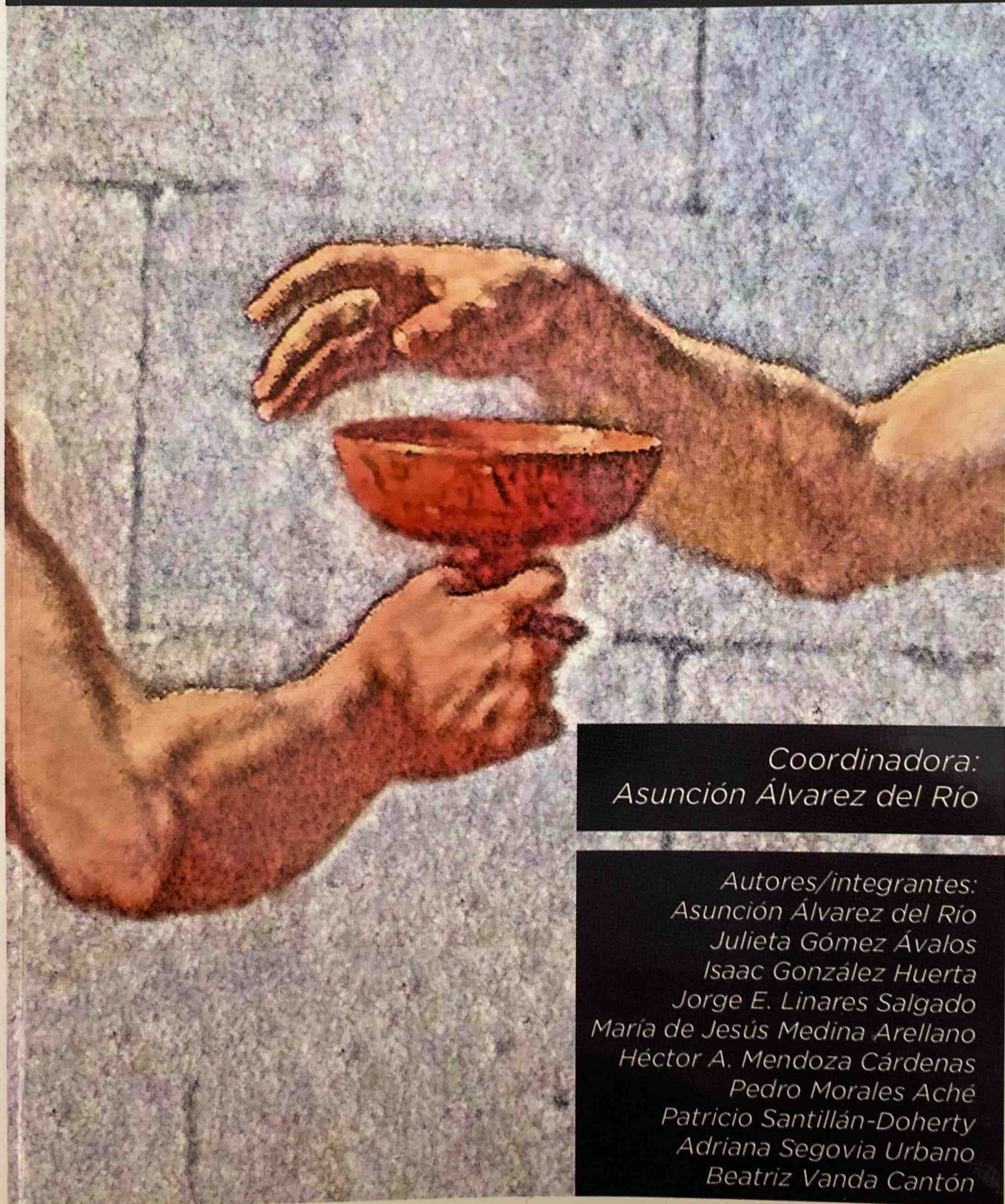


# LA MUERTE ASISTIDA EN MÉXICO

*UNA OPCIÓN MÁS PARA MORIR CON DIGNIDAD*



*Coordinadora:  
Asunción Álvarez del Río*

*Autores/integrantes:  
Asunción Álvarez del Río  
Julieta Gómez Ávalos  
Isaac González Huerta  
Jorge E. Linares Salgado  
María de Jesús Medina Arellano  
Héctor A. Mendoza Cárdenas  
Pedro Morales Aché  
Patricio Santillán-Doherty  
Adriana Segovia Urbano  
Beatriz Vanda Cantón*

LA MUERTE ASISTIDA EN MÉXICO  
Una opción más para morir con dignidad



# LA MUERTE ASISTIDA EN MÉXICO

## Una opción más para morir con dignidad

*Coordinadora:*  
Asunción Álvarez del Río

*Autores/integrantes:*  
Asunción Álvarez del Río  
Julieta Gómez Ávalos  
Isaac González Huerta  
Jorge E. Linares Salgado  
María de Jesús Medina Arellano  
Héctor A. Mendoza Cárdenas  
Pedro Morales Aché  
Patricio Santillán-Doherty  
Adriana Segovia Urbano  
Beatriz Vanda Cantón





Primera edición, diciembre de 2017

*La muerte asistida en México.*  
*Una opción más para morir con dignidad*  
por  
Asunción Álvarez del Río

Diseño de portada: Mariana Zúñiga Torres  
[www.marianazuñigatorres.com](http://www.marianazuñigatorres.com)

Fragmento de la pintura *The Death of Socrates*,  
de Jacques-Louis David. Óleo sobre tela, 1787.  
Metropolitan Museum of Art. Nueva York.

Diseño editorial:  
Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.  
[www.solarservicioseditoriales.com](http://www.solarservicioseditoriales.com)

© Derechos Reservados, primera edición, México, 2017, por  
**Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C.**  
José de Teresa 253, Col. Tlacopac,  
01040, Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México  
Tel. 56-62-52-08  
Correo electrónico: [info@dmd.org.mx](mailto:info@dmd.org.mx)

Impreso en México

**ISBN 978-607-97886-0-5**

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualesquiera de los medios –incluidos los electrónicos– sin permiso escrito por parte de los titulares de los derechos.

# Índice

---

## Introducción

<b>Terminación autónoma de la vida: para hacer a un lado la ofensa</b> .....	9
<i>Patricio Santillán-Doherty</i>	

## Capítulo 1

<b>Eutanasia y suicidio asistido: una visión global sobre decidir el final de la vida. Actitudes y políticas en México</b> .....	27
<i>Asunción Álvarez del Río, Julieta Gómez Ávalos, Isaac González Huerta</i>	
Introducción.....	27
1. <i>Decisiones médicas al final de la vida, lo permitido y lo prohibido</i> .....	33
Posibles caminos hacia la despenalización de la MMA en México.....	39
2. <i>Actitudes y opiniones de los mexicanos ante la MMA</i> .....	44
3. <i>El necesario debate</i> .....	53
Los retos por superar y las condiciones favorables .....	59
4. <i>Conclusiones</i> .....	65
Bibliografía.....	66

## Capítulo 2

### La penalización de la eutanasia y el suicidio asistido

<b>en la legislación mexicana</b> .....	75
<i>Héctor A. Mendoza Cárdenas</i>	
La función del derecho penal .....	80
La analogía o la mayoría de razón en materia penal .....	81
La inducción o instigación y el auxilio o ayuda al suicidio en las legislaciones estatales .....	83
La eutanasia, una palabra tabú en nuestra legislación penal .....	85
Menores de edad suicidas y otras categorías .....	85
Reflexiones finales .....	88

## Capítulo 3

### Qué opinan los mexicanos de la eutanasia. Encuesta realizada

<b>“Por el derecho a morir con dignidad” (DMD), México</b> .....	93
<i>Adriana Segovia Urbano</i>	

## Capítulo 4

### La muerte digna se discute en nuestro país .....

<i>María de Jesús Medina Arellano</i>	101
La muerte digna como un derecho humano .....	105
Bibliografía .....	108

<b>Conclusiones</b> .....	111
---------------------------	-----

## Apéndice

### Conceptos básicos sobre la atención médica al final de la vida

<i>Beatriz Vanda Cantón</i>	119
-----------------------------	-----

# INTRODUCCIÓN





# Terminación autónoma de la vida: para hacer a un lado la ofensa

---

PATRICIO SANTILLÁN-DOHERTY

*Miembro del Colegio de Bioética, A.C.*

*Director médico del*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

la muerte no es real ni para los vivos ni para los  
muertos,  
ya que está lejos de los primeros  
y, cuando se acerca a los segundos,  
estos han desaparecido ya.

EPICURO DE SAMOS, *Carta a Meneceo*.

Es así la vida, va dando con una mano  
hasta que llega el día que quita todo con la otra.

JOSÉ SARAGAMO, *Las intermitencias de la muerte*.

Los humanos olvidamos lo que significa ser humano y Leso nos mete en problemas. La vida se inicia sin que tengamos verdadera conciencia de ella, pero una vez que la desarrollamos, nos aferramos a un concepto vital que nos cuesta trabajo comprender y que, en muchas ocasiones, se ve confundido por memes adquiridos en el camino que han sido repetidos por centurias y que en la

actualidad cuesta trabajo sostener. No pensamos en la vida al llegar a ella y, frecuentemente, no lo hacemos hacia la salida; la primera carencia tiene que ver con la inmadurez de nuestro sistema nervioso central, la segunda situación constituye más un descuido de pensamiento (lo que vuelve más difícil los casos de terminación imprevista de la vida).

La única seguridad que tenemos al comienzo de nuestra vida es que va a terminar; lo que sucede en el ínterin es contingente, tiene que ver con lo que cada quien hace en su día a día, buscando que sea bueno y mientras se puede. Muchas veces, incluso, nuestra ajetreteada existencia pasa sin que cobremos cabal conciencia acerca de cómo queremos que sea; situación que John Lennon ironizó en su canción *Beautiful Child*: “*Life is what happens to you while you’re busy making other plans*” (la vida es lo que te sucede mientras andas ocupado haciendo otros planes).

Ahora entendemos las cosas vitales de manera diferente; por ejemplo, que las reglas de la vida se encuentran inscritas en el ácido desoxirribonucleico, compuesto de moléculas cuyos átomos provienen de la explosión original del universo y que se han transmitido desde entonces mediante mejoras evolutivas que se observan continuamente en la naturaleza con la que interactuamos los humanos y de la que formamos parte. Esto nos lleva al recordatorio que hace el Génesis de que todos somos polvo de estrellas: “*Memento, homo, quia pulvis es et in pulverem reverteris*” (Humano, recuerda que polvo eres y que al polvo volverás). Recordatorio que nos obliga a reflexionar sobre nuestra humanidad.

Humano viene del latín *humus*; significa ser de la tierra o del lodo. El titán Prometeo moldeó al primer humano con barro y muchos mitos de creación siguen la misma idea. Por eso, cuando “entierran” a alguien se dice que fue “inhumado”. Lo mismo sucede con “humildad”, palabra relacionada con la aceptación de nuestras propias limitaciones, nuestra bajeza, sumisión y rendimiento; cualidades muy humanas, de la tierra, aterrizadas. Esta humildad deriva de reconocer que nuestra vida es finita, y que pensar la forma en que queremos desarrollarla necesariamente incluye recapacitar en cómo puede ser el periodo final, algo que frecuentemente no hacemos, ya que “andamos ocupados haciendo otros planes”.

Albert Camus, en *El mito de Sísifo*, establece la pregunta vital sobre la que es importante que todo humano reflexione, la obligación que tenemos de juzgar si vale o no la pena vivir. Hay que responder la pregunta filosófica fundamental: ¿debo vivir o morir?; el cuestionamiento hamletiano: ¿ser o no ser? La muerte es en sí el tema filosófico por excelencia y meditar al respecto implica considerar cómo queremos que sea nuestra vida, toda ella, incluyendo la etapa final. Así pues, “filosofar es aprender a morir”, máxima socrática retomada desde entonces en los escritos dejados por figuras de la estatura de Cicerón y Montaigne.

Sócrates fue condenado por desafiar a los dioses y corromper a los jóvenes. Ante la alternativa del destierro, prefirió terminar con su vida ingiriendo cicuta. En el *Fedón*, Platón termina el libro con las últimas palabras de Sócrates, quien le dice a su interlocutor sobre una ofrenda que

quiere se realice: “Critón, debemos un gallo a Esculapio, haz esta ofrenda y no lo olvides”; dicho esto, murió. Fueron las últimas palabras del filósofo. En la antigüedad, los enfermos que acudían a los templos de Esculapio en busca de su ayuda acostumbraban sacrificarle un gallo con la esperanza de verse beneficiados con la cura; estas misteriosas y últimas palabras han sido interpretadas como una lección póstuma en la que el filósofo ve la muerte como un alivio a las afecciones de la vida (Platón, “Fedón”, en <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1034793.files/Phaedo.pdf>).

Critchley, en su libro sobre la muerte de los filósofos, escribe que toda discusión poco profunda acerca de la muerte se encuentra imbuida por el miedo que se le tiene. La inquietud que provoca la inevitabilidad de la terminación de la vida nos llena de zozobra, y el terror a nuestro aniquilamiento nos conduce a negar nuestra mortalidad y buscamos una salida consoladora, ya sea sumergiéndonos en ideas de salvación e inmortalidad ofrecidas por diversas tradiciones religiosas (incluidas ideologías del *New Age*), o bien obnubilando nuestra memoria con intoxicaciones de todo tipo, incluida la acumulación de dinero y posesiones. Menciona que “lo que parecemos buscar es la consolación transitoria del olvido momentáneo, o una milagrosa redención en el más allá”; y líneas más abajo establece el valor de reflexionar sobre la vida y su terminación: “En contraste con nuestro deseo embriagante por la evasión y el escape, el ideal de la muerte filosófica tiene una sobriedad empoderante” (Critchley, S., *The Book of Dead Philosophers*, Vintage, Nueva York, 2008).

La reflexión sobre la muerte tiene una importancia reconocida desde hace milenios, cuando la vida humana era mucho más corta de lo que ahora experimentamos. Hace un siglo apenas, un humano esperaba llegar a vivir más o menos hasta los cuarenta años; algunos vivían largas vidas, pero la gran mayoría moría al nacer o poco tiempo después (Deaton, A., *El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*, Fondo de Cultura Económica, México, 2015). Las cosas han cambiado y actualmente la esperanza de vida ronda los ochenta años en países desarrollados, incluido el nuestro. El progreso económico de las naciones se ve reflejado en este indicador. Mejoras en la forma de vida gracias a servicios de saneamiento, comunicación y acceso a la atención de la salud lo explican.

El desarrollo del conocimiento científico acerca de los fenómenos biomédicos ha permitido entender, evaluar y probar formas novedosas de enfrentar los problemas de salud de la sociedad. Atribuir los estados infecciosos a la presencia de bacterias, virus, parásitos y otros gérmenes (y no al destino, la conjunción de las estrellas o la ira divina) ha permitido el desarrollo de medicamentos antibióticos poderosos que, aun así, requieren de revisión continua en su efectividad (las muertes por neumonía, glomerulonefritis y endocarditis secundarias a estreptococo han disminuido radicalmente en la actualidad). Incluso hemos podido erradicar enfermedades que eran un azote en distintas civilizaciones hace poco más de dos siglos, como la viruela.

Esta mayor longevidad del ser humano, en el mundo y en nuestro país, ha dado lugar a la aparición de



enfermedades crónico-degenerativas con las que se tiene que lidiar. El desarrollo de medicamentos ha permitido reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares gracias al uso de antihipertensivos para controlar la presión arterial; pacientes con diabetes se controlan y viven más y mejor; articulaciones deterioradas son sujetas a recambio quirúrgico y se restituye la calidad de vida perdida. Si llega a ser necesario, somos capaces de sustituir órganos inservibles por órganos sanos. Esto implica atenciones médicas en centros hospitalarios de niveles diversos, pero que han acostumbrado a la sociedad a trasladar el proceso de enfermedad del hogar al hospital; incluso en condiciones en que la medicina ya no tiene forma de modificar la situación clínica y lo único que puede ofrecer es paliarla en espera de la muerte.

El gremio médico no deja de ser humano. Debe reconocer también sus limitaciones y hacer un ejercicio de la humildad mencionada. Debe admitir la falsedad de ver su trabajo como una “lucha contra la muerte” y enfocarse en resolver los problemas de salud que aquejan a los humanos que conforman su sociedad, estableciendo las limitaciones de su profesión y de la biología de las personas que atiende. Comprender esto permite entender el concepto de *futilidad terapéutica* y tomar decisiones clínicas mediante la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico (en sus dos modalidades equivalentes: de no iniciar y de suspender tratamientos).

Viendo lo descrito sobre la forma en que la medicina moderna manipula la enfermedad, la longevidad que alcanza la sociedad actual y la diversidad de atenciones

médicas que nuestro sistema de salud es capaz de ofrecer (incluso manejos sofisticados y costosos en situaciones graves en terapias intensivas), resulta extraordinariamente difícil entender el argumento de la defensa de la vida “hasta la muerte natural”. Hace años era “natural” morir de viruela si se adquiría, y ahora ya no existe; hace no poco era “natural” morir por infección secundaria al virus de la inmunodeficiencia adquirida, y ahora es una enfermedad crónica.

La medicina ha logrado ampliar la longevidad del ser humano y, mientras la calidad sea buena, eso está bien. Tampoco deseamos la “vida eterna” y no morir. Saramago lo expone en *Las intermitencias de la muerte*, donde la vida sin fin se vuelve invivible. Este problema de la inmortalidad lo expuso antes Jonathan Swift en *Los viajes de Gulliver* cuando, al llegar a un lugar llamado Luggnagg conoce a los “*struldbrugs*”, seres que no mueren, pero que sí envejecen y se llenan de achaques, olvidan las cosas, incluyendo el idioma, por lo que ya nadie les entiende; cuando cumplen ochenta años son marcados con una mancha roja en la frente y viven aislados de la sociedad y deprimidos. El mensaje de Swift es claro, la vida finita es valiosa precisamente por ser finita; la inmortalidad se vuelve una carga y le resta el deseo incluso de vivir.

