



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

Centro de Ciencias Biomédicas
Departamento de Medicina

Centro de Ciencias Sociales y Humanidades
Departamento de Filosofía

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

“El Médico del siglo XXI ante la solicitud de Eutanasia o Suicidio Asistido hecha por enfermos en etapa terminal”

Tesis
Que presenta

Carlos Humberto Delgado Esqueda

Para obtener el grado de Maestro en Bioética

Asesor: Maestro en Filosofía José Acevedo Acosta

Aguascalientes, Ags. Octubre de 2008

A Elsa que con cariño, amor y paciencia me acompaña en la empresa de la vida.

A Carlos Humberto, Manuel Sebastián y Ana Sofía que son el incentivo de mi existir.

A mis padres y hermanos por hacerme sentir orgulloso de los que soy y brindarme las herramientas para forjar lo que seré.

A mis pacientes que gentilmente propician un deseo constante de superación, al manifestar confiados su dolor y sufrimiento ante la enfermedad, con la sutil esperanza de alcanzar a mitigarlos.

A todos aquellos que de manera inesperada, pero venturosa, impulsaron mi andar por el camino de la Bioética, gracias por su amistad, cariño y comentarios.

PRÓLOGO

En junio de 2003 expuse por escrito al Dr. Rubén Ruvalcaba Fregoso y al Dr. Sergio Lucio Torales, coordinadores de la maestría en Bioética de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, los motivos que me impulsaban a realizar dicha maestría:

“En la práctica clínica de la Medicina Interna, la especialidad que ejerzo desde 1989, se presentan con inusitada frecuencia situaciones en las que están involucrados los principios éticos del médico y del paciente. En algunas ocasiones se resuelven, más que por conocimiento, por intuición y en otras resultan graves problemas que tienen que dirimirse en el seno de las instituciones jurídicas (Ministerio Público) o conciliadoras (COESAMED)¹. En todos los casos, dejando una amarga experiencia por nuestro magro conocimiento de la Bioética. De ahí que, considero necesario recibir una instrucción formal que permita posteriormente contar con las habilidades suficientes para obtener la documentación necesaria, procesarla e integrarla y finalmente llegar a conclusiones y soluciones sobre los diferentes problemas éticos que en el trabajo diario se presentan”.

Desde el inicio de la maestría, los problemas bioéticos del final de la vida fueron destacando en importancia personal debido al tipo de pacientes que acuden con regularidad a la consulta de Medicina Interna: personas mayores de 60 años, con enfermedades múltiples y muy frecuentemente con enfermedades crónicas e incurables que irremediablemente las llevarán, en el transcurso del tiempo a la fase terminal de las mismas y finalmente a la muerte.

¹ COESAMED: Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

La relación que se establece con el paciente es generalmente afectuosa y con el paso del tiempo existe una franca simpatía por el enfermo, de tal suerte que, cuando se aproxima la muerte, en un entorno de dolor y sufrimiento, es inevitable el cuestionamiento:

¿Cómo puedo ayudar a mi paciente?

El conflicto en pleno aparece cuando el enfermo solicita la ayuda del médico-amigo para terminar con su vida y así, consecuentemente, acabar con su sufrimiento. Acude veloz y sin reparo el código penal, que no es diferente el de Aguascalientes al de otros Estados de la República Mexicana, en donde se condena la ayuda y la instigación al suicidio así como el homicidio piadoso.²

¿Cómo puedo, entonces, ayudar a mi paciente sin violar la ley?

¿Qué debo hacer?

Con estas preguntas rondando la testa transcurrieron los años de aula en la maestría. Así se forjó el proyecto de tesis, en la convivencia diaria con el dolor y el sufrimiento de seres humanos conscientes de su condición perecedera y con la esperanza de encontrar justificaciones racionales para el actuar profesional del médico, incluido principalmente quien esto escribe.

Fueron años de lecturas, principalmente en el área de las ciencias sociales y humanísticas con un derrotero persistente hacia la filosofía, terreno agreste para la mayoría de los médicos, sin descanso en el diario interactuar con los pacientes. Se seleccionaron textos y artículos publicados por autores relacionados con los dilemas bioéticos del final de la vida, para llevar sus comentarios a un terreno de diálogo productivo, permitiendo finalmente obtener conclusiones propias, con un gran deseo de que puedan ser utilizadas por otros compañeros médicos, principalmente aquellos involucrados con pacientes portadores de enfermedades crónicas, incurables y en fase terminal.

² *Legislación Penal Procesal del Estado de Aguascalientes. Código Penal*, EDITORIAL SISTA, México, 2003; pp. 28-29. Se describen los artículos 96, 97, 99 y 100 en el anexo.

Se utilizaron procedimientos lógicos del tipo de la inducción, análisis y síntesis en la elaboración de los resultados finales de la investigación. Los procesos deductivos se consideraron altamente paralizantes, ya que derivan de la norma escrita, de la Deontología y de la Ley, mismas que no deben considerarse absolutas, sino en permanente proceso de cambio, proporcional con el mismo cambio del hombre, que sigue formando su propio ser.

Vinieron las múltiples fichas bibliográficas cargadas de aromas de libertad, amor, trabajo, espiritualidad, rencor, respeto y admiración.

Finalmente, la comunicación del producto de la investigación, que es el que a continuación se presenta, pretendiendo entre otros objetivos, servir de referencia a los médicos que por su especialidad se interesen en el tema, proporcionándoles una ruta de búsqueda en el área humanística para que ellos, al igual que yo, puedan discernir la mejor conducta relacionada con el paciente en estado terminal, que ya no desea vivir y que solicita de forma libre, informada, reiterada y voluntaria la terminación de su propia vida.



DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CIENCIAS BIOMÉDICAS
PRESENTE

Asunto: Visto Bueno de Tesis de Posgrado
Aguascalientes, Ags., 14 de noviembre de 2008.

Por este medio le comunico que he leído con cuidado el documento de la tesis de posgrado elaborado y entregado para revisión, por el Dr. Carlos Humberto Delgado Esqueda, cuyo título es “El médico del siglo XXI ante la solicitud de Eutanasia o Suicidio Asistido hecha por enfermos en etapa terminal”, con el fin de obtener el grado correspondiente de la Maestría en Bioética que esta Universidad imparte en el Centro académico que usted preside.

La tesis cuenta con los siguientes apartados principales: Introducción; Capítulo I: Aspectos relevantes en la discusión sobre Eutanasia Activa Voluntaria y Suicidio Asistido; Capítulo II: Eutanasia y Suicidio Asistido en la historia; Capítulo III: Eutanasia y Suicidio Asistido, definición y conceptos; Capítulo IV: Aspectos legales en Eutanasia y Suicidio Asistido; Capítulo V: Eutanasia, Suicidio Asistido y religión; Capítulo VI: Eutanasia y Suicidio Asistido en Holanda; Capítulo VII: Cuidados paliativos, y VIII Conclusiones. Es un documento consistente, coherente y bien acabado, además, una propuesta novedosa para la comunidad médica y de la salud, por lo que me permito poner a su consideración el visto bueno inicial para que pueda comenzar a hacer los trámites de su titulación.

En espera de su atención a la presente, le envío un cordial saludo.



Mtro. José Acevedo Acosta
Tutor del tesista
Coordinador de la Maestría en Ciencias Biomédicas, Área de Bioética.



DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
P R E S E N T E

Por medio de la presente le comunico que ha sido evaluado el trabajo de tesis titulado: *"El médico del siglo XXI ante la solicitud de eutanasia o suicidio asistido hecha por enfermos en etapa terminal"* que presenta el Dr. Carlos Humberto Delgado Esqueda para obtener el grado de Maestría en Bioética, se informa que el trabajo cumple con los requisitos solicitados por lo que por parte del consejo académico no existe inconveniente para continuar con los trámites de titulación.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags. 14 de Noviembre 2008.



MCO. JAIME BERNAL ESCALANTE
SECRETARIO TÉCNICO DEL CONSEJO ACADÉMICO
DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

Ccp. Dr. Carlos Humberto Delgado Esqueda/ Pasante de la Maestría en Bioética.
ccp. Mtro. José Acevedo Acosta/ Tutor de trabajo de tesis
ccp. Archivo.



**DR. CARLOS HUMBERTO DELGADO ESQUEDA
PASANTE DE LA MAestrÍA EN BIOÉTICA
PRESENTE**

Por medio de la presente se le informa que una vez que su trabajo de tesis titulado:

"El médico del siglo XXI ante la solicitud de eutanasia o suicidio asistido hecha por enfermos en etapa terminal"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de Maestría en Bioética.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"**

Aguascalientes, Ags. 18 de Noviembre 2008.



**DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**

ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez/ Jefe de Departamento de Control Escolar
ccp. Mtro. José Acevedo Acosta/ Tutor de trabajo de tesis
ccp. Archivo.

RESUMEN

¿Deben los médicos ayudar a los enfermos en etapa terminal a suprimir su propia vida, cuando buscan con ello acabar con incesantes sufrimientos? Ésta es la pregunta que guía el presente trabajo de investigación documental en la búsqueda analítica de los elementos que den sustento a la actividad diaria de los profesionales de la salud que conviven con estos pacientes. Se identificaron y analizaron los principales puntos de discusión relacionados con Eutanasia Activa Voluntaria (EAV) y Suicidio Médicamente Asistido (SMA), como son: los conceptos de constitución del hombre dualista y monista, persona humana, dignidad humana, calidad de vida, libertad, autonomía y muerte digna. Se describe una visión histórica de la EAV y del SMA. Se revisaron diferentes definiciones de EAV y se propone una nueva definición. Así mismo, se plantean los diferentes aspectos legales de la EAV y del SMA. Se identificó como principal factor en contra de la aceptación de la EAV y del SMA, la postura religiosa monoteísta y se hizo un análisis de los principales argumentos de la Iglesia Católica dependiente del Vaticano. Se analizaron los cambios ocurridos en Holanda, Estados Unidos y Bélgica en relación a la aceptación de la EAV y del SMA. Se incluye en el trabajo un apartado de los Cuidados Paliativos, los cuales se consideran muy apropiados, indispensables y totalmente recomendados en el tratamiento de los pacientes enfermos en etapa terminal, que sin embargo no excluyen a la EAV y al SMA, sino que éstos últimos aparecen como la opción última en este tipo de pacientes.

Se concluye que el conocimiento actual es suficiente para justificar la EAV y el SMA en enfermos terminales con sufrimiento incoercible, y que los médicos pueden actuar en consecuencia, solamente limitados por sus propias creencias religiosas. Se sugiere hacer cambios legales para que no se excluya a los individuos por profesar religión diferente a la católica. No se considera necesaria la legalización de EAV y SMA, únicamente la despenalización, reconociendo que son casos muy concretos. El Estado debe tutelar los bienes del individuo, pero cuando la vida ya no es considerada un bien por el propio sujeto, no debe intervenir.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.	ii
PRÓLOGO.	iii
CARTAS DE LIBERACIÓN.	vi
RESUMEN.	ix
ÍNDICE.	x
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.	1
I.1 VISIÓN GENERAL DEL TRABAJO.	1
I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
I.3 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.	5
I.4 JUSTIFICACIÓN.	6
I.5 OBJETIVO Y METAS.	8
I.6 ALCANCES Y LIMITACIONES.	9
I.7 METODOLOGÍA.	10
CAPÍTULO II	
ASPECTOS RELEVANTES EN LA DISCUSIÓN SOBRE EUTANASIA ACTIVA VOLUNTARIA Y SUICIDIO ASISTIDO.	11
II.1 EVOLUCIÓN SOCIO-TECNOLÓGICA DE LA HUMANIDAD.	11
II.2 DESARROLLO DEL CEREBRO HUMANO. RUPTURA DE PARADIGMAS MÍTICOS Y RELIGIOSOS.	13
II.3 PERSONA HUMANA.	17
II.4 DIGNIDAD HUMANA.	26
II.5 CALIDAD DE VIDA.	30

II.6	LIBERTAD Y AUTONOMÍA.	36
II.7	MORIR CON DIGNIDAD.	43
CAPÍTULO III EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN LA HISTORIA.		48
CAPÍTULO IV EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS.		63
CAPÍTULO V ASPECTOS LEGALES EN EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO.		69
CAPÍTULO VI EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y RELIGIÓN.		78
CAPÍTULO VII EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN HOLANDA Y EN OTROS PAÍSES.		92
CAPÍTULO VIII CUIDADOS PALIATIVOS.		100
CONCLUSIONES.		106
ANEXOS.		114
BIBLIOGRAFÍA.		123

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I.1 VISIÓN GENERAL DEL TRABAJO.

Desde las últimas décadas del siglo pasado se han incrementado las enfermedades crónicas como el cáncer, SIDA, diabetes, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), cardiopatías y demencia. Con ellas, aumenta el sufrimiento físico y moral en los pacientes, mismo que en ocasiones resulta intolerable para muchos de ellos.

Al mismo tiempo, se han suscitado avances notables en la medicina y en particular en la aplicación de la tecnología médica, transformando la atención médica. En los años cincuenta, los prodigios tecnológicos alcanzaron resultados sorprendentes: se inventaron aparatos para respiración artificial principalmente para aquellos pacientes con poliomielitis avanzada que causaba parálisis respiratoria. Sin estos equipos el paciente irremediamente moría. Posteriormente mejoraron las técnicas quirúrgicas en el aparato cardiovascular. Apareció la angiografía coronaria, con el consecuente despegue de la Cardiología intervencionista y un creciente miedo a morir por infarto. Se crearon las Unidades de Cuidados Intensivos para pacientes graves. En los años sesenta se desarrollaron equipos para diálisis peritoneal y posteriormente para hemodiálisis. Se inició el trasplante de órganos y la cirugía para cambio valvular en corazón. En los setenta, se perfeccionaron aparatos de radiodiagnóstico y surgió la Tomografía Axial Computarizada, así como la Medicina Nuclear. En los ochenta, aparece la

Resonancia Magnética Nuclear y los trasplantes de corazón se hacen más frecuentes. En los noventa se perfeccionan los métodos para obtención de imágenes cerebrales dinámicas, es decir representaciones de las zonas cerebrales que incrementan su consumo de energía al ser estimuladas específicamente, con lo que el conocimiento neurológico avanzó en forma generosa y rápida, contribuyendo a la comprensión, aún parcial, del funcionamiento del sistema nervioso central en relación con neurotransmisores y su implicación en estados emocionales como depresión, manía, adicción, excitabilidad y placer.

Con los avances de la medicina y la aplicación de la tecnología ha resultado que los pacientes ahora sobreviven más allá de la etapa marcada por su enfermedad. Condiciones que hubiesen desembocado en una rápida muerte, ahora pueden ser tratadas y, si no se curan, al menos se controlan. Por lo tanto la población sobrevive más tiempo y encara enfermedades emergentes crónico-degenerativas.

La Bioética surge en 1970 como una disciplina centrada en el estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías aplicables a la vida, particularmente la humana. Se puede definir como: “el estudio sistemático de la conducta humana, en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que éstas conductas sean examinadas a la luz de los valores y principios morales”.¹ Intenta retornar a la reflexión y a la discusión, a fin de encontrar soluciones que se adapten a la situación actual, considerando que sus conceptos pueden ser cambiantes. Proporciona las herramientas necesarias para abordar los problemas éticos que se presentan al final de la vida, entre otros.

Tal como manifiesta John Keown² (catedrático de Derecho y Ética de la Facultad de Derecho de la Universidad de Cambridge), la adecuada atención del gran número resultante de pacientes enfermos y ancianos es difícil y costosa. Además,

¹ Garza Garza Raúl, *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*, Trillas, México, 2000; pp. 15-17.

² Keown John, *La Eutanasia Examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000; p. 315.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para algunas personas, el sufrimiento y la vejez pueden ocasionar un cansancio de la vida y el deseo de que no se prolongue más por medios médicos. Surge entonces en el horizonte la figura de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como problemas del final de la vida.

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido (en el trabajo se mencionará igual como suicidio asistido) son dos temas que de ningún modo pueden considerarse nuevos en la agenda de la humanidad. Se han mantenido en escena y los médicos, tal vez hasta cierto grado, han practicado ambas cosas. Ronald Dworkin³ sostiene que la polémica en torno a la eutanasia, repentinamente ha saltado a las primeras planas de los diarios, *“ahora que los médicos comienzan a admitir abiertamente lo que la profesión alguna vez mantuvo en secreto: que los médicos en ocasiones matan a sus pacientes que desean morir, o ayudan a tales pacientes a morir”*.

El creciente miedo a una muerte larga y dolorosa, los cambios en la forma de morir de las personas por enfermedades crónicas, el número de personas en edad avanzada cada vez mayor, la publicidad y el movimiento estadounidense a favor de mayor autodeterminación y autonomía⁴, son posibles factores que influyen en la urgencia para abordar esta temática.

Con estos antecedentes se hizo impostergable la revisión sobre los argumentos éticos y legales sobre eutanasia y suicidio asistido.

II.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la práctica cotidiana de la Medicina Interna, involucrada con el cotidiano sufrir físico y emocional de los pacientes, no es infrecuente encontrar situaciones en las que el propio individuo vislumbra como una alternativa favorable su propia muerte,

³ Dworkin Ronald, *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and individual Freedom*, Harpers Collins, Londres, 1993; p. 1.

⁴ Callahan Daniel, en el prefacio de Keown John, *La Eutanasia examinada*, op.cit., p.21.

con el objeto de mitigar sus incesantes sufrimientos. A continuación se describe un caso suscitado en consulta, de un paciente real:

Don J.V. es un paciente masculino de 74 años de edad con carga genética para Diabetes mellitus e Hipertensión arterial sistémica en su familia. Originario de Aguascalientes. Radicó en el Distrito Federal durante 50 años. Es pensionado del Gobierno municipal. Se desempeñó como administrativo durante su vida laboral. Fumador desde los 20 hasta los 70 años de edad, consumiendo de 20 a 30 cigarrillos por día. Con ingesta de bebidas alcohólicas ocasionalmente sin llegar a la embriaguez. No es casado. No tiene hijos. Su único familiar es un hermano que radica en Aguascalientes de 70 años de edad, quien vive con su esposa y una hija. J.V. vive solo en un pequeño departamento, viaja cada mes al Distrito Federal a cobrar su pensión.

Se detectó con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Bronquitis Crónica) desde hace aproximadamente 4 años, por lo que dejó de fumar. Con obstrucción bronquiolar severa que poco mejora al tratamiento con medicamentos broncodilatadores. Progresivamente se ha deteriorado hasta llegar a presentar hipoxia severa (falta de oxígeno severa en los tejidos) con Insuficiencia cardíaca. Tiene disnea de pequeños esfuerzos. Utiliza Oxígeno suplementario en su casa. En su evaluación se encuentra clasificado en Estadio III de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)⁵.

Acudió a consulta por exacerbación de la insuficiencia respiratoria, secundaria a una infección bronquial, manifestando gran angustia y desesperación. Es su cuarto episodio de gravedad que presenta en 2

⁵ ¹La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define como “una enfermedad caracterizada por la limitación al flujo aéreo pulmonar, la cual no es completamente reversible, comúnmente progresiva y se asocia a una respuesta inflamatoria anormal en los pulmones por la exposición a partículas nocivas o gases.”

Se clasifica en estadios de acuerdo a la severidad de la enfermedad, la producción de síntomas y los resultados de las pruebas respiratorias. El estadio III es el más avanzado, con gran incapacidad para realizar incluso labores de autocuidado. No es curable ni reversible. Su tratamiento está encaminado a disminuir la angustia del paciente por la falta de oxígeno y tratar las enfermedades concomitantes que puedan agravar el intercambio de gases a nivel pulmonar (infecciones, embolismos pulmonares, insuficiencia cardíaca). Su pronóstico es malo para la vida y la función al corto o mediano plazo.

*Pauwels RA, Buist S, Calvey PMA, Jenkins C, Hurd S. *Global Strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO. Global Initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Am J Resp Crit Care Med 2001; 163:1256-1276.

años. No desea hospitalizarse (no hay quien lo cuide en el hospital, sus recursos económicos son limitados y la experiencia en Hospitales Institucionales ha sido defraudante y desalentadora, no quiere regresar a ellos). No tiene dolor en ningún sitio de su organismo. Solamente experimenta una “sed de aire” que no mejora ni aún con el oxígeno que se agrega al aire que respira. Describe la sensación como “estar en el agua y no poder respirar”.

Con su voz fatigada, la respiración acelerada y áspera, su cara violácea, pone sus manos amoratadas sobre el escritorio y pregunta:

¿Doctor, Usted me ayudaría a terminar con esta constante agonía?

Al momento de escuchar al paciente se sacude de súbito y con fuerza inesperada la conciencia propia.

¿Debemos los médicos ayudar a los pacientes a terminar con su propia vida a fin de suprimir sus incesantes sufrimientos? ¿Solamente debemos limitarnos a mitigar su dolor con los cuidados paliativos? La respuesta a estas cuestiones se intentará obtener con el presente trabajo de investigación.

La pregunta central de esta tesis es:

¿Cómo debe actuar el médico, incluido yo mismo, ante la solicitud de Eutanasia Activa Voluntaria (EAV) o Suicidio Médicamente Asistido (SMA), hecha por un enfermo en etapa terminal?

1.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS VALIDA: Debo aceptar la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Médicamente Asistido y actuar en consecuencia, ya que el conocimiento actual es suficiente para justificarlos.

HIPÓTESIS ALTERNA: Debo rechazar la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Médicamente Asistido y actuar en consecuencia, ya que el conocimiento actual es suficiente para no justificarlos.

