, las cuales deberán ser reconocidas y sancionadas por las normas de derecho. Dicha autonomía se desarrolla con base en la libertad que tienen los autores de un acto jurídico para celebrarlo o no y determinar su contenido y alcances.

En este sentido, México debe adoptar una visión más amplia de la legalización de la eutanasia y configurar su regulación con leyes que permitan el respeto a morir con dignidad. Sin embargo, el Documento de Voluntad Anticipada representa un avance en cuanto al respeto de la autonomía de la voluntad de la persona a morir dignamente, ya que plasma de manera previa a los problemas que al final de la vida puedan presentarse.

Dicho Documento es relevante porque regula 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.

La ley de Voluntad Anticipada es aplicada a las personas en materia de ortotanasia, y no permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida. En este sentido, los cuidados paliativos buscan apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan sin dolor y sufrimiento. Dentro de este concepto, morir con dignidad es fundamental. Sin embargo, la ley omite señalar qué sucede en caso de que no exista un documento de voluntad anticipada previamente suscrito por el paciente.

Cabe destacar que el Documento de Voluntad Anticipada en México, no se encuentra regulada por el código civil aunque se lleve a cabo ante notario público, además, no se encuentra expresado en

ningún ordenamiento la declaración de la voluntad de morir dignamente o cuando el paciente no puede expresar su voluntad y se encuentra en etapa terminal.

También debemos tomar en cuenta que la muerte no es un derecho, sino un hecho jurídico pero que si debe proteger a la persona con el derecho a una vida digna en la etapa final de su vida.

VIII. 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.

IX. Fuentes de información

- 1.ACOSTA, Sario, “¿Quién debe decidir?”, Revistas Avances Médicos Cuba, Cuba, Año III, No 7, 1996, p. 60.
- 2.ÁLVAREZ del Río, Asunción, “El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido”, Medigraphic, vol. 35 Supl. 2-2013, p.116
- 3.BATTIN, Margaret, “Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in ‘vulnerable’ groups”, Journal of Medical Ethics, núm. 33, 2007, p.591.
- 4.Cassel CK, “Morals and moralism in the debate over euthanasia and assisted suicide”, N Engl J Med., núm. 323, 2016, pp.750–752-

5. CHIN, AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW., “Legalized physician-assisted suicide in Oregon—the first year’s experience”, *J Med.*, núm. 340, pp. 577–583, 2016.
6. Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medlegnew/CODIGOS/Codigo%20de%20Etica,%20AMA%202001.pdf>
7. Código Penal Federal, Cámara de Diputados, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_180716.pdf
8. Código Penal Holandés, disponible en: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2016-07-01>
9. DE HAAN J., “The new Dutch law on euthanasia”, *Med Law Review*, núm. 10, vol.1, 2002, 57–75.
10. Diario Judicial, disponible en: <http://www.diariojudicial.com/nota/4321>
11. “Euthanasia and assisted suicide laws around the world”, *The Guardian*, 17 de julio, 2014, disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2014/jul/17/euthanasia-assisted-suicide-laws-world>
12. Eutanasia Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Carpeta informativa, mayo de 2007.
13. “Euthanasia and assisted suicide laws around the world”, *The Guardian*, 2014, disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2014/jul/17/euthanasia-assisted-suicide-laws-world>
14. “Euthanasia revisited”, *Family Practice*, Oxford University Press, núm. 2, vol.19, 2002, p.129.
15. EZEKIEL J. Emanuel, MD, PhD; Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, “Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe”, *Clinical Review & Education*, University of Pennsylvania, núm.316, vol.1, 2016, p. 79.
16. FLORES, Lucerito, “Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México”, *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, núm. 36, vol. IX, julio-diciembre, 2015, p.158.
17. GRANERO, Horacio R., “La eutanasia o el aniquilamiento de la medicina”, *Diario Judicial*, disponible en: <http://www.diariojudicial.com/nota/4321>
18. ISLAS, Olga, Eutanasia, México, IJ-UNAM, p.460, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m111.pdf>

19. LEE, MA, Tolle SW., “Oregon’s assisted suicide vote: the silver lining”, *Ann Intern Med*, núm., 124, 1996, pp.267–269
20. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>
21. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>
22. Ley General de Salud, Cámara de Diputados, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf
23. 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>
24. Oregon Law, disponible en: https://www.hg.org/legal_articles.asp
25. PAPANASTASIIOU, Jd., Skiadas P., et. al., “Euthanasia and suicide in antiquity: Viewpoint of the dramatists and philosophers”, *J R Soc Med.*, Núm.,100, 2007, p. 257.
26. SCHNEIDERMAN, LJ, Jecker NS, et. Al., “Medical futility: response to critiques”, *Ann Intern Med* , USA,1996, p.125.
27. Silva Alarcón, Doris, “La eutanasia, Aspectos Doctrinarios Aspectos Legales”, Cuadernos de Estudio, Centro de Estudios Biojurídicos, disponible en: <http://muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>
28. The Belgian Act on Euthanasia, 2002, disponible en: <http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59>
29. TORRES, José, “Cátedra Patrimonial” en Bioética Dr. Guillermo Soberón. Ley de Voluntad Anticipada, disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/noticias/2/docs/2013/2/ley_de_voluntad_anticipada.pdf
30. 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.
31. VALADÉS, Diego, “Eutanasia. Régimen Jurídico de la Autonomía Vital”, *Derechos Humanos, Aborto y eutanasia*, México, IIJ-UNAM, 2008, p.92.
32. VISNJA, Strinic, “Arguments in Support and Against Euthanasia”, *British Journal of Medicine & Medical Research*, Gran Bretaña, núm, 7, volumen 9, 2015, p.2.