El respeto a la autonomía de las personas, entendido como el respeto a su capacidad de decidir sobre la forma en que quieren llevar su vida, es un valor que ha ido evolucionando hasta convertirse en uno de los principios éticos primordiales del actuar de quienes conforman la sociedad. La Declaración Universal de los Derechos Humanos,

por un lado (a través de documentos de la Organización Mundial de la Salud, como la Declaración de Helsinki), y la Constitución Política de México, en sí misma y a través de su Ley General de Salud, respetan la autonomía de las personas y le otorgan la prerrogativa de aceptar o no los tratamientos, procedimientos y demás acciones que el sistema médico ofrece a sus pacientes para resolver sus problemas de salud. Así, el concepto de rechazo de tratamiento obtiene validez ética y legal al justificar su práctica incluso de manera adelantada mediante la elaboración de directrices anticipadas (el testamento vital o la voluntad anticipada).

Sin embargo, las situaciones que a diario viven los pacientes escapan con frecuencia al control que permite mantener una calidad de vida aceptable y generan estados de sufrimiento que los hacen pensar, a ellos, a sus allegados y a sus médicos, que continuar en esas condiciones reduce la dignidad del que la sufre, es injusto y que más valdría considerar alternativas para terminarlas. Se genera la ocasión de valorar decisiones que nadie quiere tomar, y muchas veces ni siquiera pensar, por los memes ancestrales que traemos, la falta de humildad de los miembros del equipo médico y la incapacidad de reconocer la futilidad de las situaciones médicas que enfrentan. Estas decisiones implican la posibilidad de dejar que la vida termine mediante prácticas de limitación del esfuerzo terapéutico en situaciones de futilidad, o incluso de acercar el inevitable final accediendo a la eutanasia o al suicidio asistido. Este pequeño libro busca promover la reflexión y discusión sobre estas decisiones para que, en un futuro próximo,

sean opciones viables para los mexicanos. Enfermedades crónicas que llevan a la insuficiencia de diversos órganos, como el riñón, el corazón, los pulmones y el hígado; cáncer avanzado que ha hecho metástasis en diversos órganos; enfermedades neurodegenerativas que paralizan el cuerpo, pero no la mente, son solo algunos ejemplos de lo que puede aparecer y deteriorar la calidad de vida de las personas al causar sufrimiento por dolor, disnea, incapacidad y deterioro en el autocontrol de la vida.

Buena parte de la sociedad tiene la visión de que se debe luchar por la vida y en contra de la muerte; no hacerlo es contrario a la naturaleza humana. Tal vez de manera general resulta correcto pensar así, pero ¿debe ser un pensamiento absoluto? ¿Acaso no debemos ver las cosas de acuerdo con la situación vital de que se trate?

En la Antigüedad (si atendemos a Sócrates, Séneca, Tácito y otros), acabar con la vida por decisión propia no era mal visto. ¿Por qué, entonces, la terminación voluntaria, el suicidio, es visto como ilegal, inmoral o irreligioso?

El acto de tomar uno su propia vida es considerado vergonzoso, cobarde, irresponsable y pecaminoso. Nos encontramos imbuidos por varias centurias de pensamiento cristiano iniciado por san Agustín y desarrollado más profundamente por Tomás de Aquino, quienes establecieron que la vida es un regalo, un *datum*, algo sobre lo cual tenemos derecho de uso, pero no de gobierno ni dominio, esta es prerrogativa del ser supremo.

En general, la sociedad está empapada de esta metafísica religiosa que declara la vida como un don de un ser superior, por lo que no tenemos potestad sobre ella.

Atentar contra la propia vida es atentar en contra de ese ser superior y, por lo tanto, es incorrecto. Uno se pregunta, entonces, sobre la utilidad de recibir un regalo que no se puede usar, que requiere de permiso para hacerlo y, finalmente, que debe ser devuelto. Hacer algo distinto resulta pecado. Y esta visión, más allá del poder religioso, se extendió a los poderes terrenales donde el rey, y últimamente el Estado, reclamaron el mismo control sobre el final de la vida y convirtieron su autoejecución en un acto también ilegal.

Para complicar el escenario, en tiempos más recientes la psiquiatría ha tirado al cesto de la basura el “pecado” del suicidio para convertirlo en un desorden mental detonado por la depresión y que amerita tratamiento. Es un factor fuera del control de la autodeterminación de las personas.

Así, cuando alguien quiere libremente terminar con su vida, o lo hace, se tiende a pensar que ha sido irresponsable y sacrílego y, en otras palabras, se le condena; o se puede especular que la persona estaba constreñida por factores incontrolables del comportamiento, como la depresión, con lo cual le retiramos su libertad, su autonomía. Pareciera que la circunstancia vital de la persona, la calidad de la vida que está llevando en ese momento (casi siempre relacionada con su estado de salud), no es relevante, no importa. ¿Acaso no valdría la pena pensar en la terminación de la vida como un acto autónomo derivado de la libertad con la que vivimos?

Esto ha ido cambiando lentamente. En las postrimerías del siglo XVI, Michel de Montaigne escribe sus *Ensayos*, y en

el capítulo XIX, titulado *El estudio de la filosofía es aprender a morir* (Montaigne, M., “The Study of Philosophy is to Learn to Die”, en *The Essays of Montaigne, Complete*. Project Gutenberg, e-Book #3600; 2006. Consultado en <https://www.gutenberg.org/files/3600/3600-h/3600-h.htm>, febrero de 2017), retoma la enseñanza socrática puesta en palabras de Cicerón: “El estudio de la filosofía no es nada más que prepararse para morir”. Invita a ver la vida como una preparación para morir en el sentido real del asunto, pero también en el sentido figurado al establecer que cada reflexión debe ayudarnos a cambiar la forma en que vemos la estancia vital; al ejercer el cambio reflexivo, de alguna forma morimos y “renacemos” con una mentalidad diferente, mejor: “Ahí donde nos espera la muerte es incierto; permitidnos buscarle en todos lados. La premeditación sobre la vida es la premeditación sobre la libertad; aquel que ha aprendido a morir ha desaprendido a ser esclavo”.

En el siglo XVII, Spinoza argumenta a favor de la vida racional del humano en un estado de libertad y en atención a la naturaleza, sin miedos, y su sabiduría consiste en una meditación sobre la vida. El poeta John Donne publicó en 1644 el tratado *Biathanatos: una declaración sobre aquella paradoja, o tesis, de que el autohomicidio no es tan pecado natural que no pudiera nunca ser de otra manera*, escrito en el que argumenta a favor del “autohomicidio” y en contra de considerarlo como pecado natural: “Yo pienso que tengo las llaves de la prisión en mi propia mano y ningún remedio se presenta tan presto a mi corazón como mi propia espada” (Donne, J., *Biathanatos*, El Cobre, Barcelona, 2007).



Casi un siglo después, en 1732, apareció un texto escrito por el conde Alberto Radicati di Passerano titulado *Una disertación filosófica sobre la prohibición de la muerte* y visto como herético. Presenta la tesis de que no hay un miedo natural a la muerte, sino que ha sido introducido en la mente humana por las tres principales tradiciones monoteístas.

Por su parte, Hume argumenta que quitarse la vida cuando sobreviene una enfermedad incurable es una acción liberadora de todo daño o miseria e introduce el inicio de la valoración de la calidad de vida como objetivo que se debe buscar: “El deseo de una persona enferma terminalmente, con frecuencia es buscar no tanto la felicidad como la muerte con dignidad sin el sentimiento de que se ha cometido un acto ilegal o inmoral”. En su ensayo “Sobre el suicidio” argumenta en favor de esta medida y en contra de que se trate como una falta que atenta contra dios, el rey, uno mismo o a la sociedad; además, aclara en una nota que debe prevalecer en nuestra mente, ya que da sentido a una posible decisión de esta magnitud: “Creo que ninguna persona tiró su vida mientras valía la pena preservarla” (Hume, D. *On Suicide*, 1777, Londres. <http://www.david-hume.org/texts/suis.html>, consultado en abril de 2017).

Esta situación se da de manera cotidiana en los hospitales. Por un lado, hay pacientes que, siguiendo a Hume, piensan que su vida ya no vale la pena vivirse, y, por el otro, médicos y familiares exigen una lucha por esa vida que todos sabemos en qué va a terminar. Eso sí, todos, pacientes, médicos y familiares, tienen miedo de cometer una ilegalidad, una inmoralidad o un sacrilegio.

¿Acaso no valdrá la pena ver la situación de manera distinta y platicar el asunto abiertamente con nuestros allegados, familiares, amistades, médicos, etc.? Al final, es para nuestros familiares para quienes la muerte (de nosotros) constituirá algo relevante; los que quedan son los que sufren. Como dice la sabiduría popular: cuando estamos muertos no nos damos cuenta, son los otros los que se dan cuenta y sufren; lo mismo sucede cuando estamos tontos.

¿Acaso pensar sobre nuestra vida no debe incluir la etapa final? El objetivo de este pequeño libro es generar introspección y empatía al reflexionar sobre la muerte. Los sufrimientos secundarios a innumerables enfermedades producen un padecimiento que, cuando la situación se torna difícil, tal vez no tenga sentido mantener. Reflexionar sobre la vida necesariamente pasa por reflexionar sobre su fin, por lo que parece adecuado presentar una visión de que la terminación autónoma de la vida mediante un acto libre y liberador no constituye una ofensa, ni legal ni moral, y es incorrecto verla como tal.

Los participantes en el libro, miembros del Colegio de Bioética y del Programa Universitario de Bioética de la UNAM, respondimos a la iniciativa de Jorge Linares Salgado (a la sazón director del Programa Universitario de Bioética (PUB), actual director de la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM), y conformamos un grupo de reflexión específica sobre las situaciones al final de la vida. Además del doctor Linares, participan Asunción Álvarez del Río (doctora en bioética de la Facultad de Medicina de la UNAM y líder indiscutiblemente reconocida sobre el tema), Pedro Morales Aché y Héctor Mendoza C. (abogados

acuciosos de los intrínquilis legales del asunto), Adriana Segovia Urbano (socióloga y terapeuta familiar), María de Jesús Medina-Arellano (jurista doctorada en bioética e investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM), Beatriz Vanda Cantón (doctora en bioética y patóloga reconocida de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la UNAM).

El primer capítulo de *La muerte asistida en México. Una opción más para morir con dignidad* presenta las actitudes y políticas que se han dado en nuestro país en los últimos años en relación con la eutanasia y el suicidio asistido. En el segundo se ahonda en el tratamiento de la muerte asistida en la legislación mexicana. El tercero comenta los resultados de la encuesta nacional realizada por la asociación mexicana Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. (DMD) para conocer la actitud de los mexicanos ante la muerte y la eutanasia. En el cuarto capítulo se analiza el concepto de “muerte digna” y los alcances del reciente artículo aprobado en la Constitución. El libro concluye con un comentario sobre los siguientes pasos para avanzar en nuestro propósito de contar en México con las opciones de terminación de vida ahora prohibidas y que, por lo tanto, limitan los medios para respaldar el derecho a una muerte digna. Incluimos un glosario que busca aclarar la confusión sobre conceptos relacionados con el final de la vida.

Va entonces este libro, cuya máxima pretensión es simplemente abrir un diálogo sobre algo que inevitablemente nos va a llegar a todos. Tal vez valga parafrasear a Oscar Wilde y decir que todos vamos a la alcantarilla, pero que

## INTRODUCCIÓN

algunos de nosotros estamos viendo las estrellas. Ojalá que el propósito se logre y a más de uno le permita hacer a un lado la ofensa para ver mejor las estrellas.

\* Agradecemos el apoyo secretarial de Claudia Gutiérrez.



# CAPÍTULO 1





# Eutanasia y suicidio asistido: una visión global sobre decidir el final de la vida. Actitudes y políticas en México<sup>1</sup>

---

ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO

*Miembro del Colegio de Bioética, A.C.*

*Facultad de Medicina, UNAM*

JULIETA GÓMEZ ÁVALOS

*Facultad de Medicina, UNAM*

ISAAC GONZÁLEZ HUERTA

*Facultad de Medicina, UNAM*

## Introducción

Sucede con frecuencia que, cuando nos presentamos en un foro de discusión sobre eutanasia o suicidio asistido fuera de México, nos pregunten de inmediato si los mexicanos podemos aspirar a tener una ley que permita estas opciones de terminación de vida en un país predominantemente católico. No le falta razón a su escepticismo.

<sup>1</sup> Este capítulo fue publicado originalmente en un libro coordinado por Michael J. Cholbi, el cual reúne contribuciones de autores de diferentes países sobre el tema. Véase Álvarez del Río, A., Gómez, J., González, I., “Euthanasia and Assisted Suicide: Global Views on Choosing to End Life. Attitudes and Policies in Mexico”. En Cholbi, M. (ed.). *Euthanasia and Assisted Suicide: Global Views on Choosing to End Life*. E.U.A., 2017, pp. 45-69.

La mayoría de la población en México profesa la religión católica y es bien sabido que su jerarquía ha condenado radicalmente la eutanasia y el suicidio asistido, comparando estas acciones con el genocidio (1). Sin embargo, México es un país laico y hay ciudadanos que siguen otras religiones o ninguna. El problema es que la Iglesia católica no se conforma con influir en la actitud de sus fieles, sino que interviene en las políticas públicas de los países para promover leyes o impedir las de acuerdo con lo que establece su doctrina, sin importarle que las leyes se apliquen a todos los ciudadanos, sean o no católicos. Esto preocupa porque su poder para presionar en las políticas públicas está demostrado; basta recordar que la contribución monetaria más importante para oponerse a la iniciativa “Morir con Dignidad” en Massachusetts, en 2014, fue de organizaciones católicas (2).

México es un país lleno de contrastes, y uno de ellos es que, en lugares como la Ciudad de México, la capital, hay leyes muy progresistas en materia de derechos humanos para decidir sobre asuntos personales, como el aborto y el matrimonio entre personas del mismo sexo, mientras que en la mayoría de las entidades federativas predominan leyes muy conservadoras y restrictivas en materia de derechos humanos.

En los últimos años, la participación de la Iglesia católica ha sido decisiva en la regulación del aborto a lo largo del país. Cuando en 2007 se aprobó en la Ciudad de México una ley que despenalizó la interrupción del embarazo hasta las doce semanas de gestación, la reacción esperable de los grupos opositores fue mucho más lejos

de lo imaginado. Para impedir que otras entidades federativas siguieran el ejemplo de la capital, en diecisiete de ellas los legisladores reformaron sus constituciones para establecer jurídicamente el reconocimiento de la persona desde el momento de la fecundación o concepción hasta la muerte natural. Como consecuencia, se prohibió el aborto, incluso en causales que antes estaban permitidas, lo cual ha ocasionado la criminalización de mujeres, aun cuando han abortado inintencionadamente (3). Las reformas mencionadas se hicieron sin que hubiera un mínimo debate y respondieron a la orden de Benedicto XVI, el entonces papa (4). Quizás algunos políticos actuaron de acuerdo con sus creencias personales olvidando su compromiso con un Estado laico, pero otros simplemente cedieron a la presión del clero ante la promesa de que se verían compensados con su apoyo para ganar votos.

A gran parte de la población mexicana, en la que se incluyen personas católicas, le preocupa e indigna que la jerarquía católica pretenda imponer sus dogmas en las leyes del país porque, de esta forma, impide la libre elección de los individuos en asuntos trascendentes que deben decidirse de acuerdo con su propia ética. La laicidad es necesaria en las sociedades plurales como la de México, para permitir la convivencia entre personas con diferentes creencias y para garantizar que el sustento de las políticas públicas sea un debate basado en argumentos racionales que pueden compartir las personas independientemente de la religión que profesen.

Otro gran contraste en México se da en relación con la distribución de la riqueza: 45% de la población vive en

condiciones de pobreza o de pobreza extrema y no recibe una adecuada atención de salud. Entre esta población, muchas personas, de todas las edades, mueren por enfermedades que podrían haberse tratado. Y junto a esta deficiente atención de la salud, tenemos el otro extremo: un tratamiento excesivo, especialmente al final de la vida de muchos pacientes, que causa un enorme sufrimiento que podría evitarse si no se buscara obstinadamente postergar el desenlace. Los motivos por los que muchos médicos siguen aplicando tratamientos innecesarios son, por un lado, el temor a ser acusados penalmente si muere un paciente a quien se podía haber prolongado la vida, y por otro, la convicción de que su deber profesional es siempre luchar contra la muerte.

Tenemos, pues, dos problemas que requieren solución. El primero se refiere a la pobreza y escapa al objetivo de este escrito, aunque esta situación ha servido para argumentar que, en un país con tantas necesidades de la población, la eutanasia no es un tema prioritario y que no debería considerarse hasta no resolver la inequitativa atención de la salud. Sin embargo, creemos que, al mismo tiempo que hay que esforzarse para resolver la pobreza de muchos mexicanos, también debe mejorarse la atención médica al final de la vida. Sería conveniente evitar los tratamientos que buscan prolongar indiscriminadamente la vida de los pacientes, y desarrollar y promover los cuidados paliativos para brindar la mejor calidad de vida posible a los enfermos que ya no es posible curar, y considerar sus decisiones respecto al final de la vida. Después de todo, si nos ocupamos de mejorar la atención

a pacientes en situación terminal en las instituciones de salud del país, solucionaremos un problema de injusticia social, pues son quienes tienen recursos económicos y mayor nivel educativo los que disponen de medios para una mejor atención paliativa y mayores opciones de elección al final de su vida.