I.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Afortunadamente no todos los médicos se enfrentan a estos dilemas éticos del final de la vida. Médicos Geriatras, Internistas, Intensivistas, Cardiólogos, Neurólogos, Neumólogos, Oncólogos, Reumatólogos y principalmente los Médicos Generales, son quienes más frecuentemente enfrentan situaciones límite del final de la vida, que obligan a reflexionar sobre ellas para modificar conductas paradigmáticamente establecidas acerca de la deontología del gremio de trabajadores de la salud. Lo anterior constituye la justificación personal para la realización de esta tesis.

En otro contexto, es importante hablar de los problemas del final de la vida, ya que ellos ocurren principalmente en personas de edad avanzada que, además, cursan con mayor número de enfermedades crónico-degenerativas (Diabetes, Hipertensión, EPOC, Cáncer, Enfermedades del Corazón, Osteoporosis y Demencia), altamente incapacitantes y generadoras de sufrimiento.

La expectativa de vida, en nuestro país, se ha incrementado en los últimos 60 años. En 1950 el promedio de esperanza de vida en México era de 52.4 años. Para el año 2000 esta misma expectativa se incrementó hasta los 75 años y la proyección al año 2050 es de 82.7 años⁶.

⁶ Ham Roberto, Reunión Regional sobre envejecimiento y salud. Colegio de la Frontera Norte. www.edac.org/celade/noticias/paginas/8/12138/rham.pdf (22-04-08)

En Aguascalientes la expectativa de vida al nacimiento en 1940 era de 43.5 años. Para el 2004 fue de 75.8 años y se calcula que en 2030 será de 80.1 años⁷.

El porcentaje de la población en México mayor de 60 años se encuentra en ascenso, ya que en 1950 constituía el 5.6%, en 1990 el 6.2% y se calcula que para el 2030 será de 12.6%⁸.

Lo anterior significa que al momento actual hay en el país más de 108 576 411 habitantes⁹, de los cuales 6 053 399 corresponden a personas de más de 65 años. En Aguascalientes, la población actual se calcula en 1 074 319 habitantes, de los cuales hay 51 470 mayores de 65 años.

Para el año 2030, se espera en México una población mayor de 17 404 000 de adultos de más de 65 años.

Si suponemos que de esta población solo el 40% padece enfermedades crónicas degenerativas, significa que hay cerca de 428 724 enfermos que potencialmente pueden morir en breve. Y si de estos pacientes, suponemos igualmente que solamente el 20% tiene interés en la eutanasia y el suicidio asistido, estamos hablando de más de 84 000 enfermos en el país que esperan verse beneficiados con el debate y conclusiones acerca de estos temas.

Haciendo el mismo procedimiento, en Aguascalientes habría más de 20 588 enfermos de más de 65 años, y 4 116 de ellos interesados en que se respete su decisión de terminar con su vida de la mejor forma posible.

Así pues, otra justificación la constituyen estos pacientes ancianos y con enfermedades crónicas, incurables, que si bien son minoría en relación con la población total, no deben por ello quedar sin cobijo legal para llevar a cabo la máxima expresión de su libertad, con la terminación de su propia vida. Además,

⁷ Ramírez Reynoso Tomás, *La transición Demográfica*, Gobierno del Estado de Aguascalientes, Coordinación de Asesores, Aguascalientes, México, 2004; p.49.

⁸ Ruíz Arregui L, Rivera Márquez A. *Características de movilidad en población mexicana de edad avanzada. Un análisis de la encuesta 1988*. Salud Pública Mex. 1996 Vol. 38 (6): 430-437.

⁹ <http://sinars.salud.gob.mx/población> (22-04-08)

considerando que no se lesionan los intereses del Estado, ni de los familiares, ni de la sociedad misma, en este grupo muy concreto de pacientes que solicitasen eutanasia o suicidio asistido.

Debemos de aceptar la muerte que no es prematura, me refiero a la que llega cuando envejecemos, pues si se consiguiera derrotar a la muerte, tal como manifiestan los geriatras Carlos d'Hyver y Luis Miguel Gutiérrez R., entonces ya no se podría aceptar más gente en la tierra y, por lo tanto no se podría tener más hijos. El sexo se convertiría en una experiencia virtual, no habría comida suficiente para alimentar a tantas personas ni lugar en donde vivir y se destruiría la naturaleza que rodea a la especie humana. Por lo anterior, no sería viable en ningún sentido la inmortalidad. El envejecimiento y la muerte son procesos de cambio natural y benéfico en todas las especies animales¹⁰. La muerte buena, sin dolor ni sufrimiento, en nuestro entorno familiar y con nuestros seres queridos es la deseable: La Eutanasia.

Una justificación final para la realización de la investigación, es la propia autoconciencia de la finitud y el convencimiento de que la vida en general es buena, y todo lo que nos aporta es conducente a la felicidad de uno mismo. En esta perspectiva, deseáramos que se respete nuestra libertad para terminar la vida sin dolor ni sufrimiento, respetando igualmente a los demás y al Estado mismo, cuando se haya llegado al final del camino y sólo sufrimiento se vislumbre en el horizonte.

I.5 OBJETIVOS Y METAS DE LA INVESTIGACIÓN.

- 1) Analizar las diferentes posturas en relación con la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Asistido en el transcurso de la historia.

¹⁰ D'Hyver de las Desens Carlos, Gutiérrez Robledo Luis, *Geriatría*, El Manual Moderno, México, 2000; p. 15.

- 2) Identificar las cuestiones de controversia, tratando de clarificar significados y definiciones.
- 3) Evaluar los principales argumentos a favor y en contra de la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Asistido.
- 4) Fundamentar la actividad del médico ante la solicitud de Eutanasia activa Voluntaria o Suicidio Asistido por parte de un paciente en estado terminal de su enfermedad.
- 5) Crear un documento que sirva de ayuda a otros médicos para que a su vez, ellos puedan tomar una actitud razonada ante la solicitud de Eutanasia Activa Voluntaria o de Suicidio Asistido.

I.6 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación pretende ser de utilidad a los médicos de la actualidad, del siglo XXI, relacionados con la atención de los pacientes con enfermedades crónicas e incurables en etapa terminal. Médicos Geriatras, Internistas, Intensivistas, Cardiólogos, Neurólogos, Neurocirujanos, Nefrólogos, Reumatólogos, Oncólogos, Médicos Generales y Cirujanos en general.

Así mismo, puede servir de apoyo a los legisladores interesados en la dinámica cambiante de la sociedad, que exige una adecuación expedita de la legislación a las condiciones del conocimiento actual.

No pretende contener toda la verdad ni tampoco ofender a quienes profesan otras creencias y cosmovisiones. Más bien, pretende entablar un diálogo sano y productivo con ellos, sin afán de imponer criterios ni ideologías, y al mismo tiempo exigiendo un mínimo de respeto por los propios constructos mentales. La reflexión ética sobre los problemas que conciernen en la actualidad a la vida humana y a la vida en general, no es algo simplemente deducible de unos derechos o principios éticos básicos o fundamentales. La Bioética puede considerarse más que una

disciplina estática, como un proceso en el que tratamos de ir definiendo lo que significa vivir, pero vivir con calidad.

I.7 METODOLOGÍA.

Se revisaron con lectura crítica y obtención de fichas bibliográficas 52 textos relacionados con Eutanasia Activa Voluntaria y Suicidio Asistido; se revisaron, igualmente, 9 artículos sobre el mismo tema obtenidos principalmente vía internet.

Utilizando el procedimiento dialéctico caracterizado por la obtención de una tesis con su antítesis, se trató de concluir en una síntesis, haciendo confluir a varios autores en el mismo tema y finalmente aportando la propia conclusión.

Se utilizó el método Fenomenológico en algunos capítulos despojando los prejuicios (*epojé*) cultural y socialmente aprendidos y tratando de llegar al nómeno del objeto estudiado. Girando alrededor del objeto principal de estudio, la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Asistido, tratamos de encontrar respuesta en los diferentes autores a las preguntas básicas propuestas en el proyecto de tesis: ¿Qué es la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Medicamente Asistido? ¿Cómo se justifica la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Medicamente Asistido? ¿Por qué algunos pensadores están en contra y otros a favor? ¿Son benéficas para el individuo y la sociedad?

Las conclusiones se obtuvieron utilizando los cuatro métodos lógicos: Deducción, Inducción, Análisis y Síntesis, amén de una frecuente cavilación sobre las ideas expuestas a lo largo de esta investigación documental.

CAPÍTULO II

ASPECTOS RELEVANTES EN LA DISCUSIÓN SOBRE EUTANASIA ACTIVA VOLUNTARIA Y SUICIDIO ASISTIDO.

II.1 EVOLUCIÓN SOCIO-TECNOLÓGICA DE LA HUMANIDAD.

Hace aproximadamente 400 000 años se dieron los primeros cambios técnicos entre los humanos: el dominio sobre el fuego y, posteriormente, se conoció el barro y se forjaron los metales.¹¹

Inicialmente la especie humana se sustentaba como herbívora y carnívora. El hombre era parte del ecosistema que habitaba y estaba sujeto a los mecanismos reguladores del propio ecosistema. El *homo sapiens sapiens* apareció hace aproximadamente 30 000 años¹², siendo inicialmente cazador y recolector de frutos. Después pasó a ser pastor y agricultor. Con la agricultura el hombre logró independizarse, en buen grado, de los mecanismos reguladores del ecosistema, mejorando la producción de alimentos. Esta situación permitió que se incrementara la población humana con cambios importantes como la utilización de animales domésticos para transporte de carga; la gente comenzó a acumular bienes materiales y se inició el proceso de urbanización con la creación de aldeas, pueblos y ciudades.

¹¹ Valls Ramón, *Ética para la Bioética y a ratos para la política*, Gedisa, Barcelona, 2003; pp. 19-22.

¹² Masiá Clavel Juan, *El Animal Vulnerable. Invitación a la filosofía de lo humano*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1997; p.36.

Después de la agricultura, el otro gran cambio tecnológico fue en el siglo XVIII con la Revolución Industrial.

Con el lenguaje simbólico se originaron las ideas morales y religiosas en el hombre. La tecnología y el lenguaje moldearon las relaciones sociales con la jerarquización del grupo para impedir que otros humanos les disputasen la posesión de un buen territorio y sus recursos. Surgen las clases sociales: los agricultores, los artesanos, los comerciantes, los guerreros, jefes religiosos, nobles y reyes.

En la antigüedad y la Edad Media, de acuerdo con el neurobiólogo francés Jean Pierre Changeux¹³, se concibe al mundo físico organizado de una manera armoniosa, en la que se reconoce el designio del Creador y su generosa bondad. Los seres vivos componen una gran cadena de seres vivos con el hombre en la cúspide.

En 1543 muere Nicolás Copérnico apostando por un dramático cambio en la visión del mundo: La tierra gira alrededor del sol y no el sol alrededor de la tierra. A partir de este momento, según el doctor en Medicina y Filosofía Hugo Tristram Engelhardt¹⁴, el hombre deja de ser el centro del Universo. La teoría de Lamarck, en 1800, constituye la primera ruptura importante a esta concepción: las especies vivas derivan unas de otras por la reproducción, y se diversifican lentamente en el curso de generaciones sucesivas. En 1856, Darwin publica su libro "*Del Origen de las Especies por vía de la selección natural*", y expone la idea de una descendencia común, con variabilidad espontánea por efecto de la selección natural.

Con Mendel surge el desarrollo de la genética y el encuentro con la teoría evolucionista inicia, tal como afirma la doctora en Filosofía Juliana González¹⁵, la

¹³ Changeux Jean Pierre, Ricoeur Paul, *La Naturaleza y la Norma. Lo que nos hace pensar*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000; pp. 181-182.

¹⁴ Tristram Engelhardt H., *Los Fundamentos de la Bioética*, Paidós 2ª ed., Barcelona, 1995; p.32.

¹⁵ González Valenzuela Juliana, *Perspectivas en Bioética*, Fondo de Cultura Económica, UNAM, CNDH, México, 2008; p. 11.

Revolución Biológica. Ésta implica reconocer el origen terrenal del hombre y asumir que la evolución es creadora y a la vez conservadora de la vida. Todo lo anterior trae consigo una nueva idea del hombre, “*el hombre biológico*”, “*el hombre genético*”, “*el hombre neuronal*”. O sea, otra verdad acerca de lo que es el ser humano, bien lejana de las tradicionales verdades filosóficas y religiosas. El hombre es explicado de modo natural, desde un punto de vista físico-químico y biológico-evolutivo.

El hallazgo de la realidad genómica revela la semejanza profunda que el hombre tiene con todos los seres vivos en general, con los cuales comparte la misma sustancia vital del ADN (ácido desoxirribonucleico). Surge una nueva idea del hombre como una especie más, integrada en continuidad indisoluble al todo de la vida genética universal y se desmorona la concepción del Hombre dueño del Universo y de todos los seres vivientes inferiores a él. Surge la responsabilidad consigo mismo, con los demás congéneres y con todos los seres vivos, así como con el sistema ecológico que le rodea.

II.2 DESARROLLO EVOLUTIVO DEL CEREBRO HUMANO Y RUPTURA DE PARADIGMAS MÍTICOS Y RELIGIOSOS.

Acorde al modelo de evolución del cerebro propuesto por MacLeod y desarrollado por Akarin¹⁶, a lo largo del tiempo el cerebro se ha ido desarrollando en tamaño y complejidad, añadiendo estructuras nuevas sobre las anteriores, como si fueran capas de una cebolla, donde las más recientes recubren a las antiguas.

El cerebro de los reptiles, antecesor del humano, es como una formación bulbosa en el extremo cefálico de la médula espinal. Alberga los centros nerviosos necesarios para la supervivencia vegetativa: función respiratoria, cardiocirculatoria y deglución. Junto a ellas también las reacciones primarias de agresividad,

¹⁶ Akarin N., *Desarrollo evolutivo del cerebro humano* en Zarranz J, *Neurología*, Elsevier 3ª ed., Madrid, 2003; pp. 940-941.

defensa territorial y apareamiento. Regula las conductas de autoconservación, de rituales y de jerarquías sociales. Sus funciones permiten la supervivencia sin interacción emocional ni capacidad de conciencia. ***Es el cerebro arcaico o reptiliano.***

En los mamíferos primitivos, sobre el cerebro arcaico o reptiliano, se desarrolló el ***cerebro paleo-mamífero***, formado por el sistema límbico, el hipotálamo y algunos núcleos de la base cerebral. Son estructuras que permiten el control de la temperatura corporal, las emociones con capacidad para el afecto hacia las crías, a las que cuidan y protegen, así como relacionarse con otros congéneres, la irritabilidad, el miedo, la emotividad intensa y la actitud altruista.

Al diversificarse y desarrollarse los mamíferos, fue apareciendo el ***neocortex*** como una estructura laminar que recubre el cerebro arcaico y el paleo-mamífero. El neocortex, constituido por los lóbulos frontales, parietales, temporales y occipitales, es la base estructural de lo que en Neurología se denominan **funciones cerebrales superiores**, en el lóbulo frontal se desarrollan las funciones de **iniciativa, cautela, reflexión, anticipación del futuro (conciencia de la muerte) individualidad, libre albedrío**; en el lóbulo parietal el **lenguaje simbólico** (escritura, lectura y las matemáticas) **percepción espacio temporal**; en el lóbulo temporal sobresale el **lenguaje hablado** y en el occipital la **vista**.

El crecimiento del neocortex, a lo largo del surgimiento de diversas especies de *Homo*, conlleva el progresivo desarrollo de las áreas de asociación, nombre con el que se conoce a las áreas cerebrales que no tienen una función de representación sensorial o motora concreta, que aparentan no servir para moverse, ni para sentir, ni hablar, ni ver. Estas áreas sirven para conectar e integrar una información con otra y, en interacción con el tálamo, sirven de sustrato físico para la actividad mental de la conciencia. Estas áreas son casi inexistentes en los pequeños mamíferos, en los que todo el cerebro queda ocupado por el olfato, la visión, la sensibilidad y la motricidad.

Los humanos tienen la mayor capacidad de conciencia del reino animal, lo que les dota de un gran poder de abstracción y de vida mental. Pero, no se olvide que el cerebro humano también incluye las estructuras reptilianas y de mamíferos filogenéticamente más antiguos, vivimos y nos relacionamos con todas las estructuras unidas, lo que explica que junto con la gran capacidad para la cultura y la técnica (quizás el sello más distintivo de los humanos) mantenemos las reacciones de defensa y agresión propias de los estadios más antiguos.

Es entonces, a partir de la formación del neocortex, que el hombre adquiere conciencia de la muerte e inicia la conceptualización del universo a través de la mitología, creando dioses y sitios en donde habitan los muertos. Las principales religiones monoteístas crearon un solo dios y la esperanza de no morir, a través de la transmigración de las almas o la continuidad de la vida en el cielo o el infierno.

Con el conocimiento progresivo de la fisiología cerebral, que aún está en sus primeras fases, sobresale la similitud que hay entre lo que los griegos llamaron alma y sus géneros descritos posteriormente por Santo Tomás de Aquino¹⁷ en la primera parte de la Suma Teológica, en el apartado concerniente al Hombre (cuestión 78) y las estructuras cerebrales evolutivas (Teoría del cerebro trino):

Santo Tomás de Aquino **Akarin N. / MacLean P. /Sagan C¹⁸**

ALMA	CEREBRO
ALMA VEGETATIVA	CEREBRO ARCAICO O REPTILIANO
ALMA SENSITIVA	CEREBRO PALEO-MAMÍFERO
ALMA RACIONAL	NEOCORTEX

¹⁷ www.dominicos.org/publicaciones/Biblioteca/suma.htm (26-10-08)

¹⁸ Sagan Carl, *Los Dragones del Edén. Especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana*, Planeta DeAgostini, México, 2003.

Tal vez, si Aristóteles viviera en la actualidad y tuviera el conocimiento que hoy se posee, podría afirmar que cuando él se refería al alma estaba hablando concretamente del cerebro humano y sus funciones.

Descartes, escribió temerosamente en su libro *“El Tratado del Hombre”*, un acercamiento a la posibilidad de una sola sustancia constitutiva del hombre:

*“Los hombres estarán compuestos como nosotros de un Alma y de un Cuerpo; y es necesario que yo os describa primero el cuerpo aparte, y después el alma también aparte; y por último, que os muestre cómo esas dos naturalezas deben ser unidas para componer a unos hombres que se nos asemejen”.*¹⁹

Su libro no fue publicado en vida por temor a la Inquisición. La reflexión de Descartes ya vislumbra una organización jerárquica de las funciones y arquitectura del cerebro. En el nivel más bajo, se encuentran los órganos de los sentidos, músculos y nervios. En el nivel más elevado, se encuentra el alma razonable con su sede principal en el cerebro y cuyos atributos corresponden a las funciones superiores del cerebro.

Este conocimiento genera un poder de tal envergadura que, en muchos de los casos, va transformando nuestras formas de vida, pues altera un sinnúmero de nuestros conceptos y creencias más básicas acerca de la vida y la muerte, del hombre y su naturaleza, del bien y del mal, del presente y del futuro de la condición humana, tal como en algún momento lo expresó la filósofa Juliana González.²⁰

Es necesario, en este momento, enfatizar que la visión del hombre compuesto por cuerpo y alma no es posible sostener. Coincido totalmente con la doctora Juliana González cuando menciona:

¹⁹ Descartes R, *El Tratado del Hombre* cit. pos. Changeux, op. cit., pp. 39-41.

²⁰ González Valenzuela Juliana, *Genoma Humano y Dignidad Humana*, Anthropos/ Rubí, Barcelona, UNAM México, 2005; p. 45.

“Hoy no es posible fundamentar ninguna clase de dualismo. Nuestro presente histórico obliga a que el ser humano se identifique verdaderamente con su naturaleza biológica y admita que no hay ruptura posible con ella. Que se reconozca en su genoma, y vea radicadas en su ‘cerebro’, todas las funciones de su ‘alma’.²¹

El hombre es un solo individuo, un todo relacionándose consigo mismo y con el exterior. Apoya fuertemente la postura monista de algunos filósofos y obviamente, tiende a desechar la ideología dualista. No hay elementos racionales para sostener la existencia material del alma, por lo que sus funciones y potencias deben adjudicarse al cerebro humano.

Por otra parte, la inmortalidad la entendemos ahora como la persistencia del material genético a través de los años, no es un individuo el que sobrevive, es la especie la que tiende a inmortalizarse. De manera más general, dado que compartimos el ADN de las especies vivas más primitivas, quienes son inmortales son los seres vivos en general, que mantienen el ADN y lo perfeccionan constantemente.

Los humanos somos parte de la naturaleza, ni más ni menos que cualquier otro ser vivo. La diferencia más notable en la especie, es el desarrollo del neocortex con la subsecuente posibilidad de conciencia de sí mismos, la previsibilidad del futuro con la finitud incluida.

II.3 PERSONA HUMANA.

A continuación se abordan algunos conceptos esenciales en la discusión de la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Asistido. Gran parte de las cuestiones bioéticas se plantean en torno al concepto de persona. Esta palabra, procedente del argot teatral griego, significó primero la máscara o careta a través de la cual hablaban los actores. La persona era por lo tanto un revestimiento del actor que

²¹ González Valenzuela Juliana, *Perspectivas en Bioética*, op. cit., p. 21.

daba la cara más próxima al carácter de los personajes del drama. La palabra pasó al lenguaje metafísico-moral y al jurídico,²² sin una clara definición y significado.