A pesar de la supuesta familiaridad de los mexicanos con la muerte y de la inmensidad de expresiones culturales y artísticas relacionadas con el tema, la realidad es que la mayoría compartimos las mismas actitudes de negación que otros países occidentales. Solo las comunidades más apegadas a sus tradiciones, principalmente las indígenas, admiten la finitud como parte de la vida y saben cómo prepararse para enfrentarla. Fuera de ellas, el tema se evita en la sociedad en general y en la atención médica en particular. Sin embargo, algo empieza a cambiar. Como en otros países, en México hay personas que van adquiriendo conciencia de la importancia de ocuparse del tema del final de la vida oportunamente para evitar repetir experiencias dolorosas que les ha tocado presenciar en la etapa final de sus seres queridos. Más que a la muerte, estas personas le temen al sufrimiento y a las condiciones de indignidad en que podrían encontrarse si dejan pasivamente que sea la inercia institucional, a veces junto con la angustia de sus familiares, la que decida sobre su atención en la última etapa de su vida. Lo que estas personas quieren es que, cuando llegue el momento, la atención médica se enfoque a ayudarles a vivir con calidad. Afortunadamente, se han dado algunos cambios legales para que esto sea posible. Algunos, sin embargo, quieren llegar más lejos y tener

asegurada una “salida de emergencia” si llegan a encontrarse en una situación en que adelantar su muerte sea lo mejor para ellas, para lo cual necesitarán contar con la ayuda adecuada para morir de manera segura y sin dolor.

En México el debate sobre la muerte médicamente asistida (MMA) se ha dado principalmente en el ámbito académico y legislativo, pero el tema también ha surgido en la opinión pública de manera intermitente, sobre todo cuando se han presentado iniciativas de ley para despenalizarla, y en tales ocasiones la Iglesia ha expresado claramente su condena (5). En las reformas de las constituciones estatales se estableció que la vida debe respetarse hasta la muerte natural. Más allá de que este concepto sea cada vez más difícil de establecer, pues los avances tecnológicos se aplican a lo largo de la vida, incluido el final, queda claro que esa precisión buscaba establecer una posición contraria a la MMA. Sin embargo, en México hay quienes están expresando su interés para que se profundice en el debate sobre el tema. Consideran que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido (SMA) no representan la primera sino la última solución al sufrimiento que enfrentan algunos pacientes al final de su vida, pero es necesario contar con ella. Desean que se permita la MMA para ampliar las opciones de las personas cuando se hayan agotado otras decisiones médicas actualmente permitidas. Hay que subrayar que, de permitirse la eutanasia y el SMA, serían para personas que se consideran dueñas de su vida, hasta el punto de decidir su final; y habrá otras que no lo verán así debido a sus creencias y valores y, por lo tanto, no querrían estas alternativas. Ambas posiciones son

igualmente respetables, por lo que debe haber leyes que respalden tanto la una como la otra.

A continuación, presentaremos el proceso que se ha dado en México en los últimos años hasta llegar a la normatividad que regula las decisiones médicas al final de la vida y después expondremos un panorama de los caminos que podrían seguirse para que se permita la muerte médicamente asistida.

### *1. Decisiones médicas al final de la vida, lo permitido y lo prohibido*

En los últimos años se han dado cambios legales en México con el fin de mejorar la atención de los pacientes en la etapa final de su vida. Se resumen principalmente en tres aspectos: 1) reconocer la decisión de un enfermo de no recibir tratamientos que prolonguen de manera innecesaria su vida, 2) dar confianza al médico de que, en ese caso, no tendrá consecuencias penales por no impedir la muerte de su paciente, y 3) establecer la obligatoriedad de brindar cuidados paliativos a los pacientes en situación terminal.

La discusión que llevó a estos cambios legales se inició en 2002, año a partir del cual aparecieron algunas iniciativas de ley para permitir la MMA, ninguna de las cuales prosperó. La más completa y fundamentada la presentó a las cámaras legislativas en 2005 el Partido de la Revolución Democrática (PRD), el partido de izquierda de más relevancia entonces. Esta iniciativa, de aplicación federal (en todo el país), buscaba regular los derechos de los



enfermos en situación terminal y proponía permitir la eutanasia y el SMA (6). Siguió otras propuestas que también buscaban regular la MMA, algunas para aplicarse solo en la Ciudad de México y otras de orden federal; todas fracasaron. Sin embargo, estas iniciativas sirvieron para llamar la atención de la opinión pública y de las autoridades sobre la importancia de atender las necesidades y el sufrimiento de las personas que padecen enfermedades crónicas en etapas avanzadas. El cáncer, la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica y los trastornos neurológicos degenerativos son las principales causas de mortalidad en México, y la mayoría de las muertes por dichas enfermedades suceden en hospitales, en muchos casos en condiciones de sufrimiento que podrían evitarse.

En 2007, el Partido Revolucionario Institucional (PRI), con una posición de centro, propuso una nueva iniciativa para permitir la eutanasia en la Ciudad de México cuando ya existía mayor conciencia del sombrío panorama que le espera a buena parte de la población cuando se encuentra en situación terminal. El Partido Acción Nacional (PAN), conservador, propuso, a manera de contrapropuesta, una iniciativa para permitir la suspensión de tratamientos que prolongaran la vida de un paciente, lo que entonces se denominaba todavía “eutanasia pasiva”. Los legisladores de los diferentes partidos, liberales y conservadores, llegaron a un acuerdo para dar un primer paso en la protección del derecho del enfermo a decidir sobre el final de su vida. Se aprobó una ley (2008) para permitir a los pacientes rechazar tratamientos que prolonguen su vida en condiciones

en que no desean (medidas de reanimación cardiaca, ventilación asistida y diálisis), y obligar a los médicos a respetar la decisión de los pacientes, con la confianza de que no serán acusados de homicidio. Los legisladores la llamaron Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal (Distrito Federal era el nombre que se daba a la Ciudad de México antes de convertirse en un estado más en enero de 2016), utilizando un término equivocado, ya que “voluntad anticipada” se refiere a la manifestación que una persona establece en el presente previendo que en el futuro pueda encontrarse en una situación en que le sea imposible expresar qué tratamientos desea recibir y cuáles no. La nueva ley llamó voluntad anticipada a la decisión que toma un enfermo que está consciente y es mentalmente competente y que, por lo tanto, puede expresarla por sí mismo (7). Después se reconocería este error y, en la actualidad, esta ley se refiere tanto al rechazo de tratamientos por parte de pacientes en etapa terminal como a la realización de un documento de voluntad anticipada, lo que ha creado confusión y ha obstaculizado el establecimiento adecuado de las particularidades de cada una de estas situaciones.

A la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal siguieron varias similares en diferentes estados del país, las cuales usaron el mismo nombre (Ley de Voluntad Anticipada de Aguascalientes, Ley de Voluntad Anticipada de Nayarit, hasta un total de 15, menos de la mitad de los estados) y replicaron la confusión creada por la primera. Si bien ha significado un avance en la protección de derechos de las personas en el final de su vida, al copiar

los errores de la ley original, no son claras en sus alcances ni especifican adecuadamente las dos situaciones que están considerando: el rechazo de tratamientos por parte de pacientes terminales y la elaboración de documentos de voluntad anticipada.

Hay varios elementos que vale la pena subrayar sobre estas leyes. El primero es que establecen que, al suspender tratamientos, se deben ofrecer cuidados paliativos a los pacientes, lo cual es un gran avance, siempre que vaya acompañado de otros cambios para garantizar que haya especialistas en el área de cuidados paliativos y para que todo el personal de salud (no especialista en cuidados paliativos) esté más sensibilizado a las necesidades de los pacientes y dispuesto a enviarlos oportunamente a dicha atención. Estos cambios han comenzado en nuestro país, pero resultan claramente insuficientes, como lo demuestra el estudio de *The Economist*, en cuya evaluación México ocupa, en materia de prestación de cuidados paliativos, la posición 43 de 80 (8). Ahora bien, para referirse a estos cuidados, en las leyes se introdujo el término “ortotanasia”, que literalmente significa “muerte correcta” y se refiere a la atención que se brinda en el final de la vida a un paciente para aliviar su sufrimiento sin adelantar ni postergar su muerte. No es difícil estar de acuerdo con lo que el término describe; el problema es que ha sido privilegiado por la bioética católica para oponerse a la eutanasia (9). “Ortotanasia sí, eutanasia no” se repite a manera de eslogan. En realidad, la ortotanasia corresponde a lo que se conoce como cuidados paliativos, y no se justifica haber introducido en la ley un concepto cargado de ideología católica en

un país laico. Finalmente, relacionado con este término, en estas leyes se prohíben las acciones que busquen intencionalmente acortar la vida, esto es, la eutanasia y el SMA, aunque no se mencionan estas expresiones.

Al año siguiente de la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada en el Distrito Federal, en 2009, se dio una reforma a la Ley General de Salud que se aplica en todo el país, también para respaldar el derecho de los enfermos terminales a rechazar tratamientos inútiles y establecer con carácter obligatorio que esta decisión sea acompañada de cuidados paliativos. Con esta reforma se introdujo un cambio de gran importancia en la concepción de la atención médica al final de la vida: hay que considerar el conjunto de necesidades del paciente, las cuales abarcan aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por otra parte, se hace explícita la prohibición de acciones encaminadas a ayudar a un enfermo a adelantar su muerte; es decir, la eutanasia y el SMA. Como se ha señalado, los avances legales en México permiten al enfermo decidir cómo morir, pero no cuándo (10).

Si bien la reforma a la Ley General de Salud fue aprobada en 2009, fue hasta 2013 y 2014 cuando se publicaron las normas regulatorias para su aplicación. Con ellas se determina, jurídicamente, que los establecimientos de salud en México, tanto públicos como privados, deben brindar cuidados paliativos, los cuales incluyen la posibilidad de que el médico, con el acuerdo del paciente o su representante legal, le aplique una sedación, incluso profunda y continua, hasta que llegue la muerte si no hay otros medios de aliviar su sufrimiento. Se entiende que

esta sedación no adelantaría la muerte, pero sí pondría fin a su relación con el ambiente, lo que significa que para el enfermo y sus familiares habría llegado el momento de despedirse, porque él encontrará la muerte en un estado de inconsciencia. Por otra parte, las normas regulatorias señalan la importancia de evitar que el paciente sea objeto de obstinación terapéutica, entendida como el uso de medidas terapéuticas o diagnósticas que no le representan un beneficio, también conocidas como “futilidad médica”. Para muchas familias, la obstinación terapéutica no solo significa aumentar injustificadamente el sufrimiento del paciente, sino acabar en una situación económica catastrófica al gastar los ahorros de toda una vida.

Vale la pena mencionar que los cambios legales revisados, además de prohibir la eutanasia y el SMA, limitan las posibilidades de elección de los pacientes en otro sentido, pues obligan a mantener los cuidados básicos, que incluyen alimentación, hidratación, higiene y permeabilidad de la vía aérea. Se entiende que estos cuidados son esenciales para los pacientes, salvo para los que no desean seguir viviendo y, por lo tanto, alimentarlos e hidratarlos va en contra de su voluntad, sea que estén en condiciones de expresarla o la hayan establecido en un documento de voluntad anticipada. En realidad, estamos ante una normativa que parece haber sido influida por la posición de la Iglesia católica, que establece como moralmente obligatorio suministrar, sea por medios naturales o artificiales, alimento y agua, incluso a un paciente en estado vegetativo persistente (11), deber que se contradice con otro, impuesto por la misma Iglesia, de respetar a la persona hasta

la muerte natural. ¡No hay nada de natural en una muerte evitada a costa de alimentar artificialmente a un paciente que ha perdido de manera permanente la conciencia!

### **Posibles caminos hacia la despenalización de la MMA en México**

La eutanasia, considerada homicidio, y el SMA, como auxilio al suicidio, están penalizados en México por el Código Penal Federal, que establece para la primera una pena de privación de la libertad de doce a veinticuatro años, la cual puede ser atenuada por el juez atendiendo a los motivos compasivos que determinaron la acción. Para el caso del SMA, es de dos a cinco años de prisión. Como bien señala Díaz-Aranda (12), los artículos del Código Penal que datan de 1931 no preveían casos de eutanasia o SMA, pues no eran tema de discusión entonces, toda vez que empezaron a cobrar importancia en el mundo a partir de las últimas décadas del siglo XX, con el avance de la tecnología y su aplicación a la atención médica. Este investigador del derecho propone modificar los artículos del Código Penal que prohíben la MMA y sustentar jurídicamente el derecho a la disponibilidad de la propia vida con base en las garantías establecidas en nuestra Constitución y el reconocimiento suscrito por México a la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Por otro lado, es interesante marcar que, en relación con la eutanasia, en la Ciudad de México existe un Código Penal más específico y acorde a los cambios en materia de avances médicos y atención de la salud. Este código

establece una pena de privación de la libertad hasta de cinco años a quien cometa un acto de homicidio. Aunque no se utilice el término, se entiende que el acto corresponde a la eutanasia, pues se describe que hay una petición expresa, libre y reiterada de la víctima, que padece una enfermedad incurable y se trata de una acción realizada por razones humanitarias.

El cuerpo normativo que prohíbe de manera expresa la eutanasia y el SMA (se habla de suicidio asistido, pero se entiende que se refiere a la ayuda prestada por un médico) es la Ley General de Salud y establece su prohibición de acuerdo con el Código Penal Federal. Esto significa que, en la medida en que dicha ley estableció avances para respaldar el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos, se aseguró de proscribir de manera explícita la MMA, lo cual, para muchos, debido a la imposición de una ideología conservadora, significó un avance acompañado de un retroceso en materia de libertades individuales al final de la vida. Ahora bien, que la MMA esté prohibida no quiere decir que en México no haya pacientes que mueran por eutanasia o SMA, pero sí que, al ser una práctica clandestina, no pueda vigilarse si se aplica adecuadamente. Por otra parte, al mantener la prohibición de estas opciones, se favorece la discriminación, pues solo pueden adelantar su muerte, si así lo desean, los pacientes que dependen de un tratamiento para vivir y que pueden rechazar o los que conocen personalmente a un médico que está dispuesto a ayudarlos a poner fin a su vida (13).

El sistema jurídico mexicano descansa en principios estrictos avalados por la Constitución Política de México

y los tratados internacionales que se han firmado a lo largo de los años. Esto significa que todas las leyes del país y las sentencias que se realicen en la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) deben estar fundamentadas en los principios y derechos ahí establecidos (14). El derecho a la vida consagrado en el tercer artículo de la Declaración Universal de Derechos Humanos ha sido adoptado por las instituciones gubernamentales mexicanas como bien superior, con la consiguiente obligación jurídica de tutelarlos mediante los mecanismos necesarios. Hasta ahora, una interpretación rígida de este derecho, propiciado por grupos conservadores, ha impedido la aprobación de las iniciativas de ley que han propuesto la despenalización de la MMA. Un medio más propicio para promover cambios legales en este sentido, acorde a lo sugerido por Díaz-Aranda, es superar la discusión sobre el derecho a la vida y basar la argumentación en la libertad y el derecho humano al libre desarrollo de la personalidad de los individuos. Esto supone reconocer, por un lado, la autonomía de un paciente para decidir y solicitar ayuda para terminar su vida y, por otro, la facultad de un médico de brindarla sin cometer un delito, siempre que esté de acuerdo en acceder a esa petición.

Otro camino por el que se podría llegar a la despenalización de la MMA en México sería a través de amparos presentados ante la SCJN de personas que solicitaran la autorización para recibir ayuda para morir, sea a través de la eutanasia o del SMA, invocando que la negativa sería violatoria de sus derechos humanos respaldados en la Constitución. Esta situación no se ha dado en el país en



relación con la MMA, pero hay ejemplos de amparos otorgados en otros temas sustentados de esa forma. Un caso es el amparo concedido recientemente (noviembre de 2015) a cuatro personas para consumir marihuana de manera recreativa. La sentencia de la SCJN estableció como inconstitucionales los artículos prohibitorios de la Ley General de Salud por oponerse al libre desarrollo de la personalidad, respaldado como derecho humano en la Constitución (15). Cabe aclarar que este amparo es exclusivo para las cuatro personas demandantes, hasta que se den otros amparos que permitan establecer jurisprudencia (resolución de la SCJN que sienta precedente para indicar cómo actuar ante un tema) y se establezca una regulación sobre el uso recreativo de la marihuana para evitar efectos negativos para la salud pública. Es interesante señalar que, en Colombia, un país con un sistema jurídico y derechos tutelares similares a los de México y con el que tenemos cierta afinidad cultural, la eutanasia se despenalizó en 1997 a través de una sentencia que emitió la Corte Suprema. Consideró que la prohibición del homicidio por piedad era contrario a los derechos humanos, porque atentaba contra la dignidad humana (primer artículo de la Constitución de Colombia), la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad de un enfermo terminal que solicitara ayuda médica para morir (16).

Actualmente, en México se discute una iniciativa de ley que presentó en abril de 2015 el partido de izquierda PRD al Congreso de la Unión. Se propone despenalizar y regular la eutanasia (no se refiere al SMA) (17) con fundamento en el derecho constitucional a decidir libremente

sobre la vida, sustentado en el derecho humano al libre desarrollo de la personalidad, el cual incluye que un individuo pueda elegir el momento de su muerte de acuerdo con su voluntad y proyecto de vida. Esta iniciativa busca reformar los artículos de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal que prohíben la eutanasia, y otros artículos para establecer los criterios que debe seguir el médico que esté de acuerdo en aplicar la eutanasia para actuar conforme a la ley. Aún no sabemos cuál será el futuro de esta iniciativa que actualmente se discute. Podría seguir el destino de otras anteriores que no prosperaron, pero pone de manifiesto que el interés en el tema está vigente para una parte de la población mexicana que desea contar con todas las opciones para elegir lo que más le convenga en el final de su vida.