Anicio Manlio Torcuato Severino **Boecio**, joven filósofo romano nacido en 480 y finado en Pavia el año 525, en su obra “*De Consolatio Philosophiae*” define a la persona como:

“ES LA SUSTANCIA INDIVIDUAL DE NATURALEZA RACIONAL”

En la terminología utilizada para su definición se aprecia la influencia Aristotélica, en donde **Sustancia** se aplica al hombre porque se pueden mencionar de él todos sus atributos posibles (tamaño, peso, aspecto, inteligencia, conocimiento, entendimiento, lugar de nacimiento), **individual** es que no se puede dividir; **Naturaleza** es esencia, lo que la cosa es y lo que la hace distinta a cualquier otra cosa. **Racional**, dotada de entendimiento y voluntad. Voluntad entendida como la capacidad de decidir libremente sobre los propios actos, es decir con libertad y autonomía.²³

A pesar de tener más de 1500 años esta definición conserva los elementos indispensables para considerar a un ser vivo como persona: indivisible y con entendimiento, voluntad y libertad. Si el entendimiento voluntad y libertad son funciones cerebrales del neocortex, entonces, una persona es por lo tanto, el individuo humano que tiene funciones cerebrales superiores.

John Locke (1632-1704), médico inglés que destacó como teólogo y filósofo, compañero de Isaac Newton, perseguido por sus ideas liberales a favor de la Iglesia protestante y el Estado democrático, propone en su *Ensayo sobre el entendimiento humano* la siguiente definición de persona:

²² Valls Ramón, *Ética para la Bioética y a ratos para la política*, op. cit., p. 205.

²³ Garza Garza Raúl, *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*, Trillas, México, 2000; p. 31.

“un ser pensante e inteligente, provisto de razón y de reflexión, y que puede considerarse a sí mismo como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares”²⁴.

Destaca de nuevo en esta definición un ser pensante, es decir, que tiene cerebro y que además éste funciona adecuadamente. Mantiene las funciones cerebrales superiores. Persona, por tanto, no puede concebirse como un ser unicelular, ni una planta, ni un animal, solamente el ser humano. Sólo una persona puede querer seguir viviendo, o tener planes para el futuro, porque solamente una persona puede entender la posibilidad de una existencia futura para él o para ella, incluyendo el hecho inevitable de morir.

Emmanuel Kant (1724-1804) en la “*Metafísica de las Costumbres*” habla de la persona en los siguientes términos:

“... los seres racionales llámense personas porque su naturaleza los distingue ya como fines en sí mismo, esto es, algo que no puede ser usado meramente como medio... es un objeto de respeto.”²⁵

Sobresale en esta conceptualización de la persona la inclusión de un elemento nuevo, aparte de la racionalidad, es necesario que se considere fin en sí mismo el individuo para entonces llamarse persona. Fin es lo que sirve a la voluntad de objetivo. Existe primero el deseo a nivel cerebral y por medio de la voluntad se consigue el objeto deseado que es el mismo fin.

Los medios, son los elementos utilizados por la voluntad para conseguir el objeto deseado. En la acción de un Rey, que desea mayor poder y riqueza, cuando utiliza su ejército de seres humanos para conseguir este fin, es altamente reprobable ya que se está usando a los seres humanos como medios y no como fines. Si por el contrario, el Rey manda a sus súbditos para que ellos de esta

²⁴ Locke John, *Ensayo sobre el entendimiento humano*, Editorial Nacional, Madrid, 1980; p. 492.

²⁵ Kant Manuel, *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, Porrúa, México, 2003; p. 44.

manera ganen tierras y dinero para su manutención y la de sus familias, entonces el acto es bueno ya que utiliza a los hombres como un fin.

Kant retoma la definición de persona y entonces declara:

“se les llama personas a los seres racionales como legisladores...todo ser racional debe obrar como si fuera por sus máximas, siempre un miembro legislador en el reino universal de los fines”²⁶

De nuevo da énfasis en que una persona necesariamente tiene que ser racional. Se entiende por ello que quienes no pueden ejercer la racionalidad, es decir el entendimiento y en el lenguaje actual, las funciones mentales superiores, y por ello no puede ser su propio legislador con autodeterminación, entonces no son personas. A todo sujeto racional digno de ser miembro legislador en el reino de los fines se le considera persona.

Las “no personas” estarían, entendiendo a Kant, en el reino de la naturaleza, sólo como seres humanos, no como personas, ya que no tienen la capacidad de razonar y por lo tanto no pueden darse a sí mismo normas o mandatos. No son capaces de tener imperativos categóricos.

Establece Kant al hombre racional como fin en sí mismo y el fundamento de este principio lo menciona como:

“la naturaleza racional existe como un fin en sí mismo”²⁷

Si tratamos de interpretar este principio, nos lleva a la conclusión de que la satisfacción de los fines de la razón son imperativos categóricos. Los fines primarios de la razón son el conocimiento del entorno mediato, inmediato y lejano, así como del propio cuerpo desde sus estructuras moleculares hasta las

²⁶ Kant M, *La Metafísica de las Costumbres*, op. cit., p. 56.

²⁷ Idem, p.48.

macroscópicas. El fin último, no es la vida eterna del individuo, sino la preservación de la vida mediante la conservación del ADN.

Ernst Cassirer introduce un nuevo elemento de consideración en la definición de persona:

“El hombre no puede escapar de su propio logro, no le queda más remedio que adoptar las condiciones de su propia vida; ya no vive solamente en un puro universo físico, sino en un universo simbólico. El lenguaje, el mito, el arte y la religión constituyen parte de ese universo, formando los diversos hilos que tejen la red simbólica. El hombre no puede enfrentarse con la realidad de un modo inmediato. La realidad física parece retroceder en la misma proporción que avanza la actividad simbólica. Se ha envuelto en formas lingüísticas, en imágenes artísticas, en símbolos míticos o en ritos religiosos, de tal forma que no puede ver o conocer nada sino a través de la interposición de este medio artificial. Por lo tanto, en lugar de definir al hombre como un animal racional, lo definiremos como animal simbólico”.²⁸

Con estos elementos, es importante agregar una característica más a la definición de persona: **Individuo, racional y simbólico.**

Otro concepto que no puede minimizarse es el que trata de vincular Luis Aranguren partiendo de lo propuesto por Lacroix: “El hombre no es una naturaleza, ni siquiera ontológica, sino historia que se realiza partiendo de una naturaleza”:

“Por ser tarea, la persona no está nunca totalmente dada, ya que en cada momento se encuentra haciéndose y creándose; mientras que

²⁸ Cassirer Ernst, *Antropología Filosófica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1997; p. 47.

el animal ya está hecho, el hombre debe hacerse y realizar su oportuno ajustamiento permanente”.²⁹

Con estos elementos incluimos a la definición de persona: **individuo, racional, simbólico y cambiante.**

Hasta el momento de este razonamiento sintético podemos, entonces, establecer que la persona no lo es en todo momento. En el transcurso del tiempo, un ser humano puede llegar a ser persona y posteriormente dejar de serlo.

El cristianismo aporta una noción diferente de persona. Por encima de la persona no reina la tiranía absoluta de un Destino, de un cielo de ideas, o de un pensamiento impersonal, sino un Dios a su vez personal, aunque eminentemente un Dios que ha “dado su persona” para asumir y transfigurar la condición humana, y que propone a cada persona una relación singular de intimidad, una participación de su divinidad. Cada persona es creada a la imagen de Dios, cada persona está llamada a formar un inmenso cuerpo místico y carnal en la caridad de Cristo. Así lo expresa Emmanuel Mounier en su libro *El Personalismo*.³⁰

El personalismo incluye entre sus ideas claves la afirmación de la unidad de la humanidad en el espacio y en el tiempo. La idea de un género humano con una historia y un destino colectivos del que ningún destino individual se puede separar (idea magistral de los padres de la iglesia). Se opone a todas las formas de racismo y de castas, a la eliminación de los anormales, al menosprecio de los extranjeros, a la negación totalitaria del adversario político. Un hombre, aún si es diferente, o está envilecido, sigue siendo un hombre al que debemos permitir seguir viviendo una vida de hombre.³¹

Si bien en el texto de Mounier no se encuentra una definición clara de persona, se infiere, por las reflexiones expresadas anteriormente del autor, que persona es igual a ser humano y su condición racional, simbólica y cambiante no es

²⁹ Aranguren Luis, *El Reto de ser Persona*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 2000; p. 236.

³⁰ Mounier Emmanuel, *El Personalismo*, Maica Libreros Editores, México, 2005; pp. 12-13.

³¹ Idem, pp. 57-58.

importante. Sólo es relevante la humanidad como conjunto de seres humanos que se dirigen a un mismo objetivo divino, a Dios. Cristo dio su persona, es decir su cuerpo, su vida, no su razón, para transfigurar la relación con los seres humanos. En esta concepción de persona la fe, sin razón o entendimiento, predomina en su caracterización.

Para el filósofo australiano Peter Singer,³² la característica más relevante de los seres humanos cuyos cerebros han dejado de funcionar irreversiblemente, no es que ya no sean miembros de nuestra especie, sino que ya no tienen perspectiva de recuperar la conciencia. Sin conciencia, la continuación de la vida no les puede beneficiar. Pierden la capacidad física, social y mental de interactuar con otros seres humanos, pierden la capacidad para tener preferencias de alimentación, vestido, compañía, lectura, de seguir viviendo y de tener experiencias disfrutables. No son personas. Define persona como:

“un ser con conciencia de su propia existencia en el tiempo y capaz de tener deseos y planes para el futuro”.³³

En nuestro constructo de definición de persona, se establece entonces, como un individuo racional, simbólico, cambiante que tiene conciencia y planes para el futuro. Como la conciencia, los deseos y los planes para el futuro entran en las funciones mentales superiores, entonces:

Persona es un individuo con funciones mentales superiores, simbólico y cambiante.

Peter Singer afirma que hay muchos seres que son sintientes y capaces de experimentar placer y dolor, pero no son racionales y autoconscientes, no siendo por tanto personas. Muchos animales no humanos pertenecen a esta categoría.

³² Singer Peter, *Una vida ética. Escritos*, Taurus, México, 2003; p. 262.

³³ Idem, p. 271.

Igualmente los recién nacidos y algunos seres humanos intelectualmente discapacitados, son seres conscientes, pero no son personas.³⁴

Para el doctor Hugo Tristram Engelhardt, las personas tienen conciencia de sí mismas, son racionales, libres de elegir y poseen un sentido de preocupación moral. Además se preocupan por ser alabadas o censuradas.³⁵ De acuerdo con lo anterior no todos los seres humanos son personas. Los fetos, las criaturas, los retrasados mentales profundos y los que se encuentran en coma profundo no son personas. No pueden culpar ni alabar, ni son censurables o loables, no toman parte principal de la empresa moral secular porque sólo las personas tienen esta posición. Las personas son agentes morales, y tienen que reflexionar sobre sí mismas. Son capaces de imaginar reglas de acción para sí mismas. Los seres humanos competentes que son considerados como personas, tienen una categoría intrínseca mucho más elevada que los fetos humanos.³⁶ El hecho de no tratar a un feto o una criatura como personas en sentido estricto, no demuestra una falta de respeto por ese feto o esa criatura. Simplemente no tiene las características de auto-reflexión, racionalidad y sentido moral de las personas.

Se llega a la conclusión que cuando no hay cerebro, no hay persona. Si el cerebro está muerto, la persona está muerta.³⁷

Este mismo autor clasifica a las personas de la siguiente manera:³⁸

Persona 1: Persona en sentido estricto, como agente moral, consciente de sí misma, racional, libre de elegir y con sentido de preocupación moral.

Persona 2: Ser humano capaz de desarrollar todas las funciones superiores del cerebro, como los niños, a quienes se les otorga prácticamente todos los derechos de las personas en sentido estricto.

³⁴ Idem, p. 171.

³⁵ Tristram Engelhardt H, *Los Fundamentos de la Bioética*, op. cit., pp. 152-155.

³⁶ Idem, p. 151.

³⁷ Idem, p. 267.

³⁸ Idem, p. 170.

Persona₃: Se asigna un sentido social de persona a los individuos que alguna vez fueron personas, pero ya no lo son, y que todavía son capaces de realizar una interacción mínima con otros individuos. Por ejemplo, los individuos con demencias adquiridas.

Persona₄: Se asigna un sentido social de persona también a aquellos individuos que nunca han sido ni serán personas en sentido estricto, como es el caso de los retrasados mentales profundos y los dementes.

Otro concepto de persona es del Hans Küng:³⁹

“Persona humana es un ser de deseos, un ser finito con infinitos anhelos, que encuentra y vuelve a buscar, conoce y de nuevo duda, goza y en el mismo gozo sigue insatisfecho”.

Para John Harris, profesor de Bioética y Filosofía en la Universidad de Manchester en Inglaterra, persona se define simple y llanamente:

“Una persona es una criatura capaz de valorar su propia existencia”.⁴⁰

Este autor manifiesta que a las personas que desean vivir se les hace un mal cuando se les mata, debido a que con ese acto son privadas de algo que valoran. De acuerdo con esta misma idea, a las personas que no quieren vivir no se les hace un mal cuando se les otorga el derecho a morir.

De acuerdo a éste mismo autor, quienes no son considerados como personas, o las personas potenciales, no pueden ser dañados de esta manera (al quitarles la vida) debido a que la muerte no les priva de nada que puedan valorar. Si no pueden querer vivir, no puede ser frustrado ese deseo si se les mata.

Un individuo gradualmente se transforma y cambia, evolucionado de un ser potencial o una **pre persona** a una persona verdadera, cuando se convierte en un

³⁹ Küng Hans y Jens Walter, *Morir con Dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Trotta. Madrid, 1997; p. 23.

⁴⁰ Harris John, *El Valor de la Vida*, en Keown John, *La Eutanasia Examinada, op. cit.*, pp. 32-33.

ser capaz de valorar su propia existencia. Si con el tiempo pierde esta capacidad, dejará de ser persona.

Finalmente, con la participación de Aristóteles, Boecio, Santo Tomás de Aquino, John Locke, Emmanuel Kant, Ernst Cassirer, Luis Aranguren, Emmanuel Mounier, Hugo Tristram, Peter Singer y John Harris cerramos el tema proponiendo una nueva definición de persona:

“PERSONA ES UN INDIVIDUO CON FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES, SIMBÓLICO Y CAMBIANTE”.

Persona es, entonces, un individuo singular, único en la naturaleza que tiene un cerebro estructurado hasta la formación del neocortex. Éste cerebro le permite realizar funciones mentales superiores como la reflexión, la anticipación del futuro, el libre albedrío, conciencia de sí mismo y el lenguaje simbólico. Pero además, este individuo es cambiante y puede dejar de ser persona en el transcurso del tiempo. Hay individuos con potencialidad para ser personas, pero que en ese momento no lo son, por ejemplo los fetos y los niños, y hay seres humanos que nunca serán personas debido a que no poseen un cerebro funcional.

II.4 DIGNIDAD HUMANA.

El doctor Ruy Pérez Tamayo, médico patólogo de amplia trayectoria clínica como filosófica en el país, respetado en todo el ámbito médico, señala de manera contundente lo que muchos otros ya pensábamos, que el concepto de “dignidad humana” es oscuro, mal definido y fácilmente manipulable para esconder creencias de tipo moral o religioso. Se utiliza ampliamente en la retórica de los derechos humanos, igualmente sin una definición clara y concisa. En ciertos instrumentos jurídicos *“el concepto de dignidad humana es un verdadero riesgo,*

pues la ambigüedad y la abstracción del término permiten que sea esgrimido para defender casi cualquier postura ética o para hacer interpretaciones desmedidas de sus alcances”.⁴¹

La etimología latina de “digno” remite primeramente a *dignus* (-a, -um); *dignum* es sinónimo de *decet*, y su sentido es “que conviene a”, “que merece”; implica posición de prestigio, “decoro” en el sentido de excelencia; corresponde en su sentido griego a *axios*, digno, valioso, apreciado, precioso, merecedor. De ahí deriva *dignitas*: dignidad, mérito, prestigio, “alto rango”.

“Dignidad en el sentido ontológico puede considerarse como el valor propio del ser humano, distintivo de su especificidad, de su naturaleza propia o esencial y de su grandeza, cifrada fundamentalmente en su libertad”.⁴²

Los elementos centrales de esta definición propuesta por la doctora Juliana González son:

1) **la dignidad equivale al valor del ser humano**: Es un valor intrínseco cuyo objeto no es compra ni venta. Es solamente exaltar la valía del hombre en el universo.

2) **es distintiva de su especie**: Por este valor es que se puede decir hombre.

3) **distintiva de su esencia, de su naturaleza propia**: Este valor recae en su esencia, que no es otra cosa que su razón, su neocortex cerebral con todas sus funciones cerebrales superiores.

4) **distintiva de su grandeza**: Es un egocentrismo y antropocentrismo que no ha sido posible despojar totalmente,

⁴¹ Pérez Tamayo Ruy, *Ética Médica*, en González Juliana, *Perspectivas de Bioética*, FCE, UNAM, CNDH, México, 2008; p. 243.

⁴² González Juliana, *Genoma Humano y Dignidad Humana*, op. cit., p. 64.

5) **se basa en la libertad del hombre.** Esta libertad igualmente se encuentra en el cerebro. Una vez que es deseado un objeto, la voluntad echa a andar los mecanismos conducentes para la obtención del mismo. Con la facultad de la libertad podemos escoger entre varias alternativas para alcanzar dicho objeto.

Se puede resumir que la dignidad es un valor que se auto asigna el hombre por considerarse superior al resto de los seres vivos, su fundamento lo constituye la presencia de la neocorteza cerebral con las funciones cerebrales superiores mediante las cuales tiene autoconciencia y libertad.

Por otra parte, la postura bíblica coloca al hombre por encima de toda la creación, asignándole un valor irreductible.

La tradición judía sostiene que el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, entonces se deduce que, del parecido del hombre con Dios surge su dignidad, es decir su valor. Por este mismo parecido deberá respetarse al hombre de manera incondicional.

Si Dios hizo al hombre a imagen y semejanza suya, al ver las múltiples imperfecciones de los humanos, surge la pregunta ¿Así será Dios? Seguramente la semejanza a la que se refieren los escritos bíblicos no es en lo corporal, sino en lo racional. Así pues, el paraíso terrenal no es una superficie de tierra sino un espacio cerebral, estuvo el homo en él mientras tenía solamente el cerebro arcaico o reptiliano. Al aparecer el cerebro paleo-mamífero, con desarrollo de las emociones y el mayor contacto social, se puede comparar con la etapa en la que se formó a Eva. Comienza la moralidad, es decir, inicia la evaluación de los actos humanos en relación con otras personas. Finalmente, el desarrollo del neocortex equivale a la expulsión del paraíso, la vergüenza, la autoconciencia y la certeza de la finitud fueron el castigo por haber llegado a éste estadio de crecimiento cerebral.

De esta manera, el paraíso terrenal no se refiere a un espacio en la tierra sino a la evolución y desarrollo del cerebro en el humano.

Seguramente, en la tradición judeo-cristiana, la semejanza del hombre con Dios, signifique solamente el parecido en cuanto al cerebro trino y no en su morfología corporal.

De estas reflexiones, podemos obtener que la dignidad o valor del hombre lo adquiera por la razón, por la presencia del cerebro con sus funciones cerebrales superiores.

Con Kant se dan las ideas de la universalidad ética y del hombre intrínsecamente concebido en su dignidad.

“... la dignidad de un ser racional que no obedece a ninguna otra ley que aquella que él mismo se da a sí mismo”.

“En el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se haya por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene dignidad”.

“La dignidad constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo, no tiene valor relativo, sino un valor interno”.⁴³

“La autonomía es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda la naturaleza racional”.⁴⁴

Con los elementos anteriores podemos deducir que el hombre es digno y tiene valor intrínseco debido a que tiene libertad. Tiene libertad porque tiene neocortex en su cerebro. Por lo tanto, la dignidad del ser humano está dada por la presencia de las funciones mentales superiores, incluida la libertad o autonomía.

⁴³ Kant M, *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, op. cit., p. 53.

⁴⁴ Idem, p. 54.

Con todo lo anterior, podemos concluir que la dignidad humana se puede definir como:

EL VALOR QUE SE AUTOASIGNA EL HOMBRE CON BASE EN SUS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES.

Significa que el valor de los hombres, autoasignado por supuesto, no es el mismo para todos los hombres. No tiene la misma dignidad humana un individuo con retraso mental profundo que aquel otro que conserva autoconciencia de sí mismo, deseo, voluntad y autonomía.

El término, con su uso cotidiano, pretende evitar atropellos por parte de la autoridad o de otros individuos que lesionen al sujeto de esta valoración, ya sea dañándolo o quitándole la vida. Sirve para defender la vida de los humanos, sin considerar condiciones particulares. Es un elemento preservador de la especie, pero al mismo tiempo causante de graves problemas en el desempeño de una sociedad. Sirve de velo a la imagen de la justicia. Seguramente, si tomamos en el sentido estricto la definición propuesta, evitaremos su uso indiscriminado y tal vez logre un avance en el ámbito jurídico-político.

II.5 CALIDAD DE VIDA.

Calidad viene del latín “*qualitas*”, que significa aquello que convierte a una persona en tal, por lo cual la individualiza y la diferencia de los demás seres. La cualidad, por antonomasia, del ser humano es la razón, de modo que *calidad de vida* viene a identificarse con racionalidad.⁴⁵ De lo anterior se infiere que quien mantiene las funciones mentales superiores y las utiliza en su propio beneficio, para sentirse bien, tiene una buena calidad de vida.

“*Calidad de vida*” puede considerarse sinónimo de “calidad de vida humana” y de “calidad de vida de la persona humana”. Esta expresión tiene un carácter

⁴⁵ Martínez Marín Pablo, *Calidad de Vida en Neurología*, Ars Médica, Barcelona, 2006; p. 4.

evaluativo. Es por tanto, obvio que hay niveles mayores o menores de calidad de vida.

Diego Gracia,⁴⁶ manifiesta en la revista JANO (Medicina-Humanidades) de España, que el concepto de *calidad de vida* comenzó a utilizarse a partir de de la década de los cincuenta, en el siglo pasado y se usa en 3 tipos de contexto:

- a) Descriptivo.- Es el campo de estudio de la calidad de vida como tal. Se enfoca en su definición y sus elementos.
- b) Evaluativo y normativo.- Permite comparar la calidad de vida entre los diferentes seres humanos y norma la conducta a seguir en los diferentes casos circunstanciales.
- c) Prescriptivo.- Las instancias gubernamentales así como aquellas encargadas de la salud pública, emiten recomendaciones, normas, reglamentos y leyes encaminados a obtener un cierto nivel mínimo de calidad de vida.

El concepto de *calidad de vida* para Gabriel García Colorado autor del libro “Bioética y Muerte”⁴⁷ implica, por una parte, los aspectos que para una sociedad determinada son esenciales: salud, alimentación, empleo, esparcimiento, seguridad; y, por otra parte, se encuentran las concepciones que el propio individuo tiene de satisfacción mínima de autorrealización y desarrollo personal, valores que son del todo personales.

En este acercamiento al concepto de *calidad de vida* sobresalen dos visiones diferentes:

- a) Por una parte, la visión de la sociedad dirigida al individuo en particular, es la visión de los “otros” juzgando la vida de un individuo. Desde este punto de vista, el individuo tiene calidad de vida si cuenta con 5 elementos:

Salud, alimentación, empleo, esparcimiento y seguridad.

⁴⁶ Gracia Diego, *Ética de la Calidad de Vida*, JANO, 1985; 645: 47-56.

⁴⁷ García Colorado Gabriel, *Bioética y Muerte. Aspectos sociales y éticos*, Trillas, México, 2008; p. 50.

La Organización Mundial de la Salud (1947) define salud como “**un estado de completo bienestar físico, psicológico y social**”⁴⁸, y no únicamente la ausencia de enfermedad. Significa que la calidad de vida es mayor proporcionalmente con el bienestar físico, psicológico y social del individuo. Si tiene manera de obtener una alimentación suficiente y balanceada su calidad de vida será mayor, y ante la falta de alimento será inferior. El empleo, seguramente se refiere a la capacidad para obtener los medios de salud, alimentación y esparcimiento. Este último, hace alusión al tiempo mínimo que los individuos necesitan fuera de las actividades laborales, para mantener un adecuado equilibrio psicológico. La seguridad no depende propiamente del individuo, sino de la sociedad misma convertida en Estado. Entendemos entonces, que la *calidad de vida* es un concepto susceptible de ser medido tomando en cuenta los anteriores parámetros. Así pues, la evaluación hecha sobre la calidad de vida por parte de los “otros” se pudiera expresar numéricamente. En el contexto político es un parámetro que puede y debe medirse para mejorar las condiciones de la población en general. Para fines del presente trabajo, no es esta calidad de vida la que necesitamos evaluar.

- b) La segunda visión que se tiene de “calidad de vida” es la que el propio sujeto tiene de su propia vida, una visión absolutamente subjetiva y que depende de su propia satisfacción al desarrollarse como persona. Una persona, como ya se definió es un individuo con funciones mentales superiores, simbólico y cambiante. El desarrollo de sus potencialidades le brinda satisfacción y la incapacidad para su desarrollo implica necesariamente una disminución en la calidad de vida. Si un sujeto tiene capacidad para locomoción, habla, audición, lectura, visión, sensibilidad a estímulos externos, memoria, proyección al futuro, análisis y síntesis de información, empatía y amor, libertad para actuar, voluntad y finalmente autoconsciencia, pero no puede desarrollar alguna de ellas, entonces ante

⁴⁸ Camps Victoria, *Una Vida de Calidad. Reflexiones sobre la Bioética*, Ares y Mares, Barcelona, 2001; p. 97.

sí mismo, su calidad de vida se encuentra disminuida. Cada una de estas funciones cerebrales tiene impacto diferente en las personas. En algunas, la capacidad de memoria e integración de información con un análisis crítico es prioritario, en otras lo será la libertad de acción y en otras más solamente la locomoción. De acuerdo a lo anterior, cada una juzgará diferente su calidad de vida. Evidentemente los seres humanos que no son personas, no tienen esta capacidad de autoevaluación y, por lo tanto, el aspecto subjetivo del concepto calidad de vida no se les puede aplicar. A ellos, sólo es aplicable el concepto de calidad de vida “social” o desde el punto de vista de los “otros”. El concepto de calidad de vida subjetivo, es el realmente valioso para considerar en el tema de la Eutanasia Activa voluntaria y el Suicidio Asistido. En la decisión individual de terminar con la propia vida, sólo cuenta la valoración subjetiva de la calidad de vida.

En el contexto de la visión subjetiva de la calidad de vida, se introduce el término “**calidad de vida relacionada con la salud**” (CVRS), mismo que se puede definir como:

“Es un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de la vida, en especial de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social”.⁴⁹

Calman sugiere que “la calidad de vida es el espacio existente entre las expectativas del paciente y sus propios logros”. Cuanto menor es este espacio, mejor es la percepción de una buena calidad de vida.⁵⁰

En este marco, la calidad de vida subjetiva depende de lo que el paciente espera y desea hacer y lo que realmente hace. Cuando el paciente desea ver y oír, caminar

⁴⁹ Martínez Marín Pablo, *Calidad de Vida en Neurología*, op. cit., p. 5.

⁵⁰ Calman KC. *Quality of life in cancer patients –An hypothesis*. J Med Ethics 1984; 10: pp. 124-127.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y bailar, pero no lo puede hacer porque se lo impiden las condiciones propias de su enfermedad o bien el tratamiento recibido, entonces puede evaluar su calidad de vida como mala.

Hörquist en este mismo sentido define a la calidad de vida como “la percepción global de satisfacción en un número determinado de áreas claves”.⁵¹

Así pues, cuando un individuo obtiene lo deseado, se encuentra satisfecho y, si está satisfecho, entonces, tiene una buena calidad de vida. La obtención de lo deseado está en función de las potencialidades del individuo, mismas que se pueden ver dañadas seriamente por la enfermedad o por el mismo tratamiento médico. Por tanto, un individuo que ha perdido la función y habilidades que antes poseía, no puede conseguir su propia satisfacción, a menos que considere su nuevo estado y potencialidades subyacentes y con ello limite sus deseos a “lo que puede hacer”. Esto explica el porqué personas con los mismos defectos y funcionalidad, se consideran a sí mismos con diferente calidad de vida y ejemplifica la subjetividad del término.

Hunt propone un modelo basado en las necesidades, y argumenta: “la vida gana en calidad no de las actividades que los individuos son capaces de desarrollar, sino de la capacidad de satisfacer algunas necesidades humanas, como el afecto, el estímulo, la autoestima y la comunicación”.⁵²

En este aspecto, lo que debe satisfacer el paciente son sus necesidades afectivas y de comunicación, no importando si puede comer o no, o si pueda moverse o hablar. Creo que las necesidades emocionales son un complemento para la definición de calidad de vida y no excluyentes de la actividad física.

Podemos concluir en relación al tema de *calidad de vida* que éste es un concepto que expresa una evaluación hecha por el individuo acerca de los “otros” o bien hecha por el individuo sobre sí mismo. Indica el grado de satisfacción que se

⁵¹ Hörnquist J.O. *The concept of quality of life*. Scan J Soc Med. 1982; 10: 57-61.

⁵² Hunt, SM. *Cross-cultural comparability of quality of life measures*. Drug Info J. 1993; 27: 359-400

puede atribuir a “otro” o bien, a sí mismo. El grado de satisfacción “del otro” depende de variables fijas impuestas por el evaluador como son: estado de salud física, psicológica y social. La salud física se evalúa en torno a las capacidades motoras, sensitivas, de relación e intelectuales. La salud psicológica en cuanto a la cobertura de las necesidades de cariño, afecto, integración y reconocimiento. La salud social evaluada por la capacidad de asumir roles sociales, laborales y familiares.

La calidad de vida objetiva sirve para normar mínimos deseables en la comunidad o en grupos específicos de personas o en individuos en lo particular. Es de principal importancia para establecer políticas de salud en la comunidad.

La calidad de vida subjetiva es la autoevaluación con base en la jerarquía propia de valores y es diferente en cada una de las personas.

Con esta conceptualización queda claro que algunos seres humanos están incapacitados para tener una calidad de vida subjetiva. Quienes no se consideran personas, debido a la carencia total o parcial en la funcionalidad de su cerebro, no tienen por tanto calidad de vida subjetiva. Sólo son susceptibles de tener una calidad de vida asignada por otros, es decir de tipo objetivo.

Las personas morales, cuyos actos tienen deseo, voluntad y libertad, tienen la posibilidad de evaluar su propia vida y de esta manera tener calidad de vida subjetiva. Cuando una persona considera, al evaluarse a sí misma, que tiene una mala calidad de vida como consecuencia de la enfermedad o del tratamiento de la misma, que no es susceptible de curación y se acepta a sí misma como percedera, entonces se justifica el deseo de terminar con la propia vida.

Se propone finalmente, un lenguaje simple y sencillo en su calificación, más de tipo cualitativo que cuantitativo, que en trabajos sobre el mismo tema permita un entendimiento globalizado:

CALIDAD DE VIDA OBJETIVA	BUENA	REGULAR	MALA
CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA	BUENA	REGULAR	MALA

II.6 LIBERTAD Y AUTONOMÍA.

Libertad se define como la facultad que tiene el ser humano de obrar o no obrar según su inteligencia y antojo.⁵³

Esta facultad se localiza anatómicamente a nivel del neocortex y constituye una de las funciones mentales superiores. Los seres humanos con deterioro de la función en la corteza cerebral no tienen esta facultad de elección. Los embriones, al no tener aún cerebro tampoco tienen esta facultad. Los niños al nacimiento, no tienen las conexiones neuronales suficientes para echar a andar el libre albedrío. El desarrollo neuronal de los primeros años de vida permite la completa utilización de esta facultad.

En la teoría evolutiva de Jean Piaget, la libertad aparece en la etapa 4 y corresponde a más de 12 años. En la teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, la libertad en los actos de los niños se hace evidente a partir de los 13 años en la etapa 5 (postconvencional).⁵⁴

Con lo anterior queda claro que la facultad de la libertad no está presente en el ser humano en todo momento, aparece como un desarrollo evolutivo del sistema nervioso central, la utilizamos a partir de la adolescencia (posterior a los 12 años) y es susceptible de perderse en las enfermedades mentales demenciales, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades neuroinfecciosas y en el estado de coma.

En cuanto a la demostración de la existencia de la libertad, es necesario referirnos a las reflexiones de Kant:

⁵³ Diccionario de la Lengua Española. 2005. Espasa-Calpe.

⁵⁴ www.slideshare.net/gilabert/concienciamoral (23-10-08)

“Hemos referido el concepto de la moralidad determinado en último término por la libertad; ésta, empero, no pudimos demostrarla como algo real ni siquiera en nosotros mismos y en la naturaleza humana; vimos solamente que tenemos que suponerla si queremos pensar en un ser como racional y con conciencia de su causalidad con respecto a sus acciones, es decir, como dotado de voluntad; y así hallamos que tenemos que atribuir, por el mismo fundamento, a todo ser dotado de razón y voluntad esa propiedad de determinarse a obrar bajo la idea de su libertad”.⁵⁵

Kant, desde el siglo XVIII ya duda de la existencia de la libertad, duda que aún permanece vigente en nosotros mismos, en la actualidad. Para clarificar el origen de esta duda nada como el ejemplo descrito por Erich Fromm:

“Observemos un experimento hipnótico. Aquí está el sujeto A, a quien el hipnotizador B coloca en estado de sueño hipnótico para sugerirle que, después de haberse despertado, tenga deseos de leer un manuscrito que cree haber llevado consigo, lo busque, y al no hallarlo, crea que una tercera persona C, se lo ha robado, debiendo entonces enojarse mucho con ella. También le sugiere al sujeto olvidar todo lo que ha sido una sugestión recibida durante el sueño hipnótico. Debe agregarse que C es una persona con la cual el sujeto nunca ha estado enojado y que, en las circunstancias existentes, no tiene ninguna razón de estarlo; además el sujeto no ha llevado ningún manuscrito.

¿Qué ocurre? A se despierta y, luego de haber conversado un poco, dice: «A propósito, esto me hace acordar de algo que he escrito en mi trabajo. Se los voy a leer». Mira alrededor de sí, no lo encuentra y entonces se dirige a C, insinuando que él es quien puede haberlo tomado; se excita cada vez más cuando C rechaza enérgicamente semejante insinuación, y por fin llega a estallar en manifiesta ira acusando directamente a C de haber robado el manuscrito. Aún más: hace notar la existencia de motivos que explicarían la actitud de C. Habría oído decir por otras personas que C lo necesitaba urgentemente, que tuvo una buena oportunidad de conseguirlo, y otras razones por el estilo. Le oímos así no solamente acusar a C, sino también construir numerosas «racionalizaciones» destinadas a

⁵⁵ Kant Manuel, Fundamentos de la Metafísica de las Costumbres, op. cit., p. 63.

hacer como plausible su acusación. (Por supuesto ninguna de ellas es verdadera y al sujeto no se le hubieran ocurrido en absoluto antes de la sugestión hipnótica).

Supongamos ahora que, en ese momento, entra en la habitación otra persona. Ésta no tendrá ninguna duda de que A dice lo que piensa y siente; el único interrogante para esta persona versaría acerca de la realidad de la acusación, a saber, si el contenido del pensamiento de A se halla o no conforme con los hechos objetivos”.⁵⁶

En el experimento hipnótico se modificó el contenido del pensamiento de un sujeto, de tal manera que lo que piensa, siente y desea parece ser verdadero. Este experimento demuestra que podemos tener pensamientos, sentimientos y deseos, que si bien los experimentamos subjetivamente como nuestros, nos han sido impuestos desde afuera. Entonces, voluntad, pensamiento y emoción (actos mentales) pueden ser instalados desde el exterior en nosotros, de tal manera que los consideramos propios. Aún cuando uno puede hallarse convencido de la espontaneidad de sus propios actos, derivados de su propia libertad, éstos pueden ser el resultado de la influencia ejercida por otra u otras personas, por gobiernos, instituciones y grupos religiosos.

El mismo Fromm afirma que la gente parece tomar decisiones, parece querer algo, pero en realidad sigue la presión interna o externa de tener que desear aquello que se dispone a hacer. Constituye un simple sometimiento a las convenciones, al deber o a la presión social.⁵⁷ Así pues, el cuestionamiento de la existencia de la libertad aun está presente.

Por otra parte la libertad en el cristianismo se fundamenta en el ejemplo de Cristo. Así, según Mateo (26: 36-46), Jesús en el huerto, presagiando plenamente el horror de su futuro sufrimiento y muerte, cayó al suelo temblando y sudando sangre.

⁵⁶ Fromm Erich, *El miedo a la libertad*, Paidós, México, 1947; pp. 185-186.

⁵⁷ Idem, p. 196.

Jesús penetró entonces de lleno en el horror del sufrimiento humano: el dolor, el tormento, la soledad y el abandono, pero termina su oración diciendo “hágase tu voluntad” obedeciendo la voluntad de Dios, la Ley del Señor.⁵⁸

Anthony Fisher (Orden de Predicadores Dominicanos) catedrático de Ética y Teología Moral en la Universidad Católica de Melbourne, Australia, comenta que el libre albedrío no es un mero capricho, no somos libres de hacer lo que nos plazca con nuestros cuerpos, nuestras vidas, nuestras oportunidades. Tenemos que tomar en cuenta el llamado que nos hace Dios. Debemos decir con Cristo, “No se haga mi voluntad, sino la tuya”.⁵⁹ La libertad, entonces, para el cristianismo es una libertad condicionada por deber hacia Dios.

En las relaciones interpersonales dentro de la sociedad, John Stuart Mill destaca los aspectos relevantes de la libertad:

“La única libertad que merece ese nombre, es la de buscar nuestro propio bien de nuestro propio modo, mientras no intentemos privar a otros de ese mismo bien o estorbar sus esfuerzos por alcanzarlo. Cada uno de nosotros es el guardián de su propia salud, ya sea corporal o mental o espiritual. Los hombres se benefician más si dejan que cada quién viva como le parezca mejor, que si se obliga a todos a vivir como los demás creen que es mejor”.⁶⁰

Desde este punto de vista, en una comunidad de individuos cuyos pensamiento e ideales son diferentes, cada uno puede actuar dirigido a la consecución de un bien material o espiritual, siempre y cuando no quite ese bien a otra persona sin su autorización. Establece Stuart Mill un principio para regir las relaciones de la sociedad:

“La propia defensa es el único fin que autoriza a la humanidad, ya sea individual o colectivamente, a intervenir en la libertad de acción de

⁵⁸ Nueva Biblia Española. Edición Latinoamericana, Editorial Cristiandad, Madrid, 1976.

⁵⁹ Fisher Anthony, *Aspectos Teológicos de la Eutanasia*, en Keown John, *La Eutanasia Examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, op. cit., p. 420.

⁶⁰ Stuart Mill John, *Sobre la Libertad*, Gernika 3ª ed., México, 1996; p. 24.

cualquiera de sus miembros. Ni siquiera es razón suficiente el propio bien físico o moral del individuo. No hay derecho alguno para obligarlo a actuar o dejar de hacerlo, porque sea para su propio bien, porque con ello puede ser más feliz. Para justificar la intervención sobre la libertad del individuo, sería necesario que su conducta pudiera causar daños a otras personas. En lo que solo concierne a él mismo, su independencia debe ser absoluta. «Todo individuo es soberano sobre sí mismo, así como sobre su cuerpo y su mente».⁶¹

Concluye su obra sobre la Libertad Stuart Mill, indicando la responsabilidad del individuo acerca de sus actos:

- 1) El individuo no es responsable de sus actos ante la sociedad mientras estos actos sólo le conciernan sin afectar a otras personas.
- 2) El individuo es responsable de aquellas acciones que sean perjudiciales para los intereses de otros, y puede someterse a castigos ya sea sociales o legales, si la sociedad opina que se requiere la aplicación de unos y otros para su protección.⁶²

En relación al concepto de autonomía, se tendrá que decir que no equivale del todo a autosuficiencia o a independencia, ni siquiera a libertad. Proviene de los vocablos “*autos*” que significa “uno mismo”, y “*nomos*” que significa “ley”. Así pues, autonomía es la capacidad de las personas (dotadas de las funciones cerebrales superiores, simbólicas y cambiantes) para darse a sí mismas leyes y normas para conducir su actuación en la vida con respecto a sí mismos y a los otros.

Este principio de autonomía ha logrado sobresalir en nuestra época como una consecuencia de la ideología liberal, antítesis de la ideología religiosa. Este liberalismo, según Victoria Camps, nos llega de la mano de Estados Unidos, de

⁶¹ Idem, p. 20.

⁶² Idem, p. 149.

una sociedad individualista, que dice respetar por encima de todo a la persona y sus valores particulares.⁶³

Al igual que se cuestiona la existencia de la libertad, se puede cuestionar la existencia de la autonomía, ya que nuestra capacidad de decidir es limitada en el tiempo y en el espacio. Somos producto de una época, de una cultura, de un territorio, de unos padres, de unas condiciones económicas particulares, de una educación, de unas relaciones profesionales... en fin, que si podemos decidir algo por nuestra cuenta, el campo que nos queda para hacerlo es más bien reducido.

La mayoría de las normas que nos autoimponemos, mediante el uso de nuestra autonomía, son un reflejo de lo que la familia, la sociedad, la religión y el Estado presionan para que las adoptemos y de esta manera asegurar la pertenencia al grupo. Por esto es válido preguntarnos si es con base en nuestra autonomía que elegimos normas y preceptos conductuales y si realmente existe la libertad para elegir estas normas.

Victoria Camps arremete con fuerza es este aspecto y comenta: “Es irreal pensar que las decisiones pueden ser realmente autónomas. La autonomía de que gozamos es muy limitada”.⁶⁴

La idea de que nadie es en verdad libre, sino que uno siempre actúa condicionado por las diversas circunstancias en que se ve envuelto, es muy factible.

Al parecer existe un miedo generalizado para ejercer la autonomía y la libertad tal como lo mencionan Camps y Fromm. Para la primera, el motivo principal es la comodidad y el bajo riesgo de actuar bajo normas y leyes dictadas por otros.⁶⁵ Mientras que para Fromm, es el grado de autoconsciencia individual el que plantea un problema exclusivo de la naturaleza del hombre: de sí **“al tener conciencia de uno mismo como distinto de la naturaleza y de los demás individuos, al tener conciencia de la muerte, de la enfermedad y la vejez, el**

⁶³ Camps Victoria, *Una Vida de Calidad*, op. cit., p. 243.

⁶⁴ Idem, p. 167.