Como se ha visto, de acuerdo con lo que permite el marco legal mexicano, se puede hacer mucho para evitar el sufrimiento innecesario de los pacientes en el final de su vida. Está permitido rechazar tratamientos que prolonguen innecesariamente la vida, es obligatorio brindar cuidados paliativos y estos incluyen la sedación profunda y continua hasta la muerte. Existe, sin embargo, ambigüedad sobre los tratamientos que se pueden retirar, pues no hay acuerdo acerca de si la alimentación e hidratación artificial, sea parenteral o por sonda, deben considerarse tratamientos o cuidados básicos, y si se prohíben la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Para una parte significativa de la población es importante ampliar la libertad para elegir cómo y cuándo morir. Uno de los mayores obstáculos no proviene del funcionamiento del sistema

jurídico mexicano, sino de los grupos de la sociedad que tienen poder político y económico y buscan imponer sus creencias religiosas en las discusiones que determinan las políticas públicas que se aplican a todos los mexicanos en una sociedad laica y plural.

En la siguiente sección presentamos un panorama de las actitudes y opiniones de los mexicanos ante la MMA en los últimos diez años, con base en encuestas y estudios que han explorado el tema en México, así como en artículos publicados en los medios. Incluimos un estudio cualitativo realizado en 2015 que consideramos de especial interés porque aporta un análisis más profundo sobre la visión de un grupo de médicos mexicanos sobre el tema.

## *2. Actitudes y opiniones de los mexicanos ante la MMA*

En 2006, los resultados de una encuesta realizada por Parametría revelaron que 39% de los encuestados estaba de acuerdo en que se terminara con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas determinara que la enfermedad no tuviera cura, 46% estaba en desacuerdo y el 15% restante estaba indeciso al respecto. Si bien consideramos que la forma de preguntar a los encuestados si estaban de acuerdo con la eutanasia no fue la más adecuada, se encontró que los que estuvieron de acuerdo eran en su mayoría jóvenes de 18 a 25 años de edad, con mayor nivel educativo y poco interesados en la religión. Por el contrario, quienes estuvieron en desacuerdo eran principalmente adultos mayores, con un nivel educativo

bajo y la religión como factor muy importante en su vida (18). En otra encuesta, hecha dos años más tarde por Parametría y El Colegio de México, se encontró que al preguntar si se debía permitir a los médicos terminar con la vida de un paciente que así lo quisiera (planteando la pregunta de manera más adecuada), 60% estuvieron de acuerdo, la mayoría de los cuales eran jóvenes, vivían en la Ciudad de México y no consideraban importante la religión (19).

Esta tendencia a la aceptación de la eutanasia ya había sido detectada por Consulta Mitofsky cuando, en 2005, realizó una encuesta nacional a 3500 personas, en la que encontró que 64% estuvo de acuerdo con la regulación de la eutanasia; los grupos más favorables fueron los que tenían entre 18 y 49 años, los universitarios y los de nivel socioeconómico medio y alto (20). En 2007, en otra encuesta nacional a 1000 personas, resultó que el acuerdo con la regulación de la eutanasia se mantenía con 63%, ahora con un aumento en el número de personas mayores de 50 años a favor de la regulación (de 49% en 2005 a 53%) (21).

Ahora presentaremos datos sobre un grupo más específico, el de los médicos. Consideramos de especial importancia conocer sus actitudes y opiniones respecto a la MMA, no solo por el papel que desempeñan al decidir sobre ella y aplicarla, sino por el peso que tiene su opinión en el debate sobre la conveniencia de legalizarla. En los últimos años se han realizado estudios que aportan información al respecto. En 2008, Lisker y colaboradores publicaron los resultados de la aplicación de un cuestionario a 2097 médicos mexicanos de diferentes hospitales del país

para conocer su opinión sobre eutanasia, rechazo al tratamiento y suspensión de tratamiento de soporte vital (retirar o no dar tratamiento, lo que también se conoce como “limitación del esfuerzo terapéutico”, LET). El 40% estuvo de acuerdo en aplicar la eutanasia a un paciente con una enfermedad terminal si este la solicitaba debido a su sufrimiento, 44% estuvo en desacuerdo, y el resto, indeciso. Por otra parte, 48% de los médicos estuvo de acuerdo en retirar el tratamiento de un paciente en estado vegetativo persistente si así lo solicitaban sus familiares, 35% respondió que no y 17% estuvo indeciso. Las razones para estar de acuerdo en los dos escenarios fueron el respeto a la autonomía del paciente o de los familiares y evitar el sufrimiento. Por su parte, las razones de quienes estuvieron en contra fueron principalmente consideraciones éticas y religiosas (respeto a la vida o defender la santidad de la vida) (22).

Unos años después, en 2011, se hizo un estudio que exploró el significado psicológico y las actitudes respecto a la eutanasia en 546 participantes médicos y estudiantes de medicina que fueron divididos en tres grupos: 1) estudiantes de ciclos básicos, 2) estudiantes de ciclos clínicos, y 3) médicos adscritos de las especialidades de anestesiología, cirugía general, geriatría, ginecología, psiquiatría, urología y neurología, en diferentes sedes hospitalarias públicas. El estudio utilizó la técnica de redes semánticas, preguntando a los participantes términos asociados a la palabra “eutanasia”, los cuales fueron analizados. En los estudiantes de ciclos clínicos y médicos adscritos, el significado psicológico y las actitudes fueron positivos,

mientras que en los estudiantes de ciclos básicos el significado psicológico fue tanto positivo como negativo, con actitudes más ambivalentes. Esta ambivalencia respecto a la eutanasia es entendible, pues se trata de una acción que implica ayudar a alguien por medio de una acción que pone fin a su vida; es decir, las dos acciones parecen estar en conflicto, por lo que la ambivalencia también podría estar presente en otros médicos y estudiantes de medicina cuya opinión se explora mediante cuestionarios que no son instrumentos apropiados para identificarla (23).

En 2013 se publicaron los resultados de un estudio verificado en un hospital público de la Ciudad de México sobre opiniones de estudiantes de medicina que ya tenían práctica clínica (99) y de residentes de medicina interna (140) en torno a 1) MMA (tanto eutanasia como SMA), 2) LET y 3) MMA para uno mismo. El 50% estuvo de acuerdo con la MMA y 58% con la LET, lo cual indica una mayor aceptación en el ámbito médico hacia estas acciones, misma que podría deberse a la edad de los participantes, sea por ser más jóvenes o tener menos años de práctica. Un dato importante es que de los 99 estudiantes, 46 pertenecían a escuelas religiosas, lo que se reflejó en sus opiniones, pues los que provenían de escuelas laicas mostraron un mayor acuerdo con la MMA que los estudiantes de escuelas confesionales (68 *vs.* 33%), con la LET (79 *vs.* 39%) y con la MMA para uno mismo (57 *vs.* 48%). Esta diferencia se explica porque en las escuelas religiosas se transmiten los valores de la Iglesia católica para aplicar en la práctica médica, lo cual incluye ir en contra de la MMA. Sin embargo, los mismos estudiantes de escuelas religiosas

hicieron excepciones de lo aprendido, pues estuvieron más de acuerdo con la MMA para uno mismo que si fuera aplicada a un paciente (24).

Al año siguiente, Loria y colaboradores realizaron una investigación en dos hospitales públicos de la Ciudad de México para explorar las opiniones de médicos residentes de medicina interna (151) y de oncología (61) sobre la MMA y la LET, pero esta vez, en lugar de pedir su opinión sobre la actuación de terceros, se les preguntó si ellos realizarían la acción. Se encontró que los residentes principiantes tuvieron significativamente mayor proporción de respuestas favorables hacia la MMA (82 *vs.* 55%) que los avanzados, lo cual confirma una mayor aceptación para esta acción entre los médicos más jóvenes. Ahora bien, el alto porcentaje de aceptación resultó al plantear la situación hipotética de que la MMA estuviera legalizada, lo cual refleja el interés de los participantes de que exista un marco jurídico que la regule. Así, de inicio, solo 16% de los residentes principiantes ayudaría a morir a un paciente terminal con sufrimiento intolerable y mentalmente competente que pidiera ayuda, porcentaje que aumentó a 66% en caso de que la ayuda estuviera legalizada. Entre los residentes avanzados, inicialmente solo 13% dijo que ayudaría a morir a un paciente en las mismas condiciones, aumentando a 42% en caso de que la MMA estuviera legalizada. Por otra parte, como se ha visto en otros estudios, los participantes estuvieron más dispuestos a ayudar a morir mediante LET que dando o aplicando los medios para morir (82 *vs.* 18% y 88 *vs.* 12% entre residentes principiantes y residentes avanzados, respectivamente). Finalmente, 76%

de los residentes principiantes y 56% de los avanzados respondieron que estarían de acuerdo con la MMA para sí mismos (25).

En noviembre de 2015 se dieron a conocer los resultados de una investigación que dirigió la asociación Por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD), México, la única de este tipo en el país, y que se dio a conocer a finales de 2015. El estudio exploró la opinión de médicos mexicanos sobre diferentes aspectos de la atención médica al final de la vida. Se utilizó una metodología cualitativa que incluyó, por un lado, entrevistas a profundidad a médicos de diferentes especialidades (terapia intensiva, oncología, neurocirugía, medicina paliativa, cirugía general, geriatría, cirugía vascular y anestesiología) y, por otro, grupos de enfoque con médicos que se encontraban estudiando algunas de esas especialidades. Los médicos laboraban en hospitales públicos o privados de la Ciudad de México y de la ciudad de Puebla. Además de su opinión sobre la MMA y la LET, el estudio arrojó información importante para entender el contexto en que trabajan muchos médicos, los recursos con que cuentan y las condiciones en que se encuentra buen número de pacientes. Para empezar, los médicos consideraron que hay diferencias importantes en el manejo de los enfermos en etapa terminal en las instituciones públicas y privadas, debido a que en las primeras hay saturación de pacientes y los médicos enfocan su atención a los hospitalizados que pueden curarse, y se ocupan menos de aliviar el sufrimiento de los enfermos que se encuentran en etapa terminal. Además, en la mayoría de los hospitales públicos no existe la infraestructura



necesaria para ofrecer cuidados paliativos; ni siquiera se cuenta con opioides para el manejo del dolor, por lo que los doctores se sienten impotentes al ver a los pacientes terminales fallecer con mucho dolor y la manera en que resuelven esta situación es dándolos de alta del hospital, lamentablemente sin darles apoyo, como sería su obligación. Los médicos que laboran en hospitales privados tienen mayor disponibilidad de tiempo, lo cual les permite una adecuada comunicación con sus pacientes, aunque no en todos los hospitales hay servicios de cuidados paliativos. Por otra parte, los médicos entrevistados comentaron que a veces se realizan esfuerzos terapéuticos innecesarios con el único fin de cobrar los tratamientos.

La sedación paliativa, también llamada terminal, es una intervención que algunos médicos aplican a pacientes con corta expectativa de vida y que padecen síntomas refractarios al tratamiento, aun cuando algunos doctores consideran que de esa forma adelantan su muerte. Otra decisión que aplican para evitar el sufrimiento es la LET, con la cual respetan su autonomía, independientemente de lo que pida la familia, como en el caso de un paciente que no quiere reanimación porque solo serviría para prolongar su sufrimiento. En una situación en que el paciente esté inconsciente o mentalmente incompetente, como sucede a alguien con demencia avanzada, la LET se haría con el consentimiento de los familiares. Sin embargo, no todos los médicos están de acuerdo con esta decisión, argumentando que no querrían verse involucrados en problemas legales que podrían llevarlos a prisión o que los desprestigiaran, lo cual habla del desconocimiento que sigue

prevaleciendo sobre la situación legal de las diferentes decisiones al final de la vida.

Al opinar sobre la MMA, los médicos presentaron posturas opuestas. Quienes estuvieron a favor, consideraron que los pacientes terminales tienen derecho a decidir cuándo terminar su vida si padecen un sufrimiento intolerable, una opción que querrían para sí mismos o para algún ser querido. Algunos opinaron que la MMA no debe limitarse a enfermos terminales, sino incluir a los que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia. Los médicos opuestos a la MMA consideraron que va en contra de la religión católica que profesan y piensan que ninguna persona es dueña de su vida, por lo que nadie tiene derecho a acortar la de otro; además, es una acción que corresponde al delito de homicidio.

Finalmente, los médicos que apoyan la MMA dieron su opinión sobre la conveniencia o no de legalizarla, la cual se puede resumir en tres posturas. Un grupo está claramente a favor y señala la importancia de contar con una ley que defina los criterios para aplicarla y los mecanismos de supervisión, en lugar de que se siga realizando de manera clandestina. Otro grupo está en contra de la legalización argumentando que sería peligroso permitirla debido a la corrupción que existe en el país, pues se prestaría a aplicarla de manera abusiva, por lo que consideran preferible que se siga realizando de manera clandestina. El tercer grupo está a favor de que se legalice, pero considera que el país aún no está preparado para entender y aceptar la MMA; es necesario preparar primero a los médicos y a la población a través de la educación y divulgación sobre el tema (26).

Puesto que la Iglesia católica desempeña un papel importante en la conformación de opiniones de los mexicanos católicos, incluidos los médicos, resultan interesantes los datos de una encuesta nacional realizada en 2014, en la que se entrevistó a 2 669 católicos a lo largo del país para conocer sus creencias y valores en relación con temas como los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo además una pregunta sobre la MMA. El 65% de los encuestados manifestó estar de acuerdo con que un médico ayude a morir a una persona que se lo solicita por padecer una enfermedad incurable y 35% estuvo en desacuerdo. Los datos mostraron que hay mayor tendencia a estar de acuerdo en el ámbito urbano que en el rural, y que en la Ciudad de México 79% de los participantes manifestó aceptación (27). Según los resultados de esta encuesta, cada vez más católicos mexicanos se alejan de las enseñanzas morales de su Iglesia en lo que se refiere a la anticoncepción y el aborto. Así, por ejemplo, 8 de cada 10 entrevistados apoya que los adolescentes tengan acceso a métodos anticonceptivos modernos y que conozcan en qué situaciones el aborto es legal en México. También 80% de los participantes está a favor de que una mujer pueda interrumpir su embarazo cuando su vida está en peligro, y 71% cuando el embarazo es resultado de una violación (28). No es de extrañar que en el tema del final de la vida también haya muchos católicos que no estén de acuerdo con las limitaciones para elegir lo que impone la jerarquía de su Iglesia.

En términos generales, con base en las encuestas y estudios presentados, se aprecia que entre la población en

general y entre los médicos y futuros médicos ha ido aumentando la aceptación de la MMA. Actualmente se hace una encuesta nacional, promovida por la asociación Por el Derecho a Morir con Dignidad, México, cuyos resultados darán información muy importante y se esperan para finales de 2016.<sup>2</sup>

Después de haber presentado la situación legal de la MMA en México y los resultados de encuestas y estudios sobre las opiniones de la población sobre ella, en la siguiente y última sección de este capítulo hablaremos del debate necesario en México para avanzar hacia la despenalización de MMA, analizando los retos que habrá que superar para que esta opción de terminación de la vida sea permitida, así como los elementos favorables para lograrlo.

### *3. El necesario debate*

Como sucede en muchos otros países en que la MMA está prohibida, en México hay una parte importante de la población que quiere que las personas que sufren sin posibilidad de alivio por una enfermedad o condición médica puedan, si así lo desean, contar con la ayuda de un médico para adelantar su muerte. La razón para algunas es que ya se encuentran en esa situación de sufrimiento; la de otras que están sanas (o creen estarlo), es que saben que en un futuro pueden llegar a padecer enfermedades crónicas, o las complicaciones de la vejez en circunstancias en las que

<sup>2</sup> Estos resultados han sido publicados y se comentan en el capítulo 3 de este libro.

podrían preferir morir a seguir viviendo. Para ellas, defender que la MMA sea una opción legalmente permitida no significa necesariamente que vayan a utilizarla. De hecho, será una minoría la que opte por ella si recibe atención paliativa adecuada, pero saber que al final de la vida se puede elegir cómo y cuándo morir da tranquilidad para seguir viviendo, lo mismo para un enfermo que sabe que tiene poco tiempo de vida que para quien espera que le queden muchos años.

En México, como en la mayoría de los países, solo se está reconociendo la voluntad de las personas que no quieren la opción de la MMA, por lo que es necesario discutir las razones que impiden, por el momento, respaldar la voluntad de los que sí la desean. Se justificaría mantener la prohibición y desestimar la voluntad de una parte de la población, si hubiera argumentos de peso para hacerlo. Por eso es necesario establecer y mantener un debate para revisar los razonamientos por los que se prohíbe la MMA, como se ha hecho en otros países en que recientemente se ha buscado despenalizar alguna o ambas formas de MMA. Así, en Canadá se descartaron las razones para seguir prohibiendo que un médico ayude a un paciente a morir (29), pero en el Reino Unido no (30).