⁶⁵ Idem, p. 84.

individuo debe sentir necesariamente su insignificancia y pequeñez en comparación con el universo y con todo lo demás que no sea “él”. A menos que pertenezca a algo, a menos que su vida posea algún significado y dirección, se sentirá una partícula de polvo y se verá aplastado por la insignificancia de su individualidad”.⁶⁶

Ante esta percepción, se genera en el hombre una necesidad de pertenencia a un grupo mayor, que signifique más que él, que tenga dirección y proyecto. Así pues, el individuo pierde su libertad por integrarse a grupos sociales, políticos o religiosos en donde minimiza su libertad y autonomía.

Concluyo el tema de libertad y autonomía sintetizando que la libertad es una función intelectual y la autonomía, la capacidad de fijar a sí mismos normas y leyes de conducta. Ambas se deben ejercer con responsabilidad, que significa la no afectación de los “otros” con los actos dirigidos a la consecución de los bienes que se consideran valiosos. Ni el Estado ni la sociedad ni los demás individuos tienen derecho a interferir en las decisiones que involucran al sólo individuo, cuando éstas no les afectan.

En este contexto, y relacionado con la Eutanasia y el Suicidio Asistido, coincido con Asunción Álvarez del Río cuando menciona que “la opción de elegir la muerte es inseparable de la libertad del ser humano para vivir. Libertad que no puede separarse de la responsabilidad y que finalmente es condición de la ética”.⁶⁷

Emmanuel Kant, Victoria Camps y Juliana González coinciden en que es la libertad la base de la ética y la moralidad, pero si la libertad está influida por el entorno contextual e histórico del hombre, entonces los actos humanos deberán juzgarse siempre de manera individual y en su contexto circunstancial. Hecho que debe enfatizarse en relación al tema de la Eutanasia y el Suicidio Asistido.

⁶⁶ Fromm Erich, *El Miedo a la Libertad*, op. cit., p. 41.

⁶⁷ Álvarez del Río Asunción, *Práctica y Ética de la Eutanasia*, Fondo de Cultura Económica, México, 2005; p. 196.

II.7 MORIR CON DIGNIDAD.

Previamente se hablaba ya de dignidad como el valor propio del ser, distintivo de su especificidad, de su naturaleza propia o su esencia. La dignidad de la muerte sólo se puede concebir en el contexto de lo humano. Es el valor de la muerte, pero no de cualquier muerte, sino de la que ocurre en el ser humano. Lo que la hace específica y el grado de su esencia es que constituye la pérdida de la función de integración neurológica. Dignidad de la muerte es un concepto estático, rígido, sin evolución en el tiempo.

Morir con dignidad, sin embargo, es un concepto dinámico que ocurre en el tiempo y puede ser el equivalente a “el hombre merece morir dignamente”. Así pues, consideramos conceptos similares y con la misma significación “muerte digna”, “morir con dignidad” y “el hombre merece morir dignamente”.

Para Gabriel García Colorado⁶⁸ morir con dignidad implica morir en función de las creencias religiosas del paciente, o en caso de no tenerlas, de las convicciones e ideologías en que siempre ha sustentado su vida; es optar por la atención paliativa o por la forma de morir acorde a sus valores.

Entendemos, entonces, que la dignidad de la muerte está en la congruencia de las convicciones del individuo, es decir que si el individuo tiene en su sistema de creencias que la muerte debe ser dolorosa para expiación de sus pecados, entonces al sufrir durante el proceso de morir está teniendo una muerte digna, según el autor García Colorado.

Para el Médico Internista Arnoldo Kraus,⁶⁹ morir con dignidad es no morir solo, abandonado, con angustia y sufrimiento.

Daniel Behar⁷⁰ establece la muerte digna como calidad de la muerte que debe de cumplir con ciertos requisitos:

⁶⁸ García Colorado Gabriel, *Bioética y Muerte. Aspectos sociales y éticos*, op. cit., p. 50.

⁶⁹ Kraus Arnoldo, Álvarez Asunción, *La Eutanasia*, CONACULTA, México, 1998; p. 5.

- Estar en un lugar deseado.
- Ser el agonizante, físicamente capaz de hacer lo que desee.
- No padecer dolor.
- Sentirse en paz con Dios, consigo mismo y con el entorno.
- Participar en actividades diarias habituales.
- Vivir hasta que ocurra un acontecimiento que considere crucial.
- Ser capaz de permanecer en el hogar tanto tiempo como lo desee.
- Morir dormido, sin conciencia.
- Sentirse en plenitud de facultades.
- Completar algunas tareas que considere importantes.
- Ser capaz de aceptar la muerte.

Completar estos postulados parece francamente imposible, sin embargo, constituyen el deseo de que una buena muerte incluya todos estos elementos.

Para Asunción Álvarez,⁷¹ la dignidad al morir puede relacionarse con la posibilidad de ejercer la libertad hasta el final de la vida, tener en cuenta la voluntad del que muere. Sin sufrimiento y evitando una situación que obligue a vivir contrario a los valores que siempre se han defendido.

El Geriatra Carlos d' Hyver⁷² manifiesta que la muerte digna implica:

- Calidad de vida.
- Atención adecuada.
- Ayuda para resolver problemas.
- Morir rodeado de gente cariñosa.
- No ser objeto de experimentación.
- Respetar y darle gusto al paciente.
- Presentarle opciones reales.
- No dar expectativas falsas.

⁷⁰ Behar, Daniel, *Un Buen Morir. Encontrando sentido al proceso de la muerte*, Pax, México, 2003; pp. 119-120.

⁷¹ Álvarez del Río Asunción, *Practica y Ética de la Eutanasia*, op. cit., pp. 13-21.

⁷² D'Hyver Carlos, *Geriatría*, op. cit., pp. 616.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para el doctor en Derecho Enrique Díaz Aranda,⁷³ morir dignamente en la Grecia antigua y Roma, era simplemente morir sin sufrimiento, no esperando la degradación que implicaban las enfermedades.

Para el médico Anestesiólogo y Algólogo español Marcos Gómez Sancho,⁷⁴ activista de la medicina paliativa, morir con dignidad significa, sencillamente, irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, intubado, inyectado, perfundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos, entregado al morbo, pero también al afecto, al mimo sosegador de la familia y de los amigos.

Para morir con dignidad es necesario “construir la muerte”, menciona Marcos Gómez, es decir trabajar con un paciente y sus múltiples espacios psíquicos para lograr un producto: la mejor muerte posible.

El mismo Marcos, puntualiza los principales elementos para morir con dignidad:

- Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica.
- Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo.
- Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser vivir su hora más hermosa.
- Morir manteniendo con las personas más cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
- Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar del difícil *ars moriendi*.
- Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llegue.
- Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchas interrogantes que la vida ha abierto, quedan sin respuesta.

⁷³ Díaz Aranda Enrique, *Del Suicidio a la Eutanasia*, Cárdenas Editor y Distribuidor, México, 1998; p. 9.

⁷⁴ Gómez Sancho Marcos, *Morir con Dignidad*, Arán, Madrid, 2005; p. 70.

- Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

Para el Médico Internista Alberto Lifshitz,⁷⁵ de amplio prestigio en México, la dignidad de la muerte se relaciona con la dignidad de la persona. Esta dignidad nos distingue de los animales y de las cosas, de modo que la muerte digna es aquella que corresponde a un ser humano y se diferencia de la muerte de un animal o a la desaparición física de las cosas.

El Neoleonés Raúl Garza Garza,⁷⁶ iguala la muerte digna con la ortotanasia, en donde se trata de aliviar los sufrimientos, creando una atmósfera de confianza y calor humano.

Paulina Taboada,⁷⁷ publicó en Chile su artículo “*El derecho a morir con dignidad*”, en donde morir con dignidad se da solamente con el respeto a la libertad individual, pero no justifica la Eutanasia ni el Suicidio Asistido y propone como mejor alternativa la Medicina Paliativa.

Como se habrá visto, existe una amplia retórica acerca de la muerte digna, pero tratando de concluir, diremos que es la muerte deseable para todos los seres humanos y que debe cumplir por lo menos con dos de sus tres elementos principales: sin sufrimiento, acompañados y con el máximo respeto a su libertad de elección.

Quienes no son personas sólo pueden tener dolor físico, no hay la capacidad para integrar emocionalmente el sufrimiento; frecuentemente no perciben la compañía y no tienen capacidad de libertad, por lo que, lo menos que una muerte digna les debe ofrecer es la ausencia de dolor y el acompañamiento de los individuos emocionalmente vinculados con ellos.

⁷⁵ Lifshitz Alberto, *Ética en la Medicina Interna*, en *El Internista. Medicina Interna para Internistas*, Nieto Editores 3ª ed., México, 2008; p. 13.

⁷⁶ Garza Garza Raúl, *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*, op. cit., p. 251.

⁷⁷ Taboada Paulina, *El Derecho a morir con Dignidad*, Acta Bioethica 2000; año VI No 1 pp. 91-101.

El dolor y el sufrimiento se pueden mitigar con la ayuda de los cuidados paliativos, ofreciendo medicamentos analgésicos y sedantes potentes, confortamiento espiritual acorde a las creencias religiosas de cada persona y compañía. En los casos en que el paciente considere que subjetivamente su calidad de vida es mala, se deberá respetar al máximo posible su libre decisión de optar por la Eutanasia Activa voluntaria o bien por el Suicidio Asistido.

Una muerte digna, implica también el valor que se le da al sufrimiento. Así pues, habrá personas en las que sus creencias impliquen la expiación de los pecados propios y ajenos, a través del sufrimiento. En ellas, la dignidad de la muerte necesariamente conlleva dolor y sufrimiento. El respeto a su libertad de elección, es fundamental, por lo que, la sedación y la analgesia, no serían una actuación deseable de ser realizadas por el médico. En este caso muy particular, sin embargo, se deben conservar los dos elementos restantes: compañía y respeto a la libertad de elección. No es deseable que el médico abandone a su paciente, por la elección de de éste último de morir con sufrimiento. Éste es el caso de algunas religiosas y religiosos de vida contemplativa, que ofrecen sus sufrimientos para ayudar a personas vivas o muertas en su tránsito a la vida eterna con Dios.

En lo personal, sostengo que la muerte digna deberá incluir en la mayoría de los individuos la ausencia de sufrimiento, la compañía y la libertad de elección.

CAPÍTULO III

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN LA HISTORIA.

PUEBLOS PRIMITIVOS.

Saúl, primer rey de Israel, fue malherido en combate por una flecha filistea. Temeroso de ser torturado y humillado por sus captores, rogó a su escudero que lo matara (1 Samuel 31:1-4; Crónicas 10:1-4). De acuerdo al teólogo Anthony Fisher⁷⁸, existen dos versiones de lo que ocurrió después. En la primera, el escudero se negó a matarlo, por lo que Saúl decidió suicidarse arrojándose contra la punta de su propia espada. En la otra versión, un joven amalecita llegó hasta donde se encontraba Saúl y éste le dijo en tono suplicante: “acércate a mí y mátame, porque me ha acometido un vértigo, aunque tenga aún toda la vida en mí” (2 Samuel 1:6-10). El joven amalecita obedeció, realizando lo que en la actualidad llamaríamos un acto de eutanasia voluntaria, suicidio asistido u homicidio piadoso.

Emile Durkheim menciona que los guerreros daneses consideraban oprobioso morir en el lecho, de vejez o de enfermedad, y se suicidaban para escapar de esta ignominia. Los Godos creían que los que mueren de muerte natural están destinados a corromperse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos.

En los límites de las tierras de los Visigodos había una roca elevada, llamada “la roca de los abuelos”, desde la que se precipitaban los viejos cuando estaban

⁷⁸ Fisher Anthony, *Aspectos Teológicos de la Eutanasia*, en Keown John, *La Eutanasia examinada*, op. cit., pp. 413-414.

cansados de la vida. Esta costumbre también se hallaba en los pueblos de los Tracios y los Heráculos.

Los celtas españoles desdeñaban conocer la vejez. Asignaban una mansión de delicias a quienes se daban muerte y un espantoso subterráneo a los que morían por enfermedad o decrepitud.⁷⁹

Plinio, citado por Derek Humphry,⁸⁰ habla acerca de los ancianos de las tribus bárbaras del norte, que saltaban al mar desde lo alto de las rocas por “no sentir ningún placer en ver el futuro”. Afirma que la muerte a causa de enfermedad, lesiones o vejez se trataba en las culturas primitivas de forma más realista que hoy en día. Se le trataba como parte natural de la vida.

En Ceos, según describe Carmen Juanatey, los hombres que habían llegado a cierta edad se reunían en solemne festín, donde, coronada la cabeza de flores, bebían alegremente la cicuta. Esta misma práctica existía entre los Trogloditas y entre los Leares.⁸¹

Durkheim comenta que es difícil precisar sobre la legislación de los pueblos primitivos mencionados, sin embargo la complacencia con que el suicidio era allí considerado permite creer que no se hallaba formalmente prohibido. Aunque es posible que no fuera tolerado en todos los casos. La posible tolerancia del Derecho antiguo con respecto a la muerte voluntaria se da acorde a la concepción del suicidio altruista, en cuando a deber social.

Con respecto a los pueblos hindúes, Juanatey comenta que el suicidio se justificaba a partir de su concepción de la vida terrena como un paso intermedio a superar lo antes posible. En la India antigua, los enfermos incurables eran conducidos por sus allegados al río Ganges, donde se les ahogaba mediante la introducción de barro en la nariz y la boca. Se atribuyen estas costumbres al deseo de acabar con el sufrimiento de estos enfermos incurables y de propiciar a

⁷⁹ Durkheim Emile, *El Suicidio*, Grupo Editorial Tomo, México, 2004; pp. 211-212.

⁸⁰ Humphry Derek y Wickett Ann, *El derecho a morir*, Tusquets, Barcelona, 1999; p. 18.

⁸¹ Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, Fontamara, México, 2004; pp. 13-18.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

las almas una vida mejor. No está claro si se les obligaba o no a morir. Las fuentes disponibles no apoyan que fuesen actos de beneficencia o simples actos criminales.⁸²

Esta misma autora manifiesta que en los esquimales, que constituyen sin duda uno de los grupos más genuinamente primitivos conocidos por los antropólogos, la licitud del suicidio deriva de uno de los postulados en que subyace la organización social esquimal: “la vida es dura y el margen de seguridad es pequeño”. De este postulado deriva el principio: “no se puede mantener a los miembros improductivos de la sociedad”. Tanto el suicidio como el infanticidio y el senilicidio, así como dar muerte a los inválidos, son actos aprobados socialmente. Los ancianos que no pueden ya contribuir a las cargas sociales, no sólo pierden su derecho a vivir, sino que adquieren su derecho a morir. Así pues, los ancianos y enfermos comunican a su familia que ya están dispuestos a morir y, si la familia es piadosa, les complacen abandonándolos en plena naturaleza o matándolos. Muchos esquimales creen que si se enfrentan a una muerte violenta irán al paraíso.

En consecuencia, tanto el suicidio como la asistencia del mismo, son entre los esquimales conductas lícitas y en ocasiones conductas debidas.⁸³

Diego Gracia Guillén, médico Psiquiatra y profesor de Historia de la Medicina y Bioética, señala que en los pueblos primitivos han existido muchos tipos de prácticas eutanásicas que consisten en acciones o rituales realizados con el fin de dejar morir a miembros de la comunidad por diferentes razones: su edad avanzada, su invalidez, su incompetencia, o por padecer una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores. Estas prácticas las realizaban familiares, chamanes o hechiceros, e incluían lo mismo ayudar a morir, en el

⁸² Idem, p. 16.

⁸³ Idem, p. 17.

sentido de acompañar en el paso de la vida a la muerte, que acelerar la muerte misma.⁸⁴

Lo anterior queda ejemplificado con lo que ocurre en Bolivia, en donde un indio aymará (grupo indígena con costumbre primitivas) cuando está en la fase terminal de una enfermedad, la familia y los amigos acuden a la casa para acompañarle en su muerte. Si la muerte tarda en llegar, el moribundo solicita ayuda. La familia no le da agua ni alimentos hasta que pierde el conocimiento y muere.⁸⁵

GRECIA.

Desde el siglo V a C, Herodoto de Halicarnaso, historiador y geógrafo griego manifestaba: “Cuando la vida es una pesada carga, la muerte se convierte en ansiado refugio para el hombre”.⁸⁶

Hegesias de Magnesia, retórico e historiador en Grecia, fue célebre por las descripciones elocuentes que hizo sobre las miserias de la vida y la felicidad de la muerte voluntaria. Sus discursos desencadenaban suicidios en masa, por lo que el rey Ptolomeo le prohibió hablar en público sobre este tema.⁸⁷

Los griegos fueron los primeros en consentir el suicidio bajo ciertas circunstancias. En Ceos había una antigua costumbre que exigía a las personas que se suicidaran una vez cumplidos los 60 años.

En Atenas, los Magistrados disponían de veneno para aquellos que deseaban morir. Lo único que se necesitaba era permiso oficial; quien no deseaba vivir, debía exponer los motivos al Senado, y una vez que hubiese recibido el permiso, podía quitarse la vida. Derek Humphry menciona un viejo adagio griego rescatado por Libanius (314-394):

⁸⁴ Gracia Diego, *Historia de la Eutanasia*, en Urraca S, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid, 1996; pp. 67-91.

⁸⁵ Humphry Derek, *El Derecho a Morir*, op. cit., p.18.

⁸⁶ Idem, p. 11.

⁸⁷ Sarró Blanca y De la Cruz Cristina, *Los Suicidios*, Martínez Roca, Barcelona, 1991; p. 19.

“Si la existencia te resulta dolorosa, muere; si el destino te es adverso, bebe cicuta. Si la pena te abruma, abandona la vida. Dejad que el infeliz relate su desgracia, dejad que el magistrado le proporcione el remedio para que él mismo pueda ponerle fin”.⁸⁸

Platón manifiesta en voz de Sócrates, el argumento principal contra el suicidio, que posteriormente será tomado por la religión cristiana:

“Cebes -- ¿En qué se basan, Sócrates, los que afirman que no es permitido suicidarse?

Sócrates – Ánimo, dijo Sócrates, porque hoy vas a ser más afortunado. Pero te sorprenderás al ver que vivir es para todos los hombres una necesidad absoluta e invariable; hasta para aquellos a quienes vendría mejor la muerte que la vida. También te parecerá extraño que no se permita a aquellos quienes la muerte es preferible a la vida, procurarse a sí mismos este bien, y que estén obligados a esperar a otro liberador.

... nosotros estamos en este mundo en un puesto y que nos está prohibido abandonarlo sin permiso. Los dioses nos cuidan y los hombres pertenecen a los dioses. Es preciso que Dios nos envíe una orden formal para morir”.⁸⁹

Platón en su libro de *Las Leyes*, se manifiesta en contra del suicidio al hablar sobre la prohibición de los honores de la sepultura a los suicidas, como una sanción que hubiese querido y no propiamente una sanción institucional previamente establecida. Admite excepciones en circunstancias particulares para permitir el suicidio: cuando la suerte haya impuesto al hombre una vergüenza o una ignominia que le hagan imposible la vida, cuando se haya forzado a ello,

⁸⁸ Humphry Derek, *El Derecho a Morir*, op. cit., pp. 19-20.

⁸⁹ Platón, *Fedón*, Grupo Editorial Tomo 2ª ed., México, 2003; pp. 67-68.

cuando se cierna sobre él el dolor excesivo de una desgracia sin salida, o cuando la ciudad le haya obligado a ello mediante una decisión de la justicia.⁹⁰

Sin embargo, en “La República”, Platón aconseja al médico Esculapio la atención médica tan solo de los enfermos curables y el abandono a su destino de los incurables, de los débiles, de los inútiles y de los parásitos del Estado.

En ese mismo libro, en su modelo de Estado perfecto, los minusválidos no tendrán que ser conservados con vida, sino que a los hombres se les debería permitir morir cuando no fuesen ya capaces de mantener un alto grado de desarrollo corporal y espiritual. Al parecer, entonces Platón no condena el suicidio, lo que condena es la muerte voluntaria de quienes pueden ser útiles a la sociedad, al Estado.⁹¹

En la apología de Sócrates, surge un elemento de importancia con respecto al final de la vida: **la visión de la muerte como un bien**. Cuando la muerte no es prematura y por el contrario es esperada, deja de ser algo malo para el individuo y se convierte en un “bien” deseado por el hombre, ya que las cosas buenas son para nuestro beneficio y satisfacción.

“...su muerte era a sus ojos la suprema sanción de sus doctrinas y el último acto necesario de su destino. Así es que la idea que desde aquel acto le preocupó más, fue probar que miraba la muerte como un bien. De dos cosas una, o la muerte es un anonadamiento absoluto y entonces es una ventaja escapar por la insensibilidad a todos los males de la vida, o es un tránsito de un lugar a otro, y en ese caso ¿no es la mayor felicidad verse transportado a la mansión de los justos?⁹²

Aristóteles en la “Ética a Nicómano”, en el libro V acerca de la justicia, menciona que entre los actos justos están los actos conforme a todas las virtudes y

⁹⁰ Juanatey Carmen, *El Derecho a la muerte voluntaria*, op. cit., p. 21.

⁹¹ Idem, p. 22.

⁹² Platón, *Apología de Sócrates*, Grupo Editorial Tomo. 2ª ed., México, 2003; p. 10.

prescritos por la ley. Por ejemplo, la ley no autoriza a darse muerte, y lo que la ley no autoriza, lo prohíbe.