En el debate que se necesita en México hay que favorecer una amplia participación de la sociedad y asegurarse de que hay un acuerdo sobre lo que significan las acciones que se van a analizar. Proponemos que *eutanasia* se entienda como la acción que realiza un médico para causar la muerte de un paciente que ha solicitado esta ayuda para poner fin a su sufrimiento. Debe abandonarse

la clasificación de la eutanasia en activa y pasiva, pues lo que antes se llamaba “pasiva” ahora corresponde o bien a la LET o bien al rechazo al tratamiento (de soporte vital), y lo mismo sucede con otras clasificaciones: directa e indirecta, y voluntaria, no voluntaria e involuntaria, las cuales crean confusión. La eutanasia es activa, directa y voluntaria. Por su parte, proponemos que el SMA se entienda como la ayuda que da un médico a un paciente, en respuesta a su solicitud, al proporcionarle los medios para que sea el paciente quien realiza la acción que causa su muerte. En México se ha hablado mucho más de eutanasia que del SMA, quizá por eso no se ha expresado el rechazo por el uso del término “suicidio”, como se ha expresado en Estados Unidos, donde los que apoyan esta opción de terminación de vida insisten en que se utilice el término “ayudar a morir” (*aid in dying*), en lugar de SMA. No les falta razón al querer evitar el uso de un concepto tan estigmatizado como el suicidio, el cual suele vincularse a una muerte violenta, irracional, que causa mucho dolor en los sobrevivientes y evitable; asociación que podría darse, de manera consciente o inconsciente, también entre los mexicanos al escuchar el término “suicidio médicamente asistido”.

Ahora bien, es importante tener claro lo que debe discutirse. Nos hacemos eco de las palabras de Wayne Sumner (31), quien considera inútil discutir si la eutanasia y el SMA son acciones éticas, pues al respecto las posiciones se dividen y ambas son respetables, por lo que no deberíamos ocuparnos en tratar de cambiar lo que una persona considera de acuerdo a sus valores y creencias, sino analizar si son válidos los argumentos que ahora impiden que

la MMA sea una opción para los que están a favor de ella. Estos razonamientos se pueden resumir en: 1) que los cuidados paliativos hacen innecesaria la MMA, 2) que el médico no puede participar en una acción que causa la muerte y, 3) admitiendo que la MMA puede estar justificada en ciertas ocasiones, si se permite existe el riesgo inevitable de cometer abusos y dañar a personas vulnerables.

Ya hemos revisado estos argumentos en una publicación y contraargumentamos cada uno de ellos y ahora los resumimos (32):

- 1) Es un error considerar excluyentes los cuidados paliativos y la MMA porque, en realidad, son complementarios. La MMA se contempla una vez que se han agotado las posibilidades de aliviar el sufrimiento, lo cual implica aceptar que estos cuidados tienen límites. Además, en ocasiones la ayuda que ofrecen resulta inaceptable para el paciente, pues implica vivir prácticamente sedado o saber que encontrará la muerte estando inconsciente. Lo que no creemos, como se ha propuesto, es que permitir la MMA tendrá como consecuencia desalentar el desarrollo de los cuidados paliativos, porque sería más fácil ayudar a morir a alguien que cuidar su calidad de vida. La experiencia de los países en que la MMA se permite demuestra lo contrario, pues en estos lugares ha mejorado la atención a los pacientes en el final de su vida.
- 2) En cuanto a la participación de los médicos en una acción que causa la muerte, ellos mismos están divididos en cuanto a sus posiciones. Es entendible que siendo

profesionales que se formaron para curar, les resulte muy difícil ayudar a morir a un paciente, por lo que algunos se oponen categóricamente a participar en la MMA. De hecho, esta objeción está reconocida en las leyes de los lugares en que actualmente se permite la eutanasia o el SMA, pues ningún médico está obligado a responder al pedido de un paciente de ser ayudado a morir. Pero hay médicos que, aun cuando reconocen que les resulta difícil participar en una MMA, están dispuestos a hacerlo porque no quieren abandonar a un paciente al que ya no pueden ayudar de otra manera. Por otra parte, decir que de esta forma se pierde la confianza en la profesión médica es cuestionable, pues lo que muchas personas quieren es confiar en que su médico podrá ayudarlos a morir si llegan a necesitarlo.

- 3) Finalmente, en relación con el abuso y daño a personas vulnerables, sin duda es indeseable que, al permitir la MMA, esta ayuda se aplique a personas que la pedirían por sentirse presionadas a hacerlo o porque creen, equivocadamente, que quieren morir. Nadie debería sentirse presionado, ni por la familia ni por la sociedad, para adelantar su muerte por sentir que es una carga. Debe evitarse que esto suceda y habría que tener cuidado extremo en casos en que pudiera sospecharse esta situación. Sin embargo, también hay que evitar subestimar la capacidad de las personas para decidir de manera racional que prefieren morir a seguir viviendo con el sufrimiento que padecen, sea por una grave discapacidad o por una enfermedad. En todo caso, parece injusto y desproporcionado que por



proteger a unos que podrían equivocarse al pedir la MMA, se impida ayudar a morir a otras personas que no tienen la menor duda de querer acabar con su vida.

De los argumentos en contra de la MMA revisados, hay que tomar en cuenta los riesgos que señalan para evitarlos en lo posible. Y esto nos lleva al siguiente tema que hay que discutir en México, quizás el más difícil: determinar los criterios para la aplicación de la MMA y los mecanismos para su supervisión. Para empezar, habrá que definir quiénes podrían recibir ayuda para morir si así lo deciden. Hasta ahora, las iniciativas que han buscado despenalizar la MMA en el país contemplan pacientes en situación terminal, pero habría que analizar si no debe extenderse esta ayuda a otro tipo de pacientes, como los que sufren por enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica o esclerosis múltiple, por mencionar algunos padecimientos con los que algunas personas se sienten atrapadas viviendo en condiciones que consideran indignas (si bien otras, en la misma situación, quieren seguir viviendo). Por otra parte, ¿podría ayudarse a menores a quienes se les reconozca la capacidad de decidir?, ¿podrían incluirse pacientes con enfermedad de Alzheimer en etapa inicial, cuando conservan su capacidad mental para decidir que no quieren vivir para avanzar hacia la desintegración de su persona?

Otro punto que se debe examinar es cómo se daría la ayuda para morir. La mayoría de las iniciativas que se han discutido en México se refieren a la eutanasia, pero habría que considerar si se incluye el SMA, si solo una de estas modalidades o cualquiera de ellas, según lo prefiera el

paciente. Por último, hay que resolver cómo se supervisará la MMA, cómo se va a asegurar, lo más posible, que no se comentan abusos al permitirla.

Además de la iniciativa de ley para permitir la eutanasia que se discute en el Congreso de la Unión, hay un grupo de académicos del Programa Universitario de Bioética de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y del Colegio de Bioética, A.C., que está trabajando en la definición de los criterios para la aplicación de la MMA y los mecanismos para su supervisión. Asimismo, analizan el procedimiento jurídico más propicio para que los mexicanos reciban la ayuda de un médico para morir, suponiendo que la iniciativa actual no prospere.

### **Los retos por superar y las condiciones favorables**

Quizás uno de los mayores desafíos en México al considerar la despenalización de la MMA es transmitir confianza de su adecuada aplicación a una sociedad que tiene razones para no fiarse plenamente ni de las instituciones ni de los médicos. Pacientes, familiares y el propio personal de salud denuncian actuaciones inadecuadas en la atención médica, realización de procedimientos innecesarios y, sobre todo, una comunicación deficiente de los médicos hacia pacientes y familiares, quienes muchas veces se sienten ignorados, devaluados e incluso engañados, una de las principales causas de su desconfianza.

Sin duda, es un problema que afecta a la práctica de la medicina en nuestro país y que, para empezar a resolverlo,

primero debe reconocerse, independientemente de que se apruebe o no la despenalización de la MMA. Que el tema surja en el debate es una gran oportunidad para llamar la atención sobre la necesidad de hacer cambios que mejoren la práctica médica y la confianza en ella, lo cual no solo se reflejará en una correcta aplicación de la MMA, sino en una mejor atención médica a lo largo y al final de la vida.

Frente a la opinión de quienes consideran que no debe permitirse la MMA porque se prestaría a emplearla de manera abusiva por la corrupción que priva en el país, creemos que es preferible permitirla con una regulación muy clara sobre los criterios para aplicarla, en lugar de que siga realizándose de manera clandestina. Esto obligaría a la transparencia y permitiría tener elementos para asegurarnos de que se recurre a ella cuando realmente se cumplan las condiciones en que se justifica, entre ellas, que el médico confirme que la solicitud del paciente es voluntaria (no producto de la depresión, desesperación o presiones ajenas), que padece un sufrimiento intolerable que no se puede aliviar y que el paciente tiene toda la información que requiere para decidir. El problema de la desconfianza hacia las instituciones de salud y a los médicos va de la mano de una mejor formación entre estos profesionales para enfrentar las situaciones de su práctica en que deben mantener una buena comunicación con sus pacientes y tomar decisiones relacionadas con el final de la vida. El ahora secretario de Salud ha expresado su preocupación por el mal uso de los desarrollos científicos y tecnológicos en la práctica médica y la necesidad de establecer límites claros para evitar acciones que prolonguen la vida de

manera innecesaria a costa del sufrimiento del paciente, de sus familiares y de un costo excesivo, inútil y absurdo, para las personas y para las instituciones (33).

El avance hacia la despenalización de la MMA debe ir acompañado de otros cambios en la atención médica. Los pacientes y familiares merecen recibir una adecuada atención que les brinde calidad en la etapa final de la vida y les permita tomar decisiones acordes con sus valores. Para ello se requieren médicos que, a lo largo de su formación, aprendan a enfrentar la muerte en su práctica, una asignatura pendiente en nuestro país. Los resultados de una investigación en que se encuestó a médicos mexicanos que atendían pacientes terminales, mostraron que solo una minoría (28%) había recibido algún entrenamiento para tratar a este tipo de pacientes. La mayoría había aprendido a manejar estas situaciones a través de sus experiencias personales y años de práctica (34). Es posible suponer que esa es la forma en que muchos médicos adquieren este conocimiento, pero en la práctica, los resultados de tal formación están lejos de ser lo deseable. Muchos pacientes mueren sin la atención que merecen y sin la opción de elegir sobre el final de su vida porque sus médicos desconocen las decisiones médicas permitidas en el país, o porque no han sabido establecer con sus pacientes una adecuada comunicación para que estén bien informados de su situación y puedan tomar, conjuntamente, las mejores decisiones.

Además de lograr la confianza de la sociedad y de mejorar la formación de los médicos para que respondan a lo que sus pacientes requieren, urge garantizar una cultura

laica que permita cambios legales para ampliar las facultades de elección de los mexicanos en la etapa final de su vida. La reciente visita del papa confirma que hay razones para preocuparse por la injerencia de la Iglesia católica en las políticas públicas de México. No tanto por la actuación del pontífice, que dijo lo que se esperaba de un líder religioso, sino por las manifestaciones de los gobernantes, quienes supuestamente están obligados a respetar la laicidad del país y, sin embargo, fueron los primeros en ignorarla al hacer declaraciones públicas, como si todos los mexicanos fueran católicos, y desentendiéndose de que al menos veinte millones no lo son (35). El gasto enorme de recursos públicos para preparar la visita del papa, el cierre excesivo de vías de circulación y la interrupción prolongada de medios de transporte público fueron manifestaciones de un trato privilegiado hacia la Iglesia católica, cuando debería esperarse imparcialidad y respeto por igual a todos los credos.

En diferentes espacios académicos se ha venido expresando la preocupación por garantizar el estado laico. Recientemente se celebró, en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, la Semana Internacional de la Cultura Laica para tratar temas como “Laicidad, reproducción y diversidad”, “Laicidad, ciencia y derechos sexuales y reproductivos”, “Laicidad, inicio y final de la vida”, para culminar con una reflexión sobre la repercusión de la visita del papa Francisco en la agenda laica de México. Los académicos están convencidos de que es necesario exigir a los gobernantes su deber de respetar el Estado laico y de difundir entre la sociedad el concepto de laicidad de

manera que se entienda su verdadero sentido: es una condición para permitir la convivencia entre personas con diferentes creencias y no una estrategia antirreligiosa, como muchos representantes de la Iglesia católica quieren presentarla.

En la medida que avance el debate sobre la MMA, esos mismos representantes se valdrán de su poder e influencia para hacerse escuchar en los medios e imponer su posición de condena argumentando que la MMA sirve para deshacerse de personas vulnerables como los enfermos y las personas ancianas (36). Habrá católicos que los seguirán y otros que no, que se guiarán por su conciencia, como muchas mujeres que utilizan anticonceptivos aunque el Vaticano los prohíba. Podrán apoyarse en la posición de teólogos católicos como Hans Küng, que defiende la opción de la MMA y que ha dicho que él mismo recurriría a ella si fuera necesario, para morir con la dignidad que ha vivido (37).

En todo caso, a los católicos les toca decidir si siguen o no lo que el Vaticano determina. A diferencia de otras Iglesias —que tampoco aprueban la MMA, pero se dirigen exclusivamente a sus fieles—, la católica pretende que su doctrina se aplique a todos los ciudadanos a través de las leyes, quizá porque sabe que sus fieles ya no están dispuestos a seguirla en algunos asuntos. Así como a la población católica le toca decidir si sigue o no lo que el Vaticano decreta, a los mexicanos interesados en defender el derecho de las personas a tomar decisiones libres sobre su vida nos toca impedir que la Iglesia católica tenga el respaldo de nuestros gobernantes para obstaculizar ese derecho.

En cuanto a los médicos, hemos visto que existen posiciones a favor y en contra de la MMA. El Colegio de Medicina Interna de México, la asociación más relevante en el área, expresó su posición sobre la atención del enfermo terminal y la eutanasia cuando se discutieron las iniciativas de ley en 2007. Entonces expresaron su desacuerdo con la eutanasia por el riesgo de abuso y la pérdida de confianza en los médicos, que serían vistos como verdugos por la sociedad. No han actualizado su postura, pero podría esperarse un nuevo pronunciamiento si la discusión se reactivara en los medios con la discusión de la última iniciativa (38).

Como es de esperar en un país plural, expresiones como esta, que desaprueba la eutanasia por parte de médicos, coexisten con otras que la apoyan. Así, por ejemplo, María de la Luz Casas ha comentado que el peligro actual en relación con el aborto y la eutanasia —que han existido siempre— es que sean aceptadas y avaladas por el derecho, convirtiendo un asesinato en un acto legal; lo peor es que haya médicos que apoyen estas acciones. De acuerdo con Casas, esto es consecuencia del pluralismo ideológico, del relativismo moral y de la promoción desmedida de la autonomía. Haciéndose eco de los miedos ya mencionados, considera que permitir la eutanasia acabaría con la confianza en el médico, pues los pacientes no distinguirían si sus acciones están enfocadas a conservar su vida o a promover su muerte (39). Por su parte, Arnoldo Kraus, también médico, ha publicado diferentes artículos de opinión invitando a la población a reflexionar y discutir sobre la eutanasia, ya que está convencido de

que las modificaciones contemporáneas en cuestiones tan controvertidas deben provenir de la sociedad, poco de los médicos y nada, o casi nada, de los poderes religiosos o gubernamentales (40). Según Kraus: “Definir los límites de la vida y de la medicina cuando existir carece de sentido es tarea compleja. Entre una vida sin vida y una medicina que en ocasiones no sabe cuándo detenerse, queda el ser humano, dueño de sus bienes más preciados, su vida, su muerte” (41).

Como dice Kraus, no tiene por qué esperarse que la promoción de los cambios legales para permitir la MMA provenga de los médicos. Después de todo, si llegan a encontrarse en una situación en la que personalmente quieran la eutanasia o el SMA, no necesitan que sean legales porque ellos tienen los medios y el conocimiento para terminar con su vida. En cambio, sí les tocaría ayudar a morir a sus pacientes, lo cual, sabemos, no es tarea fácil, incluso para aquellos médicos que están a favor de proporcionar esta ayuda.

#### *4. Conclusiones*

El impulso para promover el debate sobre la despenalización de la MMA en México proviene de la sociedad. Hoy tenemos una iniciativa de ley sobre eutanasia, un grupo de académicos trabajando en un proyecto que sustente la despenalización de la MMA, otro grupo organizado para defender el Estado laico y una nueva asociación por el derecho a morir con dignidad, cuyo objetivo principal es promover los cambios legales y sociales para que los



mexicanos puedan optar legalmente por una muerte digna, en la que incluyen la posibilidad de elegir la MMA (42). Recientemente, esta asociación organizó una reunión para exhibir la película *Chronic [El último paciente]*, realizada en inglés por el director y guionista mexicano Michael Franco, una expresión más del interés en el tema general de la muerte digna y, en el particular, de la eutanasia.

¿Qué tan cerca estamos los mexicanos de que la despenalización de MMA sea una realidad? No lo sabemos, pero sin duda estamos más cerca de tener el debate que se necesita para avanzar hacia aquel objetivo, y hay una confluencia de fuerzas que nos permite ser optimistas de que en un futuro no muy lejano las personas que quieran dejar de vivir para terminar con un sufrimiento intolerable o una vida indigna puedan hacerlo en las mejores condiciones, sin poner en riesgo a quienes las ayuden.

## Bibliografía

1. Juan Pablo II. 1995. "Carta encíclica *Evangelium Vitae*." Santa Sede. 25 de marzo. [http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf\\_jpii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jpii_enc_25031995_evangelium-vitae.html)
2. Span, P. 2012. "How the 'Death With Dignity' Initiative Failed in Massachusetts." *New York Times*. 8 de diciembre. [http://newoldage.blogs.nytimes.com/2012/12/06/how-the-death-with-dignity-law-died-in-massachusetts/?\\_r=0](http://newoldage.blogs.nytimes.com/2012/12/06/how-the-death-with-dignity-law-died-in-massachusetts/?_r=0)
3. Álvarez del Río, A. 2010. "Creencias y derechos: ¿podemos lograr la necesaria tolerancia?" *Perspectivas bioéticas* 15: 94-103.