“Más el que por cólera se da de puñaladas, lo hace voluntariamente y contra la recta razón, lo cual no lo permite la ley; por tanto, comete una injusticia. Pero ¿contra quién? ¿No diremos que contra la ciudad y no contra sí mismo? Porque en cuanto a él, voluntariamente padece, y nadie sufre injusticia voluntariamente. Y por esto, la ciudad castiga tales hechos, y cierto deshonor acompaña al que se destruye a sí mismo, estimándose que ha cometido una injusticia para con la ciudad”.⁹³

Aristóteles, al igual que lo habían hecho antes los pitagóricos, Sócrates y Platón, considera que el suicidio es una acción éticamente mala. Rechaza que el suicida tenga la virtud del valor (término medio entre el miedo y la temeridad). Para él, lo propio del valiente es soportar lo que es terrible para el hombre, porque es horroroso y porque sería vergonzoso no soportarlo. Quien se suicida obra injustamente, pero no contra sí mismo, sino contra la sociedad. Ve el suicidio como un crimen social. Consideraba que el miembro de la “polis” formaba una unidad con su ciudad, su existencia carecía de sentido separada de ella.⁹⁴

El suicidio, entonces, sólo era considerado ilegítimo si no era autorizado por el Estado. Cuando un hombre se quitaba la vida sin autorización del Estado, se le juzgaba por haber cometido injusticia con respecto a la ciudad, le eran rehusados los honores de la sepultura regular y además la mano derecha del cadáver era cortada y enterrada aparte.⁹⁵

Tanto los epicúreos como los estoicos no consideraban el suicidio como algo ilícito, y moralmente lo consideraron indiferente, es decir ni buen ni malo.⁹⁶

⁹³ Aristóteles, *Ética Nicomáquea*, Porrúa 19ª ed., México, 2000; pp. 71-72.

⁹⁴ Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, op. cit., pp. 51-52.

⁹⁵ Durkheim Emile, *El Suicidio*, op. cit., p. 328.

⁹⁶ Idem, p. 53.

Entre los estoicos se adoptó el suicidio como una alternativa cuando la vida ya no era natural a causa del dolor, de graves enfermedades o anormalidades físicas. Zenón, su fundador, se ahorcó a la edad de 98 años, tras haberse caído y fracturado.⁹⁷

ROMA.

Para los romanos vivir noblemente significaba morir noblemente. Así pues, no debe sorprender que bajo el principado, a los aristócratas se les permitiera a menudo suicidarse en lugar de ser ejecutados. En realidad, el suicidio era una forma de morir aceptable para escapar del deshonor de caer en las manos del enemigo.⁹⁸

Séneca en las cartas a Lucilio manifiesta:

“Lo mejor que ha ordenado la ley eterna es que nos proporciona una sola forma de entrar en la vida, pero muchas de abandonarle. ¿Debo esperar la crueldad de la enfermedad o del hombre, cuando puedo escapar del medio de la tortura y liberarme de todos mis problemas? Ésta es la única razón por la que no debemos lamentar la vida: no sujeta a nadie contra su voluntad. La humanidad está bien emplazada, porque ningún hombre es infeliz, a no ser por su causa. Vive como desees, si no, puedes retornar al lugar de dónde vienes.

La razón, también nos aconseja morir, si podemos, de acuerdo con nuestro gusto: si esto es posible, nos aconseja morir de acuerdo a nuestra habilidad, y tomar cualquier medio que se nos ofrezca para hacernos violencia a nosotros mismos”.⁹⁹

Víctor Pérez Valera destaca de Séneca su postura favorecedora del suicidio:

⁹⁷ Humphry Derek, *El Derecho a Morir*, op. cit., p. 21.

⁹⁸ Idem, p. 22.

⁹⁹ Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, op. cit., p. 56.

“Si concurren circunstancias que le aflijan y turben su sosiego, dejará la vida; y no ha de esperar al último extremo para abandonarla... darse muerte o recibirla, acabar un poco después o un poco antes, ha de ser por él (sabio) enteramente lo mismo...Por lo demás, la vida más larga no siempre es la mejor; pero la muerte, sí que es tanto peor cuanto más larga... la mejor muerte es la que más nos gusta.”¹⁰⁰

Para los estoicos, la muerte es el término de las dolorosas pruebas a que somete la vida, refugio contra los dolores, las tristezas y la injusticia; para ellos la muerte es la mejor invención de la vida, la cual acogen como un beneficio y con gratitud, exaltando las virtudes principales del estoicismo: inteligencia, fortaleza, circunspección y justicia.¹⁰¹

Séneca, máximo expositor de los estoicos, pone fin a su vida suicidándose por orden del emperador Nerón el año 65 de nuestra era, a los 69 años de edad, acusado de traición.

EDAD MEDIA. CRISTIANISMO.

Este apartado se comentará en forma breve, ya que se dejó un capítulo para abordar la religión, la eutanasia y el suicidio asistido.

Sin embargo, es conveniente señalar que con la influencia del Cristianismo en la Edad Media, la eutanasia y el suicidio fueron condenados. Por un largo periodo de casi doce siglos, que inició alrededor del siglo III d.C, imperó la idea de que Dios era el único que podía disponer de la vida de las personas. Se aceptaba que tanto la vida como el sufrimiento formaban parte de los planes divinos, por lo que se prohibía toda acción encaminada a acelerar la muerte de alguien, por muy dolorosa que fuera.

¹⁰⁰ Pérez Valera Víctor M, *Eutanasia (¿Piedad? ¿Delito?)*, Jus, México, 1989; pp. 96-97.

¹⁰¹ García Colorado G, *Bioética y Muerte*, op. cit., pp. 72-73.

DEL SIGLO XIV AL SIGLO XX

A partir del siglo XIV cambiaron las actitudes hacia el suicidio y la eutanasia. Con el Renacimiento, los valores griegos y romanos adquirieron otra vez importancia y se dieron las condiciones para pensar en “la muerte fácil”.¹⁰²

Tomás Moro (1478-1535) en su libro *Utopía*, describe a una sociedad ideal en la que la eutanasia voluntaria se autoriza oficialmente:

“A los que padecen un mal incurable les consuelan haciéndoles compañía y conversando con ellos y proporcionándoles todo lo que conduzca a aliviar en lo posible su mal. Si éste no solo es absolutamente incurable, sino que aflige al enfermo con incesantes sufrimientos, los sacerdotes y magistrados exhortan al paciente que, puesto que ya no puede realizar ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los otros y para sí mismo, por el hecho de que sobrevive a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo a la peste y a la infección, ni soportar el tormento de una vida semejante, y que, por lo tanto, no debe dudar en morir, lleno de esperanza de librarse de una vida acerba cual una cárcel y de un suplicio, o en permitir que otros le liberen de ella... Aquellos que son persuadidos se dejan morir voluntariamente de inanición o se les libra de la vida durante el sueño sin que se den cuenta de ello. Este fin no se impone a nadie y no dejan de prestarse los mayores cuidados a los que rehúsan a hacerlo, más honran a los que así abandonan la vida. Si alguien se diera la muerte sin causa considerada válida por los sacerdotes y el Senado, no es considerado digno de la tierra ni del fuego. Su cuerpo, privado ignominiosamente de la sepultura, es arrojado a un pantano”.¹⁰³

¹⁰² Reich W.T, *Encyclopedia of Bioethics*, Simon and Shuster. MacMillan, New York, 1995; Vol 1: p. 554.

¹⁰³ Moro Tomás, *Utopía*, Grupo Editorial Tomo 3ª ed., México, 2003; pp. 138-139.

Francis Bacon barón de Verulamio (1561-1590) introduce el término eutanasia en el diario quehacer del médico, en su obra “*De la Dignidad y del Progreso de las Ciencias*”:

“Actualmente, en cambio, los médicos casi religiosamente, cuidan a los enfermos incurables, cuando a mi juicio, si no quieren faltar a su misión y al deber de humanidad, deberían aprender el arte de facilitar diligentemente una suave partida de ésta vida. Llamamos a ésta investigación eutanasia exterior (para diferenciarla de la interior que atiende a la preparación del alma), la cual consideramos muy deseable... la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y dolores, no sólo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación, sino también en cuanto que se puede procurar una eutanasia, o sea una muerte tranquila y fácil”.¹⁰⁴

David Hume (1711-1776), filósofo de origen escocés, exponente del empirismo inglés, aborda el suicidio como un deber hacia nosotros mismos en ciertas circunstancias:

“Que el suicidio sea con frecuencia congruente con el propio interés y con el deber hacia nosotros mismos, no lo puede poner nadie en cuestión, que reconozca que la edad, la enfermedad o el infortunio convierten la vida en una carga, y en algo peor que la aniquilación”.¹⁰⁵

Kant (1724-1804) utiliza el ejemplo del suicidio para mostrar cómo opera el imperativo categórico en sus dos primeras formulaciones. En la primera de ellas “**obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal**”. Plantea entonces, el caso de alguien que padeciendo desgracias lindantes con la desesperación y sintiendo desapego de la vida, se pregunta si será contrario al deber consigo mismo, el quitarse la vida:

¹⁰⁴ Pérez Valera Víctor M, *Eutanasia (¿Piedad? ¿Delito?,* op. cit., pp. 100-101.

¹⁰⁵ Hume David, cit. pos., Tristram Engelhardt H, *Los Fundamentos de la Bioética*, Paidós, 2ª ed., Barcelona, 1995; p. 338.

*“Su máxima, empero, es hágame por egoísmo un principio de abreviar mi vida cuando ésta en su largo plazo, me ofrezca más males que agrado. Trátase ahora de saber si tal principio del egoísmo puede ser una ley universal de la naturaleza. Pero pronto se ve que una naturaleza cuya ley fuese destruir la vida misma, por la misma sensación cuya determinación es atizar el fomento de la vida, sería contradictoria y no podría subsistir como naturaleza; por tanto, aquella máxima no puede realizarse como ley universal, y por consiguiente, contradice el principio de todo deber”.*¹⁰⁶

En este momento es importante, con todo el respeto debido, refutar lo escrito en este párrafo por Kant. La observación de la naturaleza nos indica que todos los seres vivos nacen, crecen, de desarrollan, reproducen y mueren. Por lo tanto, es una naturaleza que tiene una tendencia destructiva y formativa a la vez, en relación con la vida, su equilibrio en este aspecto es fundamental para su conservación. Si la naturaleza no propiciara la muerte de los seres vivos incluido el hombre, ya no habría espacio en el planeta para todos. Por lo tanto, no es contrario a la naturaleza fomentar la muerte de los seres vivos, siempre y cuando exista un equilibrio con neoformación de seres vivos. La naturaleza exige la muerte para poder renovarse.

En el caso de la muerte, cuando existe enfermedad incurable y produce sufrimientos incoercibles, es deseable que ésta ocurra y al mismo tiempo se torne ley universal, es decir que le ocurra a todos los pacientes que se encuentran en las mismas condiciones.

Si un paciente en estas condiciones decide quitarse la vida, entonces el suicidio y la eutanasia son deseables que se establezcan como ley universal, bajo estas circunstancias.

¹⁰⁶ Kant M, *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, op. cit., p. 43.

La segunda formulación del imperativo categórico es: **“obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca como un medio”**.

“Según el concepto del deber necesario para consigo mismo, habrá de preguntarse quién ande pensando en el suicidio, si su acción puede compadecerse con la idea de la humanidad como un fin en sí. Si para escapar a una situación dolorosa, se destruye él a sí mismo, hace uso de su persona como mero medio para conservar una situación tolerable hasta el fin de la vida. Más el hombre no es una cosa, no es pues, algo que puede usarse como un simple medio, debe ser considerado, en todas las acciones, como un fin en sí. No puede, pues disponer del hombre en mi persona, para mutilarle, estropearle o matarle”.¹⁰⁷

De acuerdo con Hugo Tristram Engelhardt, y coincidiendo en este aspecto con él, un hombre cada vez que utiliza su propia humanidad la usa siempre como fin en sí mismo. Si nos movemos para conseguir alimentos, si los comemos, si defecamos, si dormimos y descansamos, si hacemos ejercicio o bien sólo reflexionamos, en todas las ocasiones el fin último es el beneficio del propio individuo. Es decir, puedo utilizar a otras personas como medio, pero a mí mismo nunca, no puedo utilizarme como medio. Siempre estará presente mi propia satisfacción. Aunque en ocasiones el ejercicio sea doloroso, el efecto final es un beneficio para mí mismo. Si me quito la vida, es porque considero que en ese momento y circunstancia es lo más benéfico para mí mismo.

Cuando el paciente enfermo y con sufrimiento piensa en el suicidio o la eutanasia voluntaria, intenta usar su persona como un fin, su propia satisfacción es la motivación para pretenderlas.

¹⁰⁷ Idem, p. 49.

De acuerdo a lo anterior, en la eutanasia activa voluntaria y el suicidio asistido se pretende usar la humanidad en la propia persona siempre como un fin.

Según Carmen Juanatey, en la obra de Kant se establece que el suicidio era una cuestión en donde no debía intervenir el Derecho, pues la jurisprudencia “debe decidir lo que es justo o injusto únicamente en el terreno de los deberes para con los demás, pero no en el ámbito de los deberes para con uno mismo”.¹⁰⁸

En 1794, el médico Paradys recomendaba en su “*Oratio de Euthanasia*” una muerte fácil para los pacientes, en especial para aquellos incurables que sufrían. Consideró, en su tiempo, que el progreso de la medicina era un arma de doble filo cuya víctima, algunas veces, era el propio paciente.¹⁰⁹ En Ginebra se abolió el ultraje a los cadáveres de los suicidas en 1770.

Ya en el siglo XIX Schopenhauer subrayó, “el derecho irrefragable del hombre a disponer de su propia vida y persona... cuando el temor de vivir es más espantoso que el de morir, es normal que el hombre ponga fin a su vida”.¹¹⁰

Nietzsche, habló de la idea del suicidio como “un gran consuelo...para poner fin a más de una mala noche”.

En 1889 L.A. Tolemache en un elocuente artículo titulado “*La nueva curación de los incurables*”, abogaba enérgicamente a favor de la legalización de la eutanasia voluntaria.¹¹¹

Ya en el siglo XX, Albert Camus, representante del existencialismo, afirma: “Solamente existe un problema filosófico verdaderamente serio, el suicidio. Juzgar si la vida es o no digna de ser vivida, supone contestar la cuestión fundamental de

¹⁰⁸ Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, op. cit., pp. 62-66.

¹⁰⁹ Humphry Derek, *El Derecho a Morir*, op. cit., pp. 27-28.

¹¹⁰ Idem, p. 28.

¹¹¹ Idem, p. 29.

la filosofía”.¹¹² Desde mi punto de vista, el valor de la vida es un concepto subjetivo y sólo lo puede definir la propia persona. Es un valor que cambia con el tiempo y las circunstancias, no es igual en los años mozos que al final del camino y difiere en condiciones de salud y enfermedad. Por lo tanto, definir si la vida merece o no ser vivida es una cuestión contextual, que implica una valoración del grado de satisfacción que ésta produce en el individuo, así como el grado de sufrimiento que se pudiera evitar. Así mismo, las creencias religiosas influyen profundamente en el deseo y la obligación de vivir. Por tanto, es totalmente respetable al valor que cada cual asigne a su propia vida; lo que no es aceptable, es que asignemos el valor de la vida a los demás.

Ludwig Wittgenstein, dentro de la filosofía analítica, considera al suicidio como el pecado elemental, y de ahí que no lo considere en sí mismo ni bueno ni malo. Es decir se trata de un acto no susceptible de evaluación moral: no como prohibido ni como debido, ni como permitido.¹¹³ Los actos moralmente significativos son aquellos que afectan a los demás, por lo tanto, si el Suicidio Asistido sólo afecta al propio individuo y no causan daño a los demás, estamos de acuerdo con Wittgenstein en que moralmente no debería considerarse ni bueno ni malo. Moralmente, debería ser catalogado como un acto indiferente. En la Eutanasia Activa Voluntaria, dado que se establece una acción del médico que finalmente afecta al enfermo, si hay posibilidad de evaluación moral, que debe estar condicionada por la libre elección y aceptación de los resultados previstos de la acción médica.

¹¹² Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, op. cit., p. 66.

¹¹³ *Ibidem*.

CAPÍTULO IV

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS.

La palabra eutanasia proviene del griego *eu* (eu) que significa “bueno” y *σάνατος* (Thánatos) que significa “muerte”. Ha sido utilizada desde el tiempo de la cultura greco romana para referirse a una muerte fácil, tranquila y sin dolor.

El primer registro de uso se encuentra en la obra del historiador romano Suetonio (69-125 d C), *La vida de los doce Césares*, en la que relata que César Augusto tuvo una muerte dulce, a la medida de sus deseos, según lo que había expresado siempre que escuchaba que alguien moría rápidamente y sin dolor. Por eso pedía para él y su familia una similar *eutanasia*.¹¹⁴

Asunción Álvarez comenta que no es raro escuchar a personas que condenan la eutanasia porque se oponen a que existan médicos autorizados a terminar con la vida de gente hospitalizada, o muy ancianas o muy enfermas, que querrían seguir viviendo. Se oponen por desconocimiento del significado de eutanasia, que frecuentemente se confunde con homicidio.

Una buena muerte, fácil y sin dolor, excluye toda acción violenta como un disparo, ahorcamiento o un salto desde un sitio lo suficientemente elevado que cause la muerte. Para Hans Küng, el buen morir es rápido, leve y sin sufrimientos.¹¹⁵ Introduce elementos como “leve” que dificultan el entendimiento de esta definición.

Mauro Rodríguez Estrada, comenta que la palabra eutanasia significa buena muerte. No implica de por sí acción alguna de nadie. En ese sentido, cualquier

¹¹⁴ Álvarez del Río Asunción, *Práctica y Ética de la Eutanasia*, op. cit., pp. 24-27.

¹¹⁵ Küng Hans, *Morir con Dignidad*, op. cit., p. 33.

persona que tiene o tuvo una buena muerte, tiene o tuvo eutanasia y, todos, si tenemos sentido común, aspiramos a la eutanasia.¹¹⁶

En la Enciclopedia de Bioética¹¹⁷ se mencionan cuatro significados de eutanasia en la historia:

- 1) Inducir la muerte a quienes están sufriendo.
- 2) Terminar con la vida de quienes son indeseables.
- 3) Dar atención a los moribundos.
- 4) Dejar morir a las personas.

Probablemente estas acepciones son las que han confundido a múltiples personas en cuanto al significado único y real de la palabra: buena muerte.

La eutanasia se define y clasifica, de acuerdo a John Keown¹¹⁸ en:

Eutanasia: Es la provocación intencional de la muerte de una persona que sufre una enfermedad incurable o dolorosa.

Eutanasia activa: Es la que se realiza mediante una acción.

Eutanasia pasiva: Es la que ocurre por una omisión.

Eutanasia voluntaria: Se realiza a petición del paciente competente.

Eutanasia no voluntaria: Se aplica a pacientes incompetentes.

Eutanasia involuntaria: Se aplica a personas competentes que no la han solicitado.

Raúl Gutiérrez Sáenz, en su libro *Introducción a la Ética*, incluye dos elementos más en la clasificación:¹¹⁹

Eutanasia directa: Pretende en primer término la muerte del paciente.

¹¹⁶ Rodríguez Estrada Mauro, *Las controversias de las Eutanasias El fondo oculto del debate*, Botas&Alonso, México, 2004; p. 25.

¹¹⁷ Reich WT, *Encyclopedia of Bioethics*, Simon&Shuster MacMillan, op. cit., p. 554.

¹¹⁸ Keown John, *La Eutanasia Examinada*, op. cit., p. 349.

¹¹⁹ Gutiérrez Sáenz Raúl, *Introducción a la ética*, Esfinge 4ª ed., México, 2002; pp. 211-212.

Eutanasia indirecta: La acción realizada, en forma secundaria o accidental lleva a la muerte (Corresponde al principio del doble efecto).

Este mismo autor agrega:

Distanasia: Actividad de un médico o un familiar que a toda costa pretende prolongar la vida (encarnizamiento terapéutico).

Adistanasia: No intervenir con medios extraordinarios para prolongar la vida.

Ortotanasia: Consiste en omitir la aplicación de los medios de prolongación artificial de la vida, cuando se ha verificado la muerte cerebral y se da paso al llamado estado vegetativo, en pocas palabras, deja obrar a la naturaleza.¹²⁰

Suicidio asistido: Supone que otra persona provea los medios o auxilie a quien quiera finalizar su vida.¹²¹

Enrique Díaz Aranda agrega a la **eutanasia activa indirecta** el nombre de “**lenitiva**”, tratando de significar suavidad, consuelo, alivio.¹²² Supone administrar al paciente calmante para el dolor, aunque ello traerá como consecuencia la anticipación del momento de la muerte. En estos casos el médico cumple con los deberes impuestos por la “*lex artis*” que le ordenan mitigar el sufrimiento, y por ello queda fuera del radio de prohibición de las normas penales, no puede ser constitutiva de delito.

Pacientes competentes se consideran a aquellos que son capaces de comprender la información disponible acerca de su condición, y que por lo tanto pueden considerar, con ayuda del médico, los riesgos, beneficios y las cargas que representan los diferentes tratamientos.¹²³

¹²⁰ Díaz Aranda Enrique, *Del Suicidio a la Eutanasia*, op. cit., pp. 195-196.

¹²¹ Kraus Arnoldo, *La Eutanasia*, op. cit., p. 7.