<http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/30/29>

4. Tapia, R. 2011. "La religión y las leyes sobre salud." *Crónica*. 22 de junio. <http://www.cronica.com.mx/notas/2011/587145.html>
5. Barranco, B. 2007. "Debate sobre la eutanasia, una nueva oportunidad." *La Jornada*. 25 de junio. <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/27/index.php?section=politica&article=021a2pol>
6. Teherán, J. 2005. "Plantea PRD ley para permitir la eutanasia." *El Universal*. 18 de mayo. <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/125211.html>
7. Colegio de Bioética, A.C. 2008. "Voluntad anticipada." <http://colegiodebioetica.org.mx/voluntad-anticipada/voluntad-anticipada/>
8. The Economist. 2015. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. United Kingdom. The Economist Intelligence Unit. <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
9. Valadez, D. 2008. *Derechos humanos, aborto y eutanasia*. México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. p. 87.
10. Gómez Mont, F. 2015. "II. Los parámetros legales de la muerte digna en México." *Nexos*. 1 de junio. <http://www.nexos.com.mx/?p=25090>
11. Levada, W. 2007. "Respuestas a algunas preguntas de la conferencia episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales." Congregación para la Doctrina de la Fe. Santa Sede. 10 de agosto. [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070801\\_risposte-usa\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_sp.html)
12. Aranda Díaz, E. 2001. "Relatoría: II. Casos asociados al término eutanasia y soluciones jurídicas tradicionales." *Derecho a Morir*

- Dignamente. Asociación Federal. <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t273.pdf>
13. Spanzi, M. 2013. "The French Euthanasia Debate." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 22: 254-262.
  14. Dávalos, J. 1992. "Panorama del sistema legal mexicano." *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* 25: 485-494. <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/2957/3213>
  15. Lelo de Larrea, A. 2014. Amparo 237/2014 Sobre la inconstitucionalidad de los artículos 235, 237, 245, 247 y 248, todos de la Ley General de Salud, en las porciones que establecen una prohibición para que la Secretaría de Salud emita autorizaciones para el consumo personal con fines recreativos en relación única y exclusivamente con el estupefaciente cannabis. México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. <http://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=164118>
  16. Cifuentes, E., Naranjo, V. 1997. Sentencia C-239/97. Sobre el homicidio por piedad. Colombia. Corte Constitucional de Colombia. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
  17. Melgar, I. 2015. "Piden despenalizar eutanasia activa." *Excélsior*. 23 de abril. <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/04/23/1020337#.VtzF5INJhZQ.email>
  18. Parametría. 2006. "Eutanasia: mexicanos ante la muerte asistida." [http://www.parametria.com.mx/carta\\_parametrica.php?cp=4042](http://www.parametria.com.mx/carta_parametrica.php?cp=4042)
  19. Parametría. 2008. "Mexicanos en favor de la eutanasia." [http://www.parametria.com.mx/carta\\_parametrica.php?cp=4100](http://www.parametria.com.mx/carta_parametrica.php?cp=4100) C
  20. Muñoz, A.E. 2005. "Más de la mitad de mexicanos, en favor de aborto y eutanasia." *La Jornada*. 30 de diciembre. <http://www.jor->

nada.unam.mx/2005/12/30/index.php?section=sociedad&article=034n1soc

21. Beltrán, U. y Asociados. 2007. "Despenalización de la eutanasia en el Distrito Federal: acontecer nacional y opinión pública." *Eutanasia: tendencias predominantes en estudios de opinión*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados. [www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/92059/264607/.../Eutanasia.pdf](http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/92059/264607/.../Eutanasia.pdf)
22. Lisker, R., Álvarez del Río, A., Villa, A., Carnevale, A. 2008. "Physician-assisted death. Opinions of a sample of Mexican physicians." *Ach Med Res* 39:452-8. 2016. DOI: 10.1016/j.arcmed.2008.01.004.
23. Álvarez del Río, A., Marván, M.L. 2011. "On euthanasia: exploring psychological meaning and attitudes in a sample of Mexican physician and medical students." *Dev World Bioeth* 11: 146-153. DOI: 10.1111/j.1471-8847.2011.00308.x.
24. Loria, A., Villarreal-Garza, C., Sifuentes, E., Lisker, R. 2013. "Opinions of Mexican medical students and residents." *Arch Med Res* 44: 475-478. DOI: 10.1016/j.archmed.2013.07.005.
25. Loria, A., Villarreal-Garza, C., Sifuentes, E., Lisker, R. 2014. "Legality and age influence end of life decisions in Mexican physicians." *Rev Invest Clin* 66: 59-64. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn141h.pdf>
26. DMD, A.C. 2015. "Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad." <http://dmd.org.mx/encuestas.html>
27. Católicas por el Derecho a Decidir. 2014. "Encuesta Nacional de Opinión Católica." [http://encuesta.catolicasmexico.org/es/?page\\_id=2152](http://encuesta.catolicasmexico.org/es/?page_id=2152)
28. Gómez, C. 2015. "Mayoría de católicos mexicanos apoya información sobre aborto legal: encuesta." *La Jornada*. 27 de mayo. <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/05/27/mayoria-de-ca>

- tolicos-mexicanos-apoyan-educacion-sobre-aborto-legal-encuesta-4292.html
29. Owen, D. 2015. "Canada's Supreme Court rules in favor of physician assisted suicide." *BMJ* 350: 764. DOI: 10.1136/bmj.h764.
  30. Mullock, A. 2015. "The Supreme Court Decision in Nicklinson: Human Rights, Criminal Wrongs and the Dilemma of Death." *Journal of Professional Negligence* 2015: 18-28. <https://www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:259453>
  31. Álvarez, A., Sumner, W. 2012. "Discussing Physician-Assisted Death: Finding Consensus and Agreeing to Differ." Presentado en el Seminario del Joint Centre for Bioethics. Universidad de Toronto. Toronto, Canadá. 19 de septiembre.
  32. Álvarez del Río, A. 2014. "Eutanasia y suicidio médicamente asistido. ¿Cuál es el problema?" *Revista de Investigación Clínica*. 66: 282-287. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn143l.pdf>
  33. Narro Robles, J. 2008. "Los servicios de salud ante la muerte." G. Soberón, D. Feinholz (coords.). *Muerte digna, una oportunidad real*. 117-121. México. Comisión Nacional de Bioética.
  34. Álvarez del Río, A., Marván, M.L., Santillán, P., Delgadillo, S., Oñate, L. 2013. "Facing Death in Clinical Practice: A View from Physicians in Mexico." *Archives of Medical Research* 44: 394-400. DOI: 10.1016/j.arcmed.2013.05.005.
  35. Barranco, B. 2016. "Francisco y la laicidad del Estado en México." *La Jornada*. 17 de febrero. <http://www.jornada.unam.mx/2016/02/17/opinion/007a1pol>
  36. Zenit Staff. 2016. "Pope's Address to Italian National Committee for Bioethics." *Zenit*, 28 de enero. <https://zenit.org/articles/popes-address-to-italian-national-committee-for-bioethics/>
  37. Tamayo, J. 2016. "Una buena muerte." *El País*. 14 de marzo. <http://>

cultura.elpais.com/cultura/2016/03/11/babelia/1457720455\_949008.html

38. Villagómez Ortiz, A.J. 2008. "Posturas del Colegio de Medicina Interna de México respecto a la atención del enfermo en estado terminal y la eutanasia." *Med Int Mex* 24: 59-64. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2008/mim081j.pdf>
39. Casas Martínez, M. "Reflexiones sobre la práctica de la eutanasia en el área médica." *La bioética, un reto del tercer milenio*, Universidad Panamericana/Universidad Nacional Autónoma de México. México. 205-212. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/404/20.pdf>
40. Kraus, A. 2013. "Eutanasia hoy." *El Universal*. 3 de marzo. <http://www.eluniversalmas.com.mx/editoriales/2013/03/63285.php>
41. Kraus, A. 2015. "III. El difícil camino: eutanasia y suicidio asistido." *Nexos*, 1 de junio. <http://www.nexos.com.mx/?p=25087>
42. Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. 2015. "Acerca DMD." <http://www.dmd.org.mx/acerca-dmd.html>



## CAPÍTULO 2





## La penalización de la eutanasia y el suicidio asistido en la legislación mexicana

---

HÉCTOR A. MENDOZA CÁRDENAS  
*Miembro del Colegio de Bioética, A.C.*  
*Universidad Autónoma de Nuevo León*

Tanto la eutanasia como el suicidio asistido son temas que, aunque añejos, no pierden vigencia en la discusión jurídica nacional. El estudio respecto al tratamiento legislativo que se ha dado a este tipo de ilícitos resulta fundamental para la nueva biojurídica mexicana, ya que la concepción tradicional de ambos data de la década de 1930 y, evidentemente, resulta insuficiente ante los profundos cambios, tanto socioculturales como médico-legales, que han venido sucediendo en las últimas cinco décadas aproximadamente.

Ambos tipos penales fueron incluidos en las legislaciones respectivas, a principios del siglo pasado, cuando ni en nuestro país ni en el mundo entero se vislumbraban los grandes cambios que las biotecnologías nos aportarían.

Ahora bien, para comprender qué se debe entender (desde el derecho) por suicidio asistido y por eutanasia, nos hemos dado a la tarea de analizar las diversas

legislaciones penales de nuestro país, a fin de tratar de dilucidar ambos conceptos.

Lo primero que hay que señalar es que, en principio, en el ámbito federal, ambas acciones se encuentran expresamente prohibidas. Efectivamente, la Ley General de Salud (LGS) establece claramente lo siguiente:

ARTÍCULO 166 bis 21.- Queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.

Por su parte, el Código Penal Federal (CPF) asienta:

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

ARTÍCULO 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

Analicemos, entonces, a la luz de la normatividad federal antes aludida, qué debemos entender por eutanasia y qué por inducción o auxilio al suicidio.

Como se ve, la LGS define la eutanasia como un homicidio por piedad, lo que en sí mismo no es claro, ya que la

palabra *piedad* puede tener múltiples y variadas connotaciones. De hecho, la Real Academia Española (RAE) no la define y solamente ofrece (como definición) sinónimos de la misma, pues dice que *piedad* alude a lástima, misericordia o conmiseración. Otro elemento por considerar es que la LGS solo habla de eutanasia y auxilio (no de inducción) y no establece sanciones, ya que, para tales efectos, nos remite a la legislación penal federal.

Ahora bien, por increíble que parezca, aunque la LGS prohíbe la eutanasia y remite para su sanción al CPF, en dicha legislación no es posible encontrar la palabra *eutanasia*, lo que en primera instancia representa un contrasentido. No obstante lo anterior, en el capítulo denominado “Reglas comunes para lesiones y homicidio”, se establece una sanción para aquel que induzca o auxilie a otro a suicidarse.

En una primera aproximación al tema, es necesario puntualizar que el CPF asimila como sinónimos el auxilio o la inducción al suicidio, pues, como se aprecia en el artículo 312 antes transcrito, la pena es la misma tanto para el que induce como para el que auxilia.

Si bien la legislación penal federal no utiliza la palabra eutanasia, ni mucho menos la define como sí lo hace la LGS, la parte final del referido artículo 312 establece, de facto, lo que se podría considerar como eutanasia, al decir que, “si el auxilio se prestare hasta el punto de que quien auxilia ejecutare él mismo la muerte, la pena sería de cuatro a doce años de prisión”.

El principal problema de este tipo de definiciones, o pseudodefinitiones penales, es su falta de claridad; por un

lado, parece definir la eutanasia, pero no lo hace y, por el otro, se habla de auxilio en términos vagos e imprecisos, lo que necesariamente conduce a una forma de inseguridad jurídica.

Efectivamente, frente a tales vaguedades tenemos que preguntarnos cuál es el alcance de la expresión “auxilio al suicidio”. Podemos válidamente considerar que es lo mismo, por ejemplo, proveer a alguien de información para que se suicide o expedirle una receta médica para que adquiera los fármacos necesarios para tales efectos o, en otro extremo, prepararle una dosis de fármacos para que él mismo la ingiera.

La simple lógica diría que cada acción tiene un grado diferente de participación, por lo que parece insensato que todas estas acciones sean consideradas iguales, como igual de insensato parece equiparar el auxilio con la inducción.

Auxiliar, en principio, implica actuar ante la petición de otro; inducir, no. Si alguien nos pide auxilio para suicidarse, la decisión viene de él, nuestra participación es accesoria y tenemos la opción de negarnos.

En cambio, si hablamos de inducción, la historia es diferente. En este caso, la intención empieza, precisamente, por el inductor. En la hipótesis, nadie nos ha pedido nada, lo que marca una gran diferencia. Entonces, es absurdo que la legislación asimile como igual auxiliar e inducir.

Desde la bioética, e incluso desde el derecho, hay una diferencia sustancial; si decidimos auxiliar, no estamos violentando la autonomía decisional del individuo, ya que, en todo caso, solamente estaríamos colaborando.

Por el contrario, en el tema que nos ocupa, hablar de inducir implica vender una idea, influir en las decisiones de otro. Inducir involucra una acción o una serie de acciones de convencimiento, para lograr que alguien haga algo que en realidad no deseaba hacer. La diferencia entre ambas hipótesis no es baladí, por el contrario, es sustancial.

Por otra parte, el artículo 313 del CPF sanciona más severamente cuando se induce o auxilia a suicidarse a un menor de edad o a alguien que padece enajenación mental. En este caso la sanción, de ocurrir la muerte del suicida, se equipara al homicidio calificado, que en la misma legislación tiene una penalidad que va de los treinta a los sesenta años de prisión.

Al respecto cabría de nueva cuenta preguntar: ¿es lo mismo inducir que ayudar? En este caso, a un menor de edad. La pregunta no es ociosa, ya que, para efectos prácticos, en ambos casos la sanción será la equivalente al homicidio calificado.

Por último, habrá que cuestionar qué pasa si no se logra la muerte del menor de edad o enajenado, pero sí se producen lesiones. De acuerdo con la legislación penal federal, habría dos hipótesis, una si se tratara de mayores de edad y otra si se trata de menores.

Efectivamente, el artículo 312 del CPF, que es el que se refiere a la ayuda o inducción de mayores de edad, nada dice al respecto, por lo que parecería que, en caso de causarse lesiones, mas no la muerte, de un mayor de edad no enajenado mentalmente, no habría sanción para quien lo auxilió o incitó.

Sin embargo, el artículo 313 establece específicamente que, cuando se trata de menores de edad o de personas con enajenación mental, en caso de que se produzcan lesiones, la pena se agravaría, pues para efectos de la sanción, dichas lesiones se considerarían como calificadas. Así de absurda puede ser nuestra legislación.

Más adelante veremos que muchas de las legislaciones penales de los estados incurren en el mismo error que la federal, al no distinguir entre auxilio o inducción. Sin embargo, antes de hacerlo, intentemos dilucidar, de manera general, cuál es la función del derecho penal.

## **La función del derecho penal**

La función del derecho penal es sancionar diversos comportamientos que, en principio, se consideran inapropiados para un conjunto social determinado.

El derecho penal pretende, así, mantener un orden estable mediante la amenaza, primordialmente, de la privación de la libertad de aquellos que violan la norma.

De este modo, el derecho penal responde a la cultura y valores imperantes en un momento y en un lugar determinado; por eso, lo que en un lugar del orbe puede ser considerado delito, en otro puede no serlo. Es decir, el derecho penal responde al momento histórico y al contexto particular de cada sociedad.

Digamos que el derecho penal representa una limitante al principio de autonomía individual, principio que, si bien es básico y reconocido por el mismo derecho, en

ciertas circunstancias debe ser restringido. Todo lo anterior desde un plano estrictamente teórico, ya que, en el plano político, el derecho penal y el derecho en general responden, la mayoría de las veces, a intereses de grupos, creencias y dogmas particulares, o bien a ideologías específicas.

En principio, se podría afirmar que estamos de acuerdo en que se proteja la vida de los integrantes de una sociedad y, consecuentemente, coincidimos en que se sancionen hechos como el homicidio. Sin embargo, cuando pasamos de lo general a lo particular y entramos en temas específicos, estos acuerdos ya no son ni obvios ni fáciles. Es el caso, por ejemplo, del aborto o la eutanasia, pasando por temas como el suicidio y el auxilio o ayuda al mismo.

Antes de continuar, es necesario hacer una precisión. Un rasgo característico del sistema jurídico mexicano es que, además de la legislación penal federal, cada entidad de la república tiene su propia normativa punitiva, por lo que hay múltiples categorías de delitos, con un catálogo variado de sanciones, lo que en los hechos propicia un total desconcierto a la hora de saber qué acciones están sancionadas y cuáles no.

### **La analogía o la mayoría de razón en materia penal**

Un principio básico en el que se funda el derecho penal es el principio de legalidad que exige que, para la exacta aplicación del tipo penal, los delitos sean taxativamente



descritos, en virtud de que en materia penal no deben aplicarse sanciones ni por analogía ni por mayoría de razón.

Dicho en palabras simples, en materia penal la analogía implica que no podemos decir que los hechos "X" se parecen a la descripción penal "Y". Así, si un hecho particular no se encuentra plena y claramente descrito en alguna legislación, simple y llanamente no es delito. De igual forma, ante hechos que a todos nos pueden parecer censurables, si no se encuentra el hecho descrito como delito, la mayoría de razón no es suficiente para aplicar una sanción.

De hecho, hay jurisprudencia que avala lo anterior, en la que se establece que dicho principio de legalidad debe ser observado también por el órgano legislativo al momento de definir la conducta que se considera delictiva. La corte ha establecido que la descripción típica de un delito "no debe ser de tal manera vaga, imprecisa, abierta o amplia, al grado de permitir la arbitrariedad en su aplicación. Así, el mandato de taxatividad supone la exigencia de que el grado de determinación de la conducta típica sea tal, que lo que es objeto de prohibición pueda ser conocido por el destinatario de la norma".

En este orden de ideas, toda conducta punible por el derecho penal debe estar prevista en una ley de forma clara, limitada e inequívoca, lo que implica una prohibición sobre la creación de tipos penales ambiguos. En consecuencia, es obligación del legislador, al emitir una norma penal, estructurarla de tal forma que los elementos que la integren sean claros en cuanto al sujeto responsable y en cuanto a los supuestos hipotéticos que conforman la descripción del delito.