¹²² Díaz Aranda Enrique, *Eutanasia. Propuesta de solución jurídica en México*, Revista de Derecho Penal, México, 2003 (1); pp. 299-309.

¹²³ Keown John, *La Eutanasia Examinada*, op. cit., p. 146.

Pacientes incompetentes, son aquellos pacientes que son incapaces, temporal o permanentemente, de tomar decisiones acerca de su tratamiento médico. Puede ser el resultado de una enfermedad, una lesión o una condición congénita.¹²⁴

Para fines del trabajo de investigación actual, es necesario insistir en que se está tratando de justificar la eutanasia activa voluntaria, y no alguna otra de las mencionadas en la clasificación. En la actualidad se tiende a homologar el significado de Eutanasia y Eutanasia activa voluntaria, de tal manera que las siguientes definiciones de eutanasia corresponden a Eutanasia activa voluntaria:

- 1) John Harris: “Eutanasia es la aplicación de la decisión de que la vida de la persona en particular llegue a su fin antes de lo que habría podido ocurrir”. (sic)¹²⁵
- 2) Vaticano 1995: “Por eutanasia, en un sentido verdadero y propio, debe entenderse una acción o una omisión que, por su naturaleza y en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.¹²⁶
- 3) John Finnis: “La eutanasia como la adopción y realización de una propuesta que, como parte de la atención médica que se está dando a una persona, consiste en terminar con su vida según el argumento de que es lo mejor”.¹²⁷
- 4) John Keown: “Es la muerte intencional de un paciente, por acción u omisión, como parte de la atención médica”.¹²⁸
- 5) Cámara de los Lores: “Es una acción deliberada, realizada con la expresa intención de terminar con la vida humana, para aliviar un sufrimiento medicamente intratable”.¹²⁹
- 6) Robert G. Twycross: “Eutanasia es la terminación deliberada de manera rápida y sin dolor, de la vida de una persona afligida por una enfermedad progresiva e incurable, realizada por motivos compasivos”.¹³⁰

¹²⁴ Idem, p. 146.

¹²⁵ Harris John, *El Valor de la Vida*, en Keown John, *Eutanasia examinada*, op. cit., p. 29.

¹²⁶ Gafó Javier, *Bioética y religiones al final de la vida*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2000; p. 46.

¹²⁷ Finnis John, *Un argumento filosófico contra la eutanasia*, en Keown John, *La Eutanasia examinada*, op. cit., p. 60.

¹²⁸ Keown John, *La Eutanasia examinada*, op. cit., p. 23.

¹²⁹ Idem, p. 143.

- 7) Van der Mass (Holanda): “Es la acción deliberada para terminar con la vida de una persona, realizada por otra persona distinta a la involucrada, a petición de ésta última”.¹³¹
- 8) Raúl Garza Garza: “Eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal”.¹³²
- 9) Asociación Médica Mundial (1987): “Es el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, incluso ante la petición de éste”.¹³³
- 10) Diego Gracia: “Es el hecho de provocar directa y voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno (bajo los supuestos de autonomía, desarrollo de personalidad y consentimiento libre y voluntario del paciente)”.¹³⁴

Recientemente la Psicóloga Asunción Álvarez del Río propone una definición práctica de eutanasia como **“el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste”**.¹³⁵

Este concepto de eutanasia se puede clarificar todavía más si se agrega: **“el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente portador de una enfermedad crónica e incurable en etapa terminal, que produce sufrimiento, sin dolor, y a petición de éste”**.

Sobresale en esta propuesta personal que eutanasia es el nombre de una acción humana; realizada por un profesional de la Medicina; sólo y exclusivamente ante una enfermedad crónica e incurable que produce sufrimiento físico o psicológico; y que además sólo se lleva a cabo ante la solicitud del propio paciente. Se establece entonces una diferencia de actitud del médico que en lugar de desahuciar al

¹³⁰ Idem, p. 201.

¹³¹ Idem, p. 356.

¹³² Garza Garza Raúl, *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*, op. cit., p. 240.

¹³³ Álvarez del Río A, *Práctica y Ética de la Eutanasia*, op. cit., p. 31.

¹³⁴ Gracia Diego, *Historia de la Eutanasia*, en Urraca S, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid, 1996; p. 45.

¹³⁵ Álvarez del Río A, *Práctica y Ética de la Eutanasia*, op. cit., p. 32.

paciente y abandonarlo a su cruel evolución, le ayuda administrándole algún fármaco que acelere el proceso de morir pero sin sufrimiento, físico ni moral.

Queda claro, entonces, que al hablar de eutanasia no nos estamos refiriendo a las acciones encaminadas a poner fin a la vida de niños con malformaciones o adultos mayores incapacitados que no la solicitan, ni a pacientes en estado de coma persistente. Ante esos casos debemos buscar otra nomenclatura, cuya reflexión será el punto de otro trabajo.



CAPÍTULO V

ASPECTOS LEGALES EN EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO.

El derecho constituye uno de los principales medios por los cuales la sociedad transforma sus intereses éticos fundamentales y sus valores centrales en reglas para la regulación de la conducta humana.

Para Emmanuel Mounier, el derecho frena el egoísmo biológico, garantiza la existencia de cada uno, asegura, en la jungla de instintos y fuerzas, el mínimo orden y seguridad.¹³⁶

Thomas Hobbes, en *El Leviatán*, manifiesta que en estado natural, “el hombre es lobo para el hombre”, y no puede esperar otra cosa de tal estado que la guerra de todos contra todos. Esto ocurre como consecuencia de los deseos y apetitos, que son iguales y legítimos en todos nosotros. Todos queremos lo mismo, pero no hay para todos. Los bienes para la satisfacción de los deseos no son suficientes, la causa primera de las contiendas no es una especie de agresividad, sino un conflicto de intereses. La fundación del Estado, es en consecuencia, para apaciguar el conflicto natural y conseguir una mejor satisfacción del deseo. El derecho entonces regula las acciones entre los hombres para mantener la mejor convivencia posible.

Para Ramón Valls, la política ha de bregar con pasiones e intereses, y ha de mantener el rebaño en paz. Un rebaño que a veces se encabrita y se convierte en

¹³⁶ Mounier Emmanuel, *El Personalismo*, Maica Libreros Editores, México, 2005; p. 55.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

jauría. Se matan entonces los presuntos corderos, y se comen los unos a los otros...como es natural. Porque todos quieren vivir bien, pero no hay para todos.¹³⁷

El Estado sólo ha de constituirse en garante de las condiciones mínimas para la convivencia ordenada y pacífica. Garante de la vida, la libertad y la seguridad. Para ello cuenta con la fuerza y el poder legitimado de un ordenamiento jurídico adecuado. Por el contrario, lo que cada cual haga con su vida es cosa suya, ahí los poderes públicos no tienen por qué inmiscuirse.¹³⁸

Al Estado le compete garantizar las condiciones necesarias para que los principios de justicia se respeten; no le compete, en absoluto, por el contrario, legislar ni regular sobre las concepciones del bien de las personas. El estado debe ser neutro frente a las opciones de felicidad –lo que cada uno concibe como un bien para sí- que se den con respeto a los demás.¹³⁹ El derecho penal sólo debe poner límites a la libertad humana cuando se trata de acciones que causan daño a otro y no a las acciones que afectan al propio sujeto.¹⁴⁰

La legalidad del suicidio en la antigüedad es comentada por Emile Durkheim, iniciando en los griegos, que solo lo consideraban ilegal cuando no era autorizado por el Estado. Se castigaba como si se hubiera cometido una injusticia con respecto a la ciudad. Se negaba los honores de la sepultura regular y una mano del cadáver era cortada y enterrada aparte.¹⁴¹

Yale Kamisar, profesor de Derecho de la Universidad de Michigan, comenta que de acuerdo al Digesto Justiniano, el suicidio de un ciudadano privado (durante los tiempos romanos) no era punible si era motivado por “los agobios” del dolor, de la enfermedad, o el hastío de la vida, la demencia o el temor a la deshonra. Puesto

¹³⁷ Valls Ramón, *Ética para la Bioética y a ratos para la política*, op. cit., p. 217.

¹³⁸ Camps Victoria, *Una vida de calidad*, op. cit., p. 36.

¹³⁹ Idem, p. 42.

¹⁴⁰ Stuart Mill J, *Sobre la Libertad*, Alianza, Madrid, 1970; p. 153.

¹⁴¹ Durkheim Emile, *El Suicidio*, op. cit., p. 329.

que esto cubría todas las causas racionales, todo lo demás era considerado irracional “sin causa”, y ese sí era punible.¹⁴²

Los fragmentos de las XII Tablas no nos hablan del suicidio. Según Quintiliano, habría existido en Roma hasta una época bastante tardía, una institución análoga a la de Grecia, en donde el ciudadano que quería matarse, debía someter sus razones al Senado, que decidía si ellas eran aceptables y determinaba hasta el género de la muerte. Solamente no se aceptaba el suicidio en caso de presentar como motivo eludir las consecuencias de una condena criminal.¹⁴³

En la Edad Media la legislación se inspiró en el derecho canónico y así continuó hasta el siglo XIX.¹⁴⁴

Se distingue, entonces, que la legislación sobre el suicidio pasó por dos etapas principales. En la primera, se prohíbe al individuo destruirse por su propia autoridad, pero el Estado puede autorizar a hacerlo. El acto es “inmoral” sólo cuando es obra de los particulares y no han colaborado con él los órganos de la vida colectiva. En el segundo periodo, la condena es absoluta. La facultad de disponer de una existencia humana, salvo cuando la muerte es el castigo de un crimen, ya no se le retira solamente al sujeto interesado, sino también a la sociedad. El suicidio es considerado inmoral en sí mismo.¹⁴⁵

Antaño, sólo se veía en el suicidio un simple perjuicio contra el Estado, y el cristianismo lo llevó a ser un acto esencialmente religioso. Los concilios lo condenaron y los poderes laicos, al sancionarlo, no hicieron más que imitar a la autoridad eclesiástica.¹⁴⁶

En la actualidad, el suicidio ya no es motivo de penalidad legal, lo que se castiga es la ayuda o instigación al suicidio. La eutanasia es comparada con el homicidio,

¹⁴² Kamisar Yale. *Suicidio médicamente asistido*, en Keown John. “La Eutanasia examinada” op. cit. p. 329.

¹⁴³ Durkheim Emile “El Suicidio” op. cit. pp. 329-330.

¹⁴⁴ Idem p. 328.

¹⁴⁵ Idem p. 331.

¹⁴⁶ Idem p. 333.

disminuyendo su gravedad, al etiquetarlo como piadoso. Es punible con castigo de prisión y multa, lo cual obliga a los médicos a abandonar a sus pacientes que la solicitan o bien a realizar algún tipo de eutanasia sin comunicarlo en el expediente clínico, resguardados en el principio del doble efecto que en breve se discutirá.

J. Emanuel Ezekiel, publica en uno de los tratados de Medicina Interna más relevantes de nuestro tiempo, que el suicidio asistido solo es permitido legalmente en Oregon (EUA), Holanda, Bélgica y Suiza. Con respecto a la eutanasia solamente no es punible en Holanda y Bélgica. La eutanasia activa involuntaria y la no voluntaria, no son permitidas en ninguna legislación del mundo. En cuanto a la eutanasia pasiva y la indirecta, no hay legislación al respecto, pero afirma que se aceptan en todo el mundo.¹⁴⁷

Bajo las leyes existentes en la mayoría de los países, **la gente que sufre dolor irremediable o angustia por culpa de una enfermedad incurable, al rogar a sus médicos que pongan fin a sus vidas, están pidiéndoles que se arriesguen a ser procesados por asesinato.** La ley es clara en que ni la petición, ni el grado de sufrimiento, ni la condición incurable de la persona son una defensa frente la imputación de asesinato.¹⁴⁸

La democracia, en la que vivimos actualmente, exige que los contenidos concretos de la ley sean adoptados por la mayoría, sin aplastar sin embargo a la minoría. Esto se consigue si lo que se permite no se impone (eutanasia, aborto) y lo que se manda o prohíbe taxativamente, es tan sólo un mínimo necesario para preservar el derecho o proteger bienes amenazados por el interés particular.

La prohibición que la sociedad ha establecido contra el homicidio intencional constituye la piedra angular del derecho y de las relaciones sociales, pues nos protege a todos y encarna la creencia de que todos somos iguales. Pero hay que considerar que en el homicidio intencional se quita la vida a un sujeto sin su

¹⁴⁷ Ezekiel J. Emanuel, *Atención paliativa y terminal*, en "Harrison. Principios de Medicina Interna" MacGraw-Hill Interamericana 16ª ed., Chile, 2005; p. 73.

¹⁴⁸ Singer Peter, *Una vida ética. Escritos*, op. cit., p. 229.

consentimiento, que finalmente es lo que más valor tiene de este hecho, ni siquiera importa la intencionalidad del sujeto activo, lo que realmente importa es que el sujeto que sufre la acción del otro no la deseaba. El homicidio intencional, es por tanto, totalmente diferente a la Eutanasia Activa Voluntaria, donde el sujeto que sufre la acción desea y pide que le sea quitada la vida, bajo condiciones de enfermedad terminal y en presencia de sufrimiento incoercible.

A este respecto Engelhardt menciona: “El mal mayor moral en el asesinato no reside en disponer de la vida de una persona, sino hacerlo sin su autorización”.¹⁴⁹

Es necesario aceptar que en la actualidad el valor de la vida humana no es absoluto, sino *prima facie*, es decir que cada individuo tiene una escala de valores y en esa escala la vida puede ser un valor primario o secundario. Incluso en el mismo individuo, con el paso del tiempo, puede variar su propia jerarquización de valores, así pues no es igual el valor de la vida para un anciano que para un joven. Así mismo la jerarquización del valor de la vida cambia en las diferentes culturas.

Las leyes en México prohíben el homicidio piadoso y lo hacen susceptible a castigo. No se habla de eutanasia en ellas.

El conflicto principal para los médicos es que, por una parte se entiende el sufrimiento del paciente, se sabe que la enfermedad es incurable y además que en el transcurso del tiempo se pueden establecer nuevas fallas orgánicas y que por ello, se incrementa el sufrimiento del enfermo. Por otra parte, la ley que no permite la eutanasia activa voluntaria y que sólo habla del homicidio piadoso y la instigación o ayuda al suicidio como punibles.

Cuando uno se desplaza en un vehículo por las nuevas avenidas amplias y diseñadas con mayor seguridad para los peatones y los mismos conductores, se impacta al ver los letreros de señalización de velocidad máxima. Éstos son realizados de acuerdo a la Ley de Tránsito vigente, pero esta legislación fue hecha años atrás, cuando los vehículos no estaban adaptados para circular a

¹⁴⁹ Engelhardt HT, *Los Fundamentos de la Bioética*, op. cit., p. 389.

velocidades mayores y los elementos de seguridad de las avenidas eran precarios. El ejemplo sirve para indicar un desfase entre el ritmo de cambio de las leyes y los cambios tecnológicos que permiten viajar con mayor velocidad. Da la impresión de que al dejar los mismos parámetros anteriores, si ocurriese un accidente, entonces los legisladores tendrían una justificación. “Para que no me culpen a mí, legislador, mejor no cambio las leyes y que otro tome esa responsabilidad”.

Los médicos se sienten así frustrados, ya que una última ayuda a los pacientes con enfermedades incurables y dolorosas, en estado terminal solo se puede dar violando las leyes establecidas. Muy probablemente, como afirma Ronald Dworkin, la mayoría de los médicos han ayudado a algún paciente en estas condiciones a terminar su vida con la menor cantidad de sufrimiento posible. En el viaje con el enfermo terminal, mientras se le acompaña, se ven los letreros en la carretera que indican hasta donde se le puede ayudar, amenazan y limitan, pero frecuentemente se rebasan sus limitaciones y, finalmente el médico se ve recompensado con un “gracias doctor”.

Pero en este mismo escenario, no es infrecuente ver a los enfermos terminales viajar solos o con algún familiar. Algunos médicos temerosos de la norma impuesta, prefieren alejarse, cerrar los ojos, voltear a otro sitio, huir del paciente o en el mejor de los casos enviarlo con otro médico que les pueda ayudar. Esta actitud es fundamentada en el temor al castigo impuesto por la ley.

Desafortunadamente, ayudar a morir bien, es un deseo que surge en el médico solamente después de haber acompañado a su paciente en un largo trecho de su enfermedad, la empatía entre ambos se ha hecho roca, es inquebrantable, y garantiza la fraterna ayuda en esos momentos finales. En esa etapa final de la vida, el paciente transita con menos angustia y finalmente obtiene una muerte buena.

No es posible, por tanto, que el médico atienda una solicitud de eutanasia en un paciente que apenas acaba de conocer. La eutanasia es el último de los tratamientos, al final del camino y no, el primer tratamiento al inicio del encuentro.

Considero que no es necesario legislar a favor de la eutanasia y el suicidio asistido, simplemente se requiere adecuar la legislación para no intervenir en los casos en que la persona desea poner fin a su vida cuando se encuentra afectada por una enfermedad crónica e incurable y en etapa terminal de la misma. Debe quedar claro que se pretende la aceptación legal de la eutanasia activa voluntaria y no de la involuntaria ni de la no voluntaria.

Un argumento importante para no legislar al respecto es que, como menciona Gabriel García Colorado, la muerte piadosa nos pone en riesgo de otros actos violentos y vergonzosos en contra de los derechos humanos, donde proliferan manifestaciones de odio y desprecio al valor de la vida como el racismo, la intolerancia religiosa, el clasicismo o el darwinismo.¹⁵⁰

O bien como lo expresó el Comité selecto sobre ética médica de la cámara de los Lores en Inglaterra: “Reconocemos que existen casos individuales en los que la eutanasia puede considerarse apropiada. Pero no es razonable que una política, que tendría graves y vastas repercusiones sociales, esté basada únicamente en casos individuales. No creemos que se puedan establecer límites seguros para la eutanasia voluntaria.”¹⁵¹

John Habgood, arzobispo de York, afirma que una legislación que permitiera la eutanasia, al cabo de un tiempo provocaría profundos cambios en las actitudes sociales hacia la muerte, la enfermedad, los ancianos y el papel de la profesión médica.¹⁵²

¹⁵⁰ García Colorado Gabriel, *Bioética y muerte. Aspectos sociales y éticos*, op. cit., p. 72.

¹⁵¹ Keown John, *La Eutanasia examinada*, op. cit., p. 150.

¹⁵² Idem, p. 387.

Por otra parte, Raanan Guillon, filósofo del Colegio Imperial de Londres, comenta que una de las preocupaciones comunes en el Reino Unido, al valorar la conveniencia de legalizar la eutanasia, es que la gente llegue a sentir la presión psicológica o moral de tener que pedirla “voluntariamente” para dejar de ser una carga para los familiares o para el Estado. Esta preocupación forma parte del argumento al que más se recurre para mostrar el peligro de legalizar la eutanasia, y se conoce como “pendiente resbalosa”.¹⁵³

Pareciera que el principal argumento para no modificar la legislación vigente es la repercusión futurista de estos cambios, si se dieran a favor de la Eutanasia Activa Voluntaria. Es decir, que finalmente se abusara de la facultad de quitar la vida a un individuo, haciéndola extensiva a aquellos individuos discapacitados o en estado de coma que no solicitan su propia muerte. Es indudable que la palabra eutanasia evoca el fantasma de un Estado dictatorial y la preocupación de un abuso como el visto en la primera mitad del siglo pasado con el régimen nazi en Alemania.

Un ejemplo relevante, en relación al impacto de regular legalmente la muerte voluntaria lo constituye el Estado de Texas en los Estados Unidos de Norteamérica. Durante 130 años en este Estado, no existieron leyes contra el suicidio ni contra la inducción o ayuda al suicidio porque se argumentaba que si el suicidio no era delito, tampoco lo sería cooperar en una actividad no delictiva. Lo relevante entonces, es que, a pesar de no haber penalización para estas circunstancias, en ese tiempo no se demostró un incremento del suicidio ni de la ayuda al mismo. Se constituye en un hecho en contra del argumento de la pendiente resbalosa.

Seguramente, en los años próximos también se podrá demostrar en Holanda si hay o no posibilidades de abuso al no sancionar la eutanasia activa voluntaria.

Concluyo este tema haciendo las siguientes puntualizaciones:

¹⁵³ Guillon R. *Euthanasia in The Netherlands –down the slippery slope?* Journal of Medical Ethics. 1999; 25: 2-4

- 1) El suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria actualmente se encuentran prohibidos en la mayor parte de legislaciones del mundo.
- 2) Los países que los permiten, únicamente tienen una legislación que no los sanciona.
- 3) Una buena parte de los médicos vemos con simpatía la ayuda al suicidio y la eutanasia, pero solamente en un grupo muy particular de personas: Individuos con capacidades mentales superiores funcionales, que se encuentran con una o varias enfermedades crónicas e incurables y con un sufrimiento incoercible. No se pretende hacer extensiva la ayuda a morir en ninguna otra situación.
- 4) El valor de la vida es *prima facie* y corresponde a cada persona su jerarquización. No es competencia del Estado, y por lo tanto de las leyes, establecer lo que es bueno o malo para cada persona en lo individual.
- 5) No es necesario legislar a favor ni en contra de la eutanasia o el suicidio asistido, dado que son circunstancias íntimas del individuo.
- 6) La legislación actual está fuertemente influenciada por el derecho canónico, como un reflejo de la influencia religiosa en los siglos pasados. La libertad de culto y creencias exige una legislación secular, que en aspectos de “lo bueno” y “lo malo” para cada individuo no intervenga. Como sociedad democrática que reconoce la pluralidad de las ideas, sería inadmisibles aceptar que las creencias religiosas, que corresponden a una moral privada, se impongan en las decisiones públicas.
- 7) La legislación no debe intervenir en la conducta del individuo para consigo mismo en tanto no afecte a otras personas.