En este sentido, todas aquellas entidades en las que no se distingue entre inducir, instigar, ayudar o auxiliar serían contrarias al principio de legalidad en su vertiente de la obligación de taxatividad.

Ahora bien, cabe señalar que específicamente, en cuanto a los delitos que nos ocupan, la corte no se ha manifestado. Basta hacer una búsqueda en el sitio mismo de la corte para darse cuenta de que no hay tesis, ni aisladas ni jurisprudenciales, que aborden el tema, lo que implica que, en cada caso y en cada estado de la República, los jueces tendrían que resolver bajo su muy personal criterio.

### **La inducción o instigación y el auxilio o ayuda al suicidio en las legislaciones estatales**

En una revisión exhaustiva de los diferentes códigos penales estatales, se observa que 22 entidades de la República utilizan como sinónimos términos como instigación, inducción, ayuda y auxilio al suicidio. En concreto, en estas entidades, al igual que en la legislación federal, y por absurdo que parezca, instigar, inducir, ayudar o auxiliar es lo mismo para efectos de la sanción.

Ahora bien, el resto de las entidades (con excepción de Morelos) utiliza los términos inducción y ayuda, en este caso distinguiendo con sanciones diferentes ambas hipótesis, castigándose en todos los casos más severamente la primera que la segunda.

El estado de Morelos es un caso aparte, pues en esa entidad, además de la inducción (que no define específicamente) o la ayuda al suicidio (que pareciera definir de

manera tácita), su legislación penal habla de cooperación al mismo. En dicho estado la cooperación implica realizar actos o aportar elementos indispensables para la privación de la vida de quién desea suicidarse. Sin embargo, sanciona también la ayuda, y tal parece que la distinción entre ambas es que la cooperación conlleva realizar actos o aportar los elementos indispensables para que se logre el suicidio, en tanto que en la ayuda el elemento indispensable no es exigible. Tan es así, que la sanción por cooperación es más severa que aquella por ayuda.

Cabe precisar que, en muchos casos, las legislaciones penales sí especifican lo que debemos entender por un delito determinado; por ejemplo, por regla general se define el homicidio como la privación de la vida de otro, pero salvo el caso de Morelos, ninguna entidad precisa qué debemos entender por inducción, instigación, auxilio o ayuda.

Veamos al respecto las definiciones que ofrece la RAE:

- a) Inducir: provocar o causar algo.
- b) Instigar: inducir a alguien a una acción, generalmente considerada como negativa.
- c) Auxiliar: que auxilia.
- d) Ayudar: 1) Prestar cooperación. 2) Auxiliar, socorrer. 3) Hacer un esfuerzo, poner los medios para el logro de algo.

Es evidente que el significado semántico de las palabras no ayuda en este caso, ya que para la RAE instigar es inducir, auxiliar no lo define, y ayudar termina siendo lo mismo que auxiliar e incluso que cooperar. En este

contexto, para efectos prácticos, cualquier forma de ayuda o auxilio podría ser sancionado penalmente, lo que nos deja igual que al principio, en un franco estado de confusión e indefensión.

### **La eutanasia, una palabra tabú en nuestra legislación penal**

De igual forma que lo hace el CPF, ciertas entidades de la República, sin mencionar la palabra eutanasia, contemplan la posibilidad de que quien induce o ayuda a otro, lo haga hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte; en estos casos, al igual que en la legislación federal, la pena se verá incrementada. Las penas varían de un estado a otro, habiendo encontrado como pena mínima tres años y como máxima doce, con una media de entre cuatro y diez años.

### **Menores de edad suicidas y otras categorías**

Igual que en la legislación federal, algunos estados consideran que el delito se dé con menores de edad o incapaces, y en todos los casos la pena se verá incrementada. En la mayoría de los códigos analizados, la sanción se equipara a la del homicidio o lesiones calificadas según sea el caso.

En Aguascalientes y Tamaulipas se habla específicamente de menores de dieciséis años, en tanto que en Jalisco, de doce. Por su parte, llama la atención que en Guerrero

se habla de menores de edad, incapaces o en situación de violencia familiar.

En Colima, además de considerar a los menores de edad e incapaces, se aplica la misma pena cuando el delito se comete en perjuicio del cónyuge, concubino o pareja de hecho. Cabe señalar que en dicho estado, a diferencia de la mayoría, la pena en estos casos es el equivalente al del homicidio simple y no al de homicidio calificado.

En Guerrero se establece un aumento de la sanción que corresponda hasta en 50%, en los casos en que el delito se cometa en agravio del cónyuge, concubina, concubinario o pareja sentimental.

En Jalisco, si se trata de menores de doce años o incapaces, la pena será el equivalente al homicidio calificado más, adicionalmente, de uno a tres años. Al respecto habría que señalar que normalmente, en términos de privación de la vida, el delito más grave en todas las legislaciones penales analizadas es el de homicidio calificado, pero, como vemos, en el caso de Jalisco se considera más grave inducir o auxiliar a un menor de edad o a un incapaz, ya que, en este caso, la pena es la del homicidio calificado más tres años adicionales.

Esta legislación jalisciense también sanciona con una pena equivalente al homicidio calificado cuando se trata del cónyuge, ascendientes o descendientes, o cuando haya un vínculo de gratitud, amistad, trabajo o de cualquier otro que inspiren (sic) ascendencia moral.

En el caso de la legislación de Morelos, además de los casos de menores o incapaces, la pena se agrava si se trata de ascendientes o descendientes por consanguinidad

en línea recta, parientes colaterales hasta el cuarto grado, cónyuge o concubinos, y cuando se trate de adoptante o adoptado.

Llama la atención que en Puebla, en el mismo apartado de los menores o incapaces, se incluye a las mujeres, lo que implica que si la ayuda o inducción se da a un varón, la pena será de uno a cinco años, pero si se trata de mujeres (así en general), la pena se agrava radicalmente, ya que es la misma que para el homicidio calificado.

Un caso único es el de Querétaro, que en el mismo apartado de los menores de edad, incluye a los mayores de sesenta años, por lo que, en este supuesto, la pena también se vería incrementada sustancialmente.

Otro caso singular es el de Sonora, ya que contempla un apartado adicional en el que se establece la posibilidad de auxiliar o inducir al suicidio a una persona por su condición de género. En este caso, la pena aumentaría hasta una tercera parte de la pena original.

Mención aparte merecen tres entidades de la República, Nayarit, Nuevo León y la Ciudad de México, ya que los primeros dos consideran la posibilidad de que quien ayude al suicidio lo haga ante la súplica de quien se encuentre en estado de gravedad extrema, en forma tal que la vida resulte para él inaceptable. En Nayarit, la pena sería de tres meses a tres años, y en el caso de Nuevo León, de tres días a tres años.

En lo que toca a la legislación penal de la Ciudad de México, hay dos supuestos diferentes. Por un lado se sanciona a aquel que prive de la vida a otro por petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de este, siempre

que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, en cuyo caso la pena de prisión va de los dos a los cinco años.

Hay que señalar que el elemento fundamental en el caso anterior, más allá de que medien razones humanitarias o de que la petición sea expresa y reiterada, es que se trate de una persona con una enfermedad que, por un lado, sea incurable, y por otro, se encuentre en fase terminal.

Ahora bien, si no se trata de un enfermo en fase terminal y con todas las condiciones antes señaladas, la misma legislación penal de la Ciudad de México prevé otra hipótesis, pues en el capítulo de inducción o ayuda al suicidio plantea (igual que el Código Penal Federal) la posibilidad de que quien auxilia preste dicho auxilio hasta el punto de que él mismo ejecute la muerte, caso en el cual la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión.

Por último, en Nayarit, Puebla y Yucatán se sanciona no impedir un suicidio; en el primer caso la sanción es de tres meses a dos años; en el segundo, de un mes a un año; y en el tercero, de tres meses a un año de prisión.

## Reflexiones finales

Como se aprecia, la palabra eutanasia es tabú en nuestra legislación penal. No obstante, aunque no se emplee, la mayor parte de la legislación penal nacional considera supuestos en los que, de facto, estaríamos hablando de eutanasia.

En cuanto al auxilio al suicidio, queda claro que hay diferentes formas de abordarlo. Para algunas legislaciones es auxilio; para otras, ayuda; para una, inducción; para otras, incitación. El único caso en el que se habla de cooperación es el del estado de Morelos.

El problema fundamental en todos estos códigos es que, formalmente, ninguno distingue entre auxilio o ayuda e inducción e incitación. Como ya se explicó, hay al menos una diferencia sustancial entre ayudar o auxiliar e incitar o inducir. En el primero de los casos, quien auxilia o ayuda no viola la autonomía decisional del posible suicida, ya que la intención de suicidarse emana de él mismo. Por su parte, inducir o incitar implica que la idea surge del inductor o incitador, y quien induce o incita, violenta la autonomía del posible suicida, pues en dichas circunstancias la idea original no es del suicida.

Así pues, es posible afirmar que el marco jurídico penal en temas relacionados con el final de la vida es ambiguo, contradictorio y variado, en la medida en que cada una de las entidades de la República tiene facultades para legislar en la materia.

Más allá de las contradicciones y confusiones que se derivan de una legislación tan heterogénea, una cosa es evidente: en México ayudar a morir a otro es un delito, en algunos casos, grave.





# CAPÍTULO 3



# Qué opinan los mexicanos de la eutanasia.

## Encuesta realizada Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C., México

---

ADRIANA SEGOVIA URBANO

*Programa Universitario de Bioética, UNAM*

*Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C.*

¿Con qué frecuencia piensan los mexicanos en la muerte?, ¿con qué apoyo cuentan al vivir el final de su vida?, ¿cuál es su posición ante la eutanasia y el suicidio médicamente asistido?, ¿se deben cambiar las leyes para permitir la muerte asistida? Estas son algunas de las preguntas que se hicieron en la encuesta nacional que realizó la asociación Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. (DMD), y cuyos principales resultados se presentan en este capítulo. Los datos obtenidos son relevantes para los interesados en promover una regulación que amplíe los derechos de las personas a decidir sobre el final de la vida, porque revelan lo que la población piensa acerca del tema. Es de gran utilidad conocer la opinión de los encuestados, influida por sus diferentes concepciones culturales, porque permite considerar aspectos particulares al proponer una regulación sobre la muerte asistida.

Las situaciones que hacen que más se piense en la cercanía de la muerte son los accidentes, la propia enfermedad o la muerte de alguna persona cercana (22, 20 y 19% de las personas entrevistadas). Mientras que en el primer y tercer caso no varía mucho la respuesta en el área rural y la urbana, la enfermedad propia hace pensar en el tema mucho más en el área rural que en la urbana (7 puntos porcentuales más). En relación con la frecuencia con que las personas piensan en su propia muerte, casi la mitad de los entrevistados dijeron que casi nunca (46%). Cuando se les pregunta con quién han hablado sobre el tema de la propia muerte, también casi la mitad dice que con nadie (45%). Al indagar si les preocupa la forma de morir, solo una cuarta parte dice que le preocupa mucho. Sin embargo, en una parte de la encuesta 79% responde que les preocupa que se prolongue artificialmente su vida. La mayoría de los encuestados preferirían morir en su casa (78%) y, desde luego, acompañados por alguien.

Sobre el apoyo para vivir el final de la vida, 47% considera que algunos médicos dan este apoyo a sus pacientes, mientras que el mismo porcentaje considera que todos los familiares lo hacen, más en el área rural que en la urbana (51.9 y 44.2%). El 81.2% no saben lo que es un tanatólogo, mucho menos en el área rural (95.7%). Por región del país, el conocimiento sobre el trabajo de este profesional es muy superior en la Ciudad de México respecto al resto (42.7% sobre 18.8 del promedio del país), y 64.5% de quienes saben de su existencia piensan que, en general, todos ayudan a los pacientes a vivir mejor el final de su vida.

Sobre las decisiones relacionadas con el final de la vida en el contexto de la atención médica, más de la mitad de los encuestados está a favor de ellas como se describe a continuación.

El 68% de los participantes está a favor de la eutanasia, esto es, considera que un paciente en fase terminal, con sufrimiento inevitable, debería tener la opción de decidir adelantar su propia muerte. Por área de residencia, esta opinión sube a 73% en el área urbana y desciende a 54% en la rural. Por región, se eleva a 83% en la Ciudad de México y desciende a 56% en el sur-sureste del país. También rebasa el promedio de quien tiene escolaridad secundaria en adelante. Por religión, se eleva casi ocho puntos del promedio para quien no tiene ninguna o cuya actividad religiosa es poco frecuente; sin embargo, el promedio se mantiene similar al general para los católicos. Por grupos de edad, el porcentaje aumenta en la población de 18 a 34 años de edad y desciende en la de 60 y más años.

Cuando la ayuda para adelantar la muerte se refiere al suicidio médicamente asistido, es decir, que el médico proporcione al paciente sustancias letales, el porcentaje de acuerdo baja a 56%, y a menos de la mitad en el área rural (45%). Por región sube a 71% en la Ciudad de México y baja a 49% en el sur-sureste. Las diferencias entre hombres y mujeres en esta y la mayor parte de las respuestas es mínima, en este caso, dos puntos arriba para hombres y dos abajo para mujeres respecto al promedio señalado.

El 69% de los encuestados estarían de acuerdo en que un médico ayude a morir a un paciente en fase terminal que solicite la suspensión de tratamiento de soporte vital.

Esta opinión se eleva a 73% en el área urbana y desciende a 55% en la rural. Si esta ayuda se refiere a un paciente en estado inconsciente irreversible, al que habría que suspenderle la alimentación e hidratación artificial, 54% está de acuerdo. Si se trata de suspender otro tipo de tratamientos, el porcentaje se conserva. Sube a 77% en la Ciudad de México y baja a 47% en el sur-sureste.

El 44% de los encuestados tuvieron la experiencia de que una persona cercana tuviera una muerte con mucho sufrimiento. Este porcentaje es menor en el área rural (34%), y al preguntar si llegaron a pensar que hubiera sido mejor para el paciente decidir adelantar su muerte, 54% respondió que sí. Al preguntar si, efectivamente, el médico respondió a la solicitud del paciente de suspender un tratamiento de soporte vital, 73% respondió que no. Y al preguntar si, ante el pedido del paciente, se adelantó su muerte, 83% respondió que no, pero es interesante saber que 12% respondió que sí.

Cuando se pregunta sobre la situación personal de encontrarse en fase terminal con un sufrimiento que no se puede aliviar, 64% querría recibir ayuda de su médico para adelantar su propia muerte, porcentaje que desciende a 49% en el área rural y, por región, aumenta a 76% en la Ciudad de México. Por escolaridad, a nivel de secundaria en adelante se mantiene por encima del promedio; por religión, aumenta hasta 73% para quienes no tienen ninguna religión y se mantiene alrededor del promedio entre los católicos. Por grupos de edad, desciende a 49% en las personas de 60 años en adelante. En cuanto a la forma de ayuda, 57% prefiere que el médico

aplique los medicamentos, y solo 33% tomarlos por sí mismos. Estas preferencias no varían por religión ni grupo de edad.

Son minoría las personas que han pensado en dejar sus deseos sobre las decisiones al final de su vida por escrito (31%). Menos de 20% han escuchado hablar de la Ley de Voluntad Anticipada, y tan solo 4% cuenta con ese documento.

Son mayoría (71%) quienes piensan que se deberían cambiar las leyes para que los enfermos puedan recibir ayuda para terminar con su vida si así lo deciden. Esta respuesta sube a 75% en el área urbana, desciende a 59% en el área rural y sube a 82% en la Ciudad de México.





# CAPÍTULO 4



## La muerte digna se discute en nuestro país

---

MARÍA DE JESÚS MEDINA ARELLANO

*Miembro del Colegio de Bioética, A.C.*

*Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM*

**E**n México se discute y seguirá siendo motivo de debate el concepto de muerte digna. Un tema sobre el que tiene sentido hablar en el contexto de la atención médica, en el que la mayoría termina sus días y donde hay posibilidades de tomar decisiones para que la muerte de las personas y la etapa de vida que la precede sean dignas. Es un asunto sobre el que cada vez hay mayor conciencia en nuestra sociedad y que obligadamente deberán discutir legisladores y tomadores de decisiones judiciales, quienes tienen en su poder la creación de normas y resolución de casos concretos que insten al respeto de la libertad que poseen las personas para decidir sobre la manera de terminar con su vida, especialmente cuando ya no la consideran digna de ser vivida. La terminación de la vida puede responder a una acción realizada por un médico para causar la muerte, o ser consecuencia del retiro de un tratamiento que permitiría que la muerte llegara de la mejor manera – con tranquilidad, sin sufrimiento.

La opción de decidir cómo y cuándo queremos poner fin a nuestro existir se sostiene en un derecho fundamental: el ejercicio de la autonomía individual protegido por el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Se trata de la libertad albergada y protegida por un derecho humano que incluye la capacidad de autodeterminación, y el Estado constitucional tiene la obligación de establecer las herramientas que permitan llevar a cabo su ejercicio, libre de cualquier coacción u obstáculo.

En la actualidad, una de las cuestiones más vitales y discutidas por la sociedad es el planteamiento de cómo regular la práctica de las diversas decisiones relacionadas con el final de la vida; cómo y cuándo se deberían permitir la suspensión de tratamientos, los cuidados paliativos (incluyendo la sedación) y, como último recurso, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Sin embargo, los conceptos señalados se han utilizado de manera poco clara, lo cual ha causado confusión y animadversión. Por esta razón a lo largo del libro aclaramos estos y otros conceptos análogos, y en el presente capítulo revisamos los derechos relacionados con el final de la vida que hoy se discuten en nuestro país.

Es importante que cualquier persona que padezca una enfermedad terminal, u otra que le cause un sufrimiento insoportable, tenga la mayor información posible y clara sobre su situación, de esta manera podrá decidir libremente, entre varias opciones, respecto a la forma en que quiere vivir el final de su vida y morir. La lectura liberal del derecho a morir con dignidad se entiende como el máximo

y último derecho constitucional del ciudadano de ejercer su autonomía, es decir, libertad plena de decidir sobre el final de la vida.

Teniendo en cuenta que estas decisiones se dan en el contexto de la atención médica, debe haber una buena comunicación entre los participantes (médico, paciente y familiares) para discutir las opciones, poniendo siempre por encima la autonomía del paciente y respetando sus creencias religiosas o ausencia de ellas.

En nuestro país, como ya se vio, hay diversas legislaciones sobre los tópicos que nos ocupan. De acuerdo con la Ley General de Salud, el paciente en etapa terminal tiene derecho a decidir si continua o no con ciertos tratamientos, y a optar por cuidados paliativos.

En la Ciudad de México, la Ley de Voluntad Anticipada permite establecer en un documento legal, ante notario público, la expresión de la voluntad de los individuos para que se les deje de aplicar tratamientos de soporte vital en caso de encontrarse, en un momento dado, incapacitados para manifestar su deseo. Un reto que aún enfrenta esta norma es que la población la conozca, especialmente el personal de salud, dándole mayor difusión, así como lograr que algunos términos se modifiquen para aclararlos. El mes de marzo se ha establecido como Mes de la Voluntad Anticipada, un paso importante para divulgar este instrumento y promover su uso.

En febrero de 2017, la Asamblea Constituyente de la Ciudad de México (la Constitución Política que regirá a los ciudadanos de esta entidad federativa), aprobó, tras largas discusiones, la inclusión, dentro del capítulo II,

relativo a los derechos humanos, del artículo 11, titulado “Ciudad de libertades y derechos”. En el apartado A se establece el derecho a la autodeterminación personal:

**Derecho a la autodeterminación personal.**

Toda persona tiene derecho a la autodeterminación  
y al **libre desarrollo de una personalidad.**

Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. **La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.**

El reconocimiento de este derecho en la Ciudad de México nos acerca a la protección del derecho a morir con dignidad, como lo han hecho diversos países desde hace varios años (Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia), donde se permite la eutanasia, y varios estados de Estados Unidos de América, donde el suicidio médicamente asistido es lícito. No es que en la Ciudad de México se permita ahora alguna de estas modalidades de muerte médicamente asistida, pero al establecerse el derecho a una muerte digna se cuenta con el apoyo constitucional para autorizarla, pues en algunos casos, alguna de ellas será el único medio de garantizar el derecho a una muerte digna. Aquí cito a Asunción Álvarez del Río: “Es fundamental entender que legalizar la eutanasia será una opción para quienes la soliciten y sientan que no va en contra de sus valores”.

Independientemente de la consagración constitucional de nuestro derecho a morir con dignidad, es también

esencial conocer las distintas formas de decidir sobre el final de nuestras vidas, así se evitará perpetuar el tabú sobre el tema.

## **La muerte digna como un derecho humano**

Respaldar el derecho a morir con dignidad implica examinar los cuestionamientos éticos, socioculturales y jurídicos necesarios para proponer la viabilidad de su reconocimiento como derecho humano fundamental. La autonomía o libre determinación – autodeterminación – es un principio ligado al de dignidad, según el cual cada persona es libre de decidir cuándo la vida es digna de ser vivida y cuándo no. Por lo tanto, es libre de elegir terminarla como parte de su derecho a autodeterminarse, atendiendo al respeto de su voluntad. Lo anterior requiere un equilibrio entre responsabilidad médica y derecho de los pacientes a decidir.

El derecho a morir con dignidad, es decir, el derecho o libertad de controlar la manera y el tiempo de nuestra muerte se ha desarrollado a través de la jurisprudencia en distintos países. Se encuentra previsto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales.

A través del análisis y el razonamiento lógico del respeto integral a derechos vinculados como el derecho a la



vida, a la protección de la salud, a la libertad, a la seguridad personal y a la integridad psicofísica, las siguientes interrogantes han sido desarrolladas por jueces alrededor del mundo. ¿El derecho a la vida implica el derecho a la muerte? ¿Cada ser humano tiene derecho a determinar su propio plan de vida y muerte, así como el derecho a que su autonomía sea respetada y garantizada como un derecho humano fundamental? ¿Por qué obstaculizar la expresión y la libertad de una persona cuando es su elección y decisión interrumpir su propia vida? ¿Es justo morir de una manera dolorosa contra la voluntad personal?

Un Estado democrático y que pretenda ser justo desde el punto de vista liberal y del goce absoluto de los derechos humanos, no puede ni debe interferir en las decisiones de las personas sobre su propio cuerpo, siempre que no se transgredan derechos de terceros. Desde luego, hay que tener en cuenta que, desde el momento en que estamos en el contexto de la atención médica, estamos considerando que las decisiones implican la participación del médico y no solo se trata de respaldar la libertad de la persona que decide sobre su vida y su cuerpo, sino que se requiere respaldar también la acción del médico.

En América Latina tenemos un caso paradigmático proveniente de Colombia que resulta muy útil para México, porque muestra cómo los avances para apoyar las diferentes elecciones al final de la vida se dan en países culturalmente más parecidos al nuestro. En 1997, la Corte Constitucional Colombiana (sentencia de constitucionalidad 239) despenalizó la eutanasia, si bien no se ha aplicado de manera abierta y clara por la carencia de una

legislación que marque los lineamientos que se deben cumplir. En julio de 2015, se llevó a cabo la práctica de eutanasia de “manera formal”, es decir, siguiendo ciertos procedimientos que estableció el Ministerio de Salud de Colombia, al no contarse con los que se esperaba de los legisladores. Ovidio González, de 79 años de edad, se convirtió en el primer ciudadano colombiano al que se le aplicó una eutanasia de acuerdo con una normativa establecida.

En la discusión jurídica sobre el tema, encontramos posturas a favor y en contra. Las que están a favor sostienen que el ser humano tiene derecho a disponer de su propia vida y puede reivindicar la autonomía como parte integral de la dignidad humana y expresión de esta. Por otro lado, quienes mantienen una posición contraria, defienden que la vida es un derecho inalienable que conlleva la imposibilidad de renunciar a ella, otorgándole un valor *prima facie*.

Al afirmar que la vida tiene un valor *prima facie*, se hace referencia a la jerarquía moral suprema que las sociedades le han otorgado a la vida frente al resto de los derechos humanos. En relación con este valor supremo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la sentencia Artavia Murillo y otros (“Fecundación in Vitro”) vs. Costa Rica, estableció que cuando convergen y entran en ponderación un cúmulo de derechos frente al derecho a la vida, se debe optar por la tutela de los primeros debido a que, en conjunto, obtienen mayor valor. Lo anterior se traduce en que los derechos mantienen un mismo nivel de importancia, y dependiendo de la situación concreta, mediante un juicio de ponderación cobrará mayor importancia uno

sobre otro. En la actualidad, debido a la reforma en materia de protección a los derechos humanos establecidos en nuestra constitución y en los tratados internacionales en la materia, todas las autoridades tienen la obligación de garantizar nuestra libertad y autonomía. Incluso si el ejercicio de la libertad implica la confrontación con otro de nuestros derechos o el interés jurídico tutelado por el Estado, como, por ejemplo, la vida.

Garantizar jurídicamente una muerte digna requiere contar con los medios que pueden necesitarse en una situación determinada. En la mayoría de las circunstancias podrá ser suficiente con las decisiones permitidas (suspensión y rechazo de tratamientos) junto con cuidados paliativos, pero habrá otras en que la muerte médicamente asistida será la única forma de garantizar la muerte digna.

## Bibliografía

- Álvarez del Río, Asunción y Cerón Aguilar, Elvira. 2015. *Un adiós en armonía*. México. Grijalbo.
- Diccionario de la Real Academia Española*. [www.rae.es](http://www.rae.es). Consultado en octubre de 2016.
- Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico. 2008. *Eutanasia. Hacia una muerte digna*. México. FCCyT.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. <http://www.corteidh.or.cr/>. Consultado en octubre de 2016.
- Huxtable, Richard. 2007. *Euthanasia, ethics and the law: From conflict to compromise*. Routledge. Reino Unido.

Lewy, Guenter. 2010. *Assisted death in Europe and America: Four regimes and their lessons*. Oxford University Press. Reino Unido.

Vázquez, Rodolfo (coord.). 2012. *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*. México. Fontamara.



# CONCLUSIONES



**E**l final de la vida ha sido un tema sobre el que, en general, no queremos pensar. En gran medida se ha impuesto la necesidad de hacerlo, no en sentido abstracto, sino de manera muy personal. Nos hemos visto obligados a pensar en el final de *nuestra* vida porque sabemos que vivimos en una época en que el gran desarrollo científico y tecnológico ha aportado a la medicina infinidad de medios para alargarla y no siempre en condiciones en las que querríamos vivir. Posiblemente todos hemos sabido de experiencias de personas más o menos cercanas que al final de su vida han padecido de una manera indigna que podría haberse evitado si se hubieran tomado las decisiones adecuadas.

A diferencia de lo que sucedía hace unas cuantas décadas, cuando los médicos podían hacer muy poco para tratar enfermedades que causaban la muerte o para sustituir la función de órganos vitales, las posibilidades actuales para curar y prolongar la vida son enormes. Por esta razón, si antes se temía que la muerte llegara demasiado pronto, el temor que hoy ha empezado a extenderse entre parte de la población, especialmente en quienes ya no son jóvenes, es que la muerte llegue demasiado tarde.



Como se habrá observado a lo largo del libro, se han hecho avances importantes en México que buscan contribuir a un mejor final de la vida para los pacientes. El desarrollo de los cuidados paliativos y los cambios legales para respaldar las decisiones de los pacientes que no quieren que se prolongue su existencia a costa de un sufrimiento que no desean soportar, o en condiciones que les resultan indignas, son inestimables. Desde luego, no basta con establecer leyes para que los cambios se den en la práctica. Es necesario que en la sociedad cambie también nuestra actitud hacia la muerte para reflexionar sobre ella a lo largo de la vida. De esta forma, cuando seamos pacientes enfrentando el final, estaremos mejor preparados para saber en qué condiciones estamos dispuestos a vivir y en cuáles no, y con base en eso decidir qué tratamientos aceptar y cuáles rechazar. Y así como es deseable que los pacientes lleguen mejor preparados al final de su vida, es fundamental que los médicos que los atiendan estén capacitados para atenderlos y acompañarlos en esa etapa.

Sin embargo, como se ha señalado en diversos capítulos, las opciones de terminación de la vida que actualmente son legales en México no son suficientes para garantizar a los pacientes una muerte digna. El temor de que la muerte llegue demasiado tarde persiste para muchas personas porque, actualmente, solo los pacientes a quienes se les puede retirar o no dar un tratamiento de soporte vital pueden morir cuando esto es lo que quieren. Por otra parte, aun los mejores cuidados paliativos tienen límites para aliviar el sufrimiento intolerable de un paciente o la condición de indignidad en que ya no quiere

vivir. Hay para quienes la única manera de ejercer su autonomía para morir dignamente (o dejar de vivir indignamente) es a través de la muerte asistida. La única elección que les queda es *no vivir* y requieren la ayuda de su médico para liberarse adelantando su muerte.

Los diferentes capítulos aportan elementos para fundamentar la necesidad de ampliar las opciones legales en nuestro país de manera que se cuente con todas las que puedan precisarse para elegir el mejor final de vida posible. La eutanasia y el suicidio médicamente asistido deben ser formas de terminación de vida admitidas para que los pacientes que así lo quieran puedan recurrir a ellas con la ayuda de un médico en las mejores condiciones, sin poner en riesgo a los familiares que los acompañen en el momento final ni al médico que les ayude.

Lo que sigue, lo que nos compromete ahora, es proponer la mejor regulación posible para la muerte asistida en nuestro país.



# APÉNDICE



# Conceptos básicos sobre la atención médica al final de la vida

---

BEATRIZ VANDA CANTÓN

*Miembro del Colegio de Bioética, A.C.*

*Programa Universitario de Bioética, UNAM*

## **Autonomía**

Capacidad para tomar voluntariamente y sin coacción decisiones personales y asumir las consecuencias. La autonomía supone la capacidad para formar un juicio libre sobre lo que consideran su mejor elección.

## **Calidad de vida en el enfermo terminal**

Condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo con sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.

## Cuidados básicos

Se refiere a las medidas de higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea que brinda el personal de salud a un paciente; sin embargo, el paciente puede rechazar ser alimentado e hidratado, y esto debe respetarse.

## Cuidados paliativos

Es el cuidado activo y total de aquellos enfermos que no responden a tratamiento curativo, en el que es prioritario proporcionar alivio mediante el tratamiento del dolor y otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

## Dignidad

Debido a que se trata de un término ambiguo (*igualmente se utiliza para defender la eutanasia que para atacarla*), es preferible utilizar el término en sentido subjetivo, es decir, en función de lo que un paciente establezca como condiciones mínimas aceptables de vida, que es lo que finalmente interesa y que puede definirse por él.

## **Eutanasia**

Etimológicamente significa “buena muerte” y se refiere a la acción que realiza un médico para inducir la muerte de un paciente que la ha solicitado libremente por padecer un sufrimiento intolerable para el que no hay alivio, el cual es causado por una enfermedad o condición médica para las que no hay alternativas de tratamiento. Se lleva a cabo por un método indoloro que produce rápida inconsciencia seguida de paro cardiorrespiratorio irreversible.

## **Futilidad**

Acciones médicas y medidas terapéuticas cuya utilidad esperada es nula o cercana a nula. Se considera que los medios fútiles son “desproporcionados” y fuera del contexto clínico del paciente, por lo que no hay obligación moral de mantenerlos.

## **Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)**

Es la suspensión o el no inicio de tratamientos cuando, de acuerdo con la evidencia médica, dichos tratamientos son inútiles o fútiles, ya que solo consiguen prolongar la vida biológica, retrasando la muerte inminente, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima.



## **Muerte**

Es la ausencia permanente de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, derivada de un paro cardíaco o daño encefálico irreversible.

## **Obstinación terapéutica**

También llamada “ensañamiento terapéutico”. Se refiere a la implementación o continuación de tratamientos o medidas que se consideran inútiles porque no modifican ni mejoran el estado del enfermo, pudiendo prolongar sufrimientos innecesarios, sean físicos, morales e incluso económicos.<sup>3</sup>

## **Reanimación cardiopulmonar**

Conjunto de maniobras destinadas a sustituir y restaurar la respiración y la circulación espontánea en alguien que ha dejado de respirar o cuyo corazón ha cesado de palpitarse, con el fin de que sobreviva.

<sup>3</sup> Debido a la connotación peyorativa que estos conceptos implican para el personal de la salud, es preferible utilizar el término “futilidad”, incluido en este glosario, basado en una valoración clínica y en evidencia científica.

## **Rechazo de tratamiento**

Es la potestad de toda persona para decidir sobre la aceptación o no de las intervenciones, procedimientos o tratamientos propuestos por sus médicos, aun si, como consecuencia de esta decisión, el paciente muere. Así como en la limitación del esfuerzo terapéutico el peso de la decisión recae en el médico, en el rechazo de tratamiento recae en el paciente.

## **Rechazo voluntario a la ingesta de alimentación e hidratación**

Es la decisión de un paciente de dejar de consumir alimentos y de beber agua. Se trata de un acto voluntario que el paciente realiza consciente de las consecuencias, por lo que representa una manera racional de poner fin a su vida.

## **Sedación paliativa**

Es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal, tanto como sea preciso, con el fin de aliviar uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento o angustia, esto realizado con su consentimiento o, si no es factible, con el de su familia o representante.

## **Sedación continua y profunda hasta la muerte**

Describe la forma de sedación que se da a un paciente cuya muerte se prevé en un tiempo menor a dos semanas, cuando no se ha podido aliviar su sufrimiento por otros medios. Esta sedación va acompañada del retiro de alimentación y del retiro o mantenimiento a niveles mínimos de hidratación. Puede precipitar la terminación de la vida, pero no es el propósito de la sedación, sino simplemente causar la inconsciencia para que el paciente no experimente el sufrimiento que no se puede aliviar durante el tiempo que le queda de vida.

## **Suicidio médicamente asistido**

Es la ayuda que da un médico a un paciente en respuesta a su solicitud, y consiste en proporcionarle los medios para que ponga fin a su vida. La ayuda puede consistir en darle una prescripción de una dosis letal de medicamentos o los mismos medicamentos. El mismo paciente es quien realiza la acción final que causa la muerte.

## **Suicidio asistido**

Es la ayuda que da una persona a otra que desea terminar con su vida. La ayuda no está restringida al contexto médico. Esto significa que el motivo de la persona que quiere morir no necesariamente se debe a una enfermedad, la

ayuda la puede dar cualquier persona y los medios utilizados pueden ser médicos o no.

### **Voluntad anticipada**

Es un instrumento mediante el cual una persona competente establece por escrito su voluntad sobre los tratamientos que querría y no querría recibir en caso de llegar a encontrarse en una situación en que no pueda expresar por sí mismo su voluntad. La voluntad anticipada entra en vigor cuando la persona ya no es capaz de expresarla.

**Graciela Enríquez Enríquez**  
coordinó esta edición de 1 000 ejemplares

Se terminó de imprimir en diciembre de 2017

Diseño gráfico editorial  
**Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.**  
Calle 2 núm. 21, San Pedro de los Pinos  
03800, México, D.F.  
55 15 16 57

En la composición se utilizó  
Book Antiqua  
en diferentes tamaños

Editado por  
**DMD**