CAPÍTULO VI

EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y RELIGIÓN

Con la influencia del cristianismo en el s. III, la eutanasia fue condenada lo mismo que el suicidio por un largo periodo de casi mil doscientos años, imperando la idea de que Dios era el único que podía disponer de la vida de las personas. Se aceptaba que tanto la vida como el sufrimiento formaban parte de los planes divinos, por lo que se prohibía toda acción encaminada a acelerar la muerte de alguna persona, por más dolorosa que fuese su agonía. Desde luego que la religión católica no es la única que prohíbe la eutanasia sino que también lo hace el judaísmo, el islamismo y diferentes iglesias cristianas.

En el Código de Leyes Judías (1927) se establece que “aún cuando a alguien se le prolongue la agonía y esto cause aflicción al paciente y a su familia, permanece la prohibición de acelerar su muerte”.¹⁵⁴

El doctor Fred Rosner, en su artículo *La actitud judía frente a la eutanasia*, revisó los dilemas que se originan al tratar a los moribundos y concluye que cualquier tipo de eutanasia se considera prohibida; “se considera que un gosses (alguien cuya muerte es inminente) es una persona viva en todos los sentidos, por lo tanto cualquier interferencia en el tránsito entre la vida y la muerte está prohibida”.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Kraus Arnoldo, *La Eutanasia*, op. cit., p. 56.

¹⁵⁵ Cit. pos. Humphry Derek, *El Derecho a Morir*, op. cit., pp. 119-120.

Del Corán, Emile Durkheim¹⁵⁶ obtuvo las siguientes sentencias relacionadas con el suicidio, que dejan en claro el repudio a la muerte voluntaria:

“El hombre –dice Mahoma- no muere sino por la voluntad de Dios, según el libro que fija el término de su vida”. (Corán, III, v. 139)

“Cuando el término llegue, no podrán retrasarlo ni adelantarlo un solo instante”. (Corán, XVI, v. 63)

“Hemos decretado que la muerte os hiera por turno y nadie podrá contradecirnos”. (Corán, LVI, v. 60)

“Nada, en efecto, es más contrario que el suicidio al espíritu general de la civilización mahometana, porque la virtud que se coloca por encima de todas las demás es la sumisión absoluta a la voluntad divina, la resignación dócil que hace soportar todo con paciencia”. (Corán, XXXIII, v, 33)

Por otra parte, para el budismo la muerte no es el fin de la vida, sino una transición, y en el momento de la muerte es muy importante tener los pensamientos apropiados, pues del estado mental depende el renacimiento de esa persona. Desde tiempos antiguos los japoneses han respetado el derecho del individuo a escoger el momento y la manera de morir (para pasar de una existencia a otra). La eutanasia estaba considerada en el código samurái del suicidio: el samurái contaba con la ayuda de un *kaishakunin* para que le cortara el cuello después de la herida que él mismo se había hecho en el abdomen, porque ésta, además de dolorosa, no conducía a una muerte rápida.

En la actualidad, al considerar la eutanasia, lo determinante no es tanto el dolor, sino el hecho de que el paciente ya no tenga la perspectiva de una interacción productiva y significativa con la sociedad. Si esto sucede, no hay razones para impedirle que busque otras experiencias significativas en otro mundo, y quien

¹⁵⁶ Durkheim Emile, *El Suicidio*, op. cit., p. 328.

asiste compasivamente a alguien que está preparado para su muerte, está siguiendo la moralidad budista.¹⁵⁷

De acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000, realizado por el INEGI en nuestro País, el 88% de la población manifestó profesar la religión católica. Por este motivo se realizará un comentario más extenso acerca de la moralidad de la eutanasia en dicha religión.

Las raíces de la posición católica con respecto a la eutanasia y el suicidio se encuentran en el Antiguo Testamento, particularmente en el quinto mandamiento de la Ley de Dios (Éxodo 20:13), que prohíbe matar. Igual condena el homicidio, que el suicidio, la eutanasia y el aborto. La prohibición de matar en el relato Bíblico del Antiguo Testamento aparece en un contexto en el que el tema de la violencia ocupa un lugar importante, los homicidios se daban por las menores causas y, por lo tanto, era imperativo establecer estrategias para disminuir estos hechos sangrientos en el interior de un pueblo luchando por la sobrevivencia. Dios mismo se manifestaba en ocasiones con una imagen violenta que imponía castigos despiadados; a veces los ejerce él mismo y otras veces da órdenes de venganza sin misericordia.

Al respecto comenta Javier Gafó, que el hombre debe aprender a dominar su violencia y también la ira de Dios evoluciona. “Se podría decir que Dios humaniza al hombre y el hombre humaniza a Dios”.¹⁵⁸

El filósofo español Fernando Savater comenta, en su libro *Los Diez Mandamientos en el siglo XXI*, que “no faltan estudios serios que ponen en duda la existencia de Moisés y los Diez Mandamientos, sin embargo, lo importante es lo que construyeron los hombres para ordenar su sociedad, con el respaldo de alguien que fuese indiscutible, Dios. Fue el comienzo de una estrategia que, con relativo

¹⁵⁷ Gafó J, *Bioética y religiones al final de la vida*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2000; p. 20.

¹⁵⁸ Idem, pp. 22-23.

éxito, siempre han desarrollado quienes controlan ciertas cuotas de poder en una sociedad: evitar ser rebatidos, ya que de hacerlo es ponerse en contra de Dios.”¹⁵⁹

En los primeros años del cristianismo, el homicidio fue condenado sin ninguna excepción, ni siquiera cuando se trataba de legítima defensa. Sin embargo se admitieron algunas salvedades en relación con la terminación de la propia vida y se alabó la actitud de los mártires que adelantaban el momento de su muerte con acciones que correspondían al suicidio.

El jurista inglés Glanville Williams, miembro del Colegio de Jesús y profesor de Derecho de la Universidad de Cambridge, afirma en su libro *La inviolabilidad de la vida y el derecho penal* (1957), que el sentido pecaminoso del suicidio lo inventó Agustín de Hipona (354-430) para evitar que muchos cristianos pusieran fin a sus vidas nada más ser bautizados, ya que entendían que esa era la única forma certera de evitar el pecado y asegurarse la gloria. Ante el gran número de fieles que seguían esta práctica, con la consecuente diezma de la población creyente, Agustín de Hipona estigmatizó el suicidio considerándolo un pecado aún más grave que cualquiera de los que se pudiera cometer en vida.¹⁶⁰

Es necesario ubicarnos en el contexto histórico del cristianismo en tiempos de San Agustín, ya que el cristianismo pasaba de ser la religión perseguida a la aliada del poder. El emperador Constantino promulgó en el edicto de Milán (313) la libertad de religión, con lo cual se terminó la persecución de los cristianos. Poco a poco se imponía la mediación de la Iglesia, jerárquicamente organizada, para la salvación de las almas. En el concilio de Nicea (325), los obispos establecieron un credo, una moral y una jerarquía para la iglesia. Se proclamó a Jesús como Dios, junto con el Espíritu Santo. San Atanasio fue el principal impulsor de la trinidad y el obispo Arrio su principal detractor, pretendiendo un solo Dios. Para el año 380, el

¹⁵⁹ Savater Fernando, *Los diez Mandamientos en el siglo XXI*, Random House Mondadori, México, 2004; p. 11.

¹⁶⁰ Cit. pos. Díaz Aranda Enrique, *Del Suicidio a la Eutanasia*, Cárdenas Editor y Distribuidor, México, 1998; p. 5.

emperador Teodosio I dictó su voluntad de que todos sus súbditos abrazasen la fe cristiana.¹⁶¹

En el s. IV el homicidio perdió su penalidad dentro de la moral cristiana siempre y cuando fuera en contra de los herejes, lo cual tuvo amplia representatividad posteriormente en la Edad Media.

En el concilio de Arlés el año 452 se declaró que el suicidio era un crimen y sólo podía ser efecto de un furor diabólico. En el concilio de Praga en 563 se estableció una sanción para los suicidas: No serían honrados con ninguna conmemoración en el santo sacrificio de la misa y el canto de los salmos no acompañaría a sus cuerpos en la tumba.¹⁶² En el concilio de Toledo del año 693, se anunció que cualquiera que intentara suicidarse sería excomulgado.¹⁶³

En el s. XII Santo Tomás de Aquino defiende el valor de la vida entendiendo el “no matarás” como una prohibición de dar muerte al inocente (al enemigo de guerra y al culpable de delito se le podía privar de la vida acorde a la moral cristiana). Considera que el suicidio es el peor de los pecados, ya que no deja tiempo de arrepentimiento.¹⁶⁴

Javier Gafó, sacerdote, biólogo y filósofo jesuita, director de la cátedra de la Maestría en Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, en Madrid (finado en 2001), identificó los 3 principales argumentos de la Iglesia Católica para condenar el homicidio, el suicidio y la eutanasia:

- a) *Atenta contra la inclinación natural y la caridad hacia los demás y hacia uno mismo.*
- b) *Atenta contra las obligaciones del ser humano para con la sociedad de que es parte.*

¹⁶¹ Valls Ramón, *Ética para la Bioética y a ratos para la política*, op. cit., pp. 51-55.

¹⁶² Durkheim Emile, *El Suicidio*, op. cit., p. 326.

¹⁶³ Humphry Derek, *El Derecho a Morir*, op. cit., p. 24.

¹⁶⁴ Gafó J, *Bioética y religiones al final de la vida*, op. cit., pp. 26-30.

c) *Viola los derechos de Dios, pues no le toca al hombre decidir el momento de la muerte.*

Con respecto a la moral católica actual, se identifican 3 diferentes posturas. Por una parte la doctrina oficial de la Iglesia representada por el Vaticano. Por otra parte, un grupo de teólogos que aceptan los lineamientos del Vaticano pero los cuestiona, comprometidos con una reflexión más de índole filosófica. Y, finalmente, aquel grupo de teólogos quienes afirman que los argumentos basados en la revelación y la fe, sólo son válidos y tienen sentido para aquellos que profesan la particular doctrina.¹⁶⁵

En mayo 1980, el Vaticano publicó la *Declaración sobre la Eutanasia*¹⁶⁶ (Congregación para la doctrina de la fe) en donde condena esta acción en cualquier caso, por considerarla un homicidio. Reconoce el dolor y sufrimiento de un enfermo terminal y aprueba el uso de medicamentos para aliviarlo, aún si éstos acortan la vida. Desaprueba el encarnizamiento terapéutico e introduce la terminología “*medidas proporcionadas y desproporcionadas*” en lugar de “*medidas ordinarias y extraordinarias*”, teniendo en cuenta las condiciones físicas y morales del enfermo, las circunstancias que le rodean, el grado de dificultad de la terapia que se le proporcionaría, el riesgo, los gastos y las posibilidades de conseguir resultados benéficos. La solicitud de eutanasia de los enfermos, se entiende como una petición angustiante de ayuda y no como una verdadera expresión de voluntad de eutanasia.

El 25 de marzo de 1995, el Papa Juan Pablo II dio a conocer la encíclica *Evangelium Vitae*¹⁶⁷ en donde se ratifica la postura de la Iglesia oficial en contra de la eutanasia. En su capítulo tercero titulado “No matarás” condena la eutanasia y el suicidio asistido, considerándolos como graves violaciones a la ley divina porque atentan contra la palabra sagrada de Dios. Se hace hincapié en que la

¹⁶⁵ Idem, pp. 30-31.

¹⁶⁶ Idem, pp. 40-42.

¹⁶⁷ *Evangelium Vitae. Carta sobre la defensa de la vida.* www.elvaticano.com (12-10-08)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

población pelagra por la intromisión de una “cultura de la muerte” que no sabe soportar el sufrimiento y se rige por criterios utilitaristas que desechan a los que se consideran inútiles, débiles e improductivos.

Se recomiendan los cuidados paliativos y la supresión del dolor al final de la vida con calmantes, aún si éstos llegasen a suprimir la misma. Lo anterior acorde al principio del “doble efecto” en el cual la muerte sería una consecuencia indeseable e indirecta de actuar para aliviar el dolor. Si el fin de aplicar analgésicos y sedantes es la muerte del paciente, se considera totalmente ilícito para la moral cristiana. De tal manera que el fin justifica la actuación del médico.

Por otro lado, autoriza a renunciar a las medidas desproporcionadas, decisión que debe distinguirse de suicidio y debe entenderse como “expresión de la aceptación de la condición mortal del hombre”.

Más recientemente en 2003, el cardenal Joseph Ratzinger prefecto de la Congregación para la Doctrina de la fe, antes de llegar a ser el Papa Benedicto XVI, publicó la “*Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política*”, con los lineamientos para que los políticos católicos intervengan en la vida social de sus países con el fin de preservar la cultura católica y defender la vida, lo cual significa rechazar el aborto, la investigación con embriones y la eutanasia.¹⁶⁸

Para entender la postura oficial de la Iglesia católica es necesario remitirnos a sus bases de pensamiento que están constituidas principalmente por la palabra revelada de Dios y una serie de principios resultantes de la interpretación de la misma.

Principio de santidad de la vida.- Está relacionado con la idea de que Dios es el único que puede decidir sobre el fin de la vida humana. Existen excepciones:

¹⁶⁸ Blancarte Roberto, “*Notas del Inquisidor*”, Milenio Diario, 21 de enero de 2003. La Congregación para la Doctrina de la Fe es el nombre actual de la Sagrada Congregación de la Romana y Universal Inquisición, institución a la que Pío X cambió el nombre a Congregación del Santo Oficio, como se llamó hasta que Paulo VI le denominó con el nombre actual.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- a) Cuando se quita la propia vida o la de otros por inspiración divina.
 - b) Cuando se quita la vida en defensa propia, atendiendo al orden jurídico o en caso de guerra.
 - c) Cuando se mata al tirano que carece de legítima autoridad.

Principio del doble efecto.- Se basa en el hecho de que las acciones humanas suelen tener uno o más efectos y entre estos pueden coexistir los positivos y los negativos. Así pues, una acción que produce más de una consecuencia se valora de acuerdo con aquella que la voluntad busca directamente. La Iglesia justifica por lo tanto la muerte que se produce a consecuencia de administrar analgésicos y sedantes para control del dolor.

Para que el principio del doble efecto tenga validez ha de cumplir cuatro criterios:

- 1) Que no se haya deseado el mal físico.
- 2) El bien perseguido con la acción no procede directamente del daño.
- 3) La acción no es intrínsecamente mala.
- 4) El bien conseguido es proporcional.

El catecismo de la Iglesia católica de 1993,¹⁶⁹ justifica la acción de defenderse y quitar la vida al agresor, ya que el fin perseguido es el primero y no el quitar la vida del otro.

Además en el mismo documento, con respecto a la pena de muerte, menciona el derecho y deber de la legítima autoridad pública para aplicar sanciones de acuerdo a la gravedad del delito.

Principio de la totalidad.- Establecido por Pío XII, plantea que la parte existe para el todo y por consiguiente, el bien de la parte queda supeditado al bien del

¹⁶⁹ *Catecismo de la Iglesia Católica*, Asociación de Editores del Catecismo, Madrid, 1993; p. 448.

todo. Un individuo no puede, por tanto, quitarse la vida si esto afecta a su familia, a la sociedad o a su país.

Principio de la administración.- El hombre no es dueño de su vida, sino su administrador. Se limita el poder del individuo sobre su cuerpo y su existencia.

Una vez comentada la posición oficial de la Iglesia católica, ahora revisaremos lo que algunos teólogos piensan al respecto de la eutanasia.

El ya mencionado Javier Gafó considera que la eutanasia adquiere un nuevo sentido en la actualidad, ya que se refiere al acto de poner fin a la vida de una persona enferma para quien no existen esperanzas de vivir sin sufrimiento. Marca una distinción con el homicidio, que sería el acto de poner fin a la vida de una persona cualquiera, sin importar su enfermedad ni su sufrimiento. Así mismo a pesar de que no solicite y rechace su muerte.¹⁷⁰

Está convencido de que las cosas funcionan de diferente manera para los que creen y para los que no creen, ya que los primeros encuentran razones suficientes para no recurrir a la eutanasia. Admite que estas razones no sirven a los que no son católicos.

Si se despenalizara la eutanasia, podría llevar al abuso de la práctica, habría una presión psicológica sobre las personas enfermas y viejas, quienes se sentirían obligadas a recurrir a una solución disponible para liberar a los demás de los costos económicos y emocionales que supone la atención de su enfermedad. Además podría dar lugar a la llamada “pendiente resbaladiza”, que llevaría a aplicar esta práctica a los débiles y a los discapacitados.

No acepta la eutanasia activa, pero reconoce que es inadecuado condenarla de manera definitiva. Establece que antes de pensar la eutanasia como una solución,

¹⁷⁰ Gafó J, *Eutanasia y el derecho a morir en paz*, Ediciones Paulinas, Madrid, 1984; p. 126.

habría que aprender a ayudar a los enfermos para que murieran de la mejor forma posible, mediante una atención integral y en compañía de las personas cercanas a ellos. Para lograrlo es necesario antes superar el terror que nos inspira la muerte.

José Vico Peinado, sacerdote y profesor de Ética, nos dice en su obra *Dolor y muerte humana digna*,¹⁷¹ que el debate sobre eutanasia debe centrarse en el paciente enfermo al final de la vida. No en personas sanas que cursan con trastornos depresivos. Cuestiona a la iglesia oficial por su posición de considerar la eutanasia como una acción intrínsecamente mala. Considera el conflicto principal entre el valor de la vida y morir con dignidad. En la eutanasia se trata de acortar el proceso de la muerte ya iniciado y que inevitablemente se va a dar, pero que, mientras llega, atenta contra el derecho a morir dignamente.

Manifiesta que la iglesia al permitir la eutanasia pasiva, reconoce que la obligación de conservar la vida no es absoluta y, por tanto, puede ser éticamente correcto terminar con ella. Intervenir en el proceso de muerte para acelerarla equivale a poner en las manos del hombre lo que le corresponde a Dios. Sin embargo, al postergarla también se interviene en este sentido. La tarea del médico no es sólo curar y favorecer la vida; cuando ésta ya no puede conservarse, el profesional de la medicina debe aliviar el dolor y favorecer una muerte digna. Lo que no puede hacer el médico es actuar por cuenta propia.

Hans Küng, teólogo y filósofo contemporáneo, maestro de la Universidad de Tubinga y actualmente director de la Fundación Ética Mundial, en su libro *Morir con Dignidad*,¹⁷² manifiesta que la libertad, como atributo que Dios ha dado al hombre para hacerlo responsable de sus elecciones a lo largo de su vida, es el principal soporte para permitir la eutanasia. Señala que en la Biblia no hay argumentos contra la muerte voluntaria o el suicidio, al contrario se narran con aprobación los casos de muerte voluntaria como el del Rey Saúl y el de Sansón.

¹⁷¹ Vico Peinado J, *Dolor y muerte humana digna. Bioética Teológica*, en Álvarez del Río A, *Práctica y Ética de la Eutanasia, op. cit.*, pp. 122-126.

¹⁷² Küng H, *Morir con Dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Trotta, Madrid, 1997; pp. 39-47.

Para Küng detrás de los argumentos tradicionales de la Iglesia se encuentra una imagen distorsionada de Dios, un Dios creador, señor y propietario del hombre, amo absoluto, juez y finalmente verdugo. No hay nada del Dios comprensivo que reconoce a los débiles, que cuida al hombre y, además de ser solidario con él, lo quiere como interlocutor libre y responsable. Para este autor, la ética de un católico no debe basarse en las prohibiciones, sino en una configuración responsable de la vida, desde el comienzo hasta el final.

Es enfático en dejar de comparar la eutanasia con el homicidio. En la primera se expresa el deseo y autodeterminación de una persona afectada por una enfermedad incurable con un gran sufrimiento agregado. El homicidio es una agresión a una vida considerada sin valor, una muerte impuesta desde el exterior sin consentimiento del afectado. **Estar a favor de la eutanasia no es estar a favor de matar.**

La solicitud de eutanasia por parte de un enfermo grave no puede considerarse como una primera opción, sino la última, cuando se agoten los recursos de la medicina paliativa, la cual por cierto ha alcanzado progresos importantes, pero no llega a evitar que existan personas para quienes son insoportables los sufrimientos de los últimos días de su vida. Que otras personas en las mismas condiciones quieran seguir viviendo no invalida la petición libre de quienes solicitan morir.

Jaques Pohier, sacerdote dominico de 1949 a 1989, defensor de los derechos de los católicos a recibir ayuda activa para morir, ha sido condenado por el Vaticano por mostrar las contradicciones teológicas de la Iglesia en diversos temas. En su libro *La Muerte Oportuna*,¹⁷³ revisa el sentido que ha tenido el dolor en la sociedad en general y en el cristianismo en particular. Como por muchos siglos se podía hacer muy poco por evitarlo, fue necesario darle un sentido para soportarlo. La idea de encontrar un culpable ha funcionado en el catolicismo, que añadió la

¹⁷³ Pohier J, *La mort opportune*, en Álvarez del Río A, *Práctica y Ética de la Eutanasia*, op. cit., pp. 131-137.

creencia de que el dolor es consecuencia del mal, y el responsable es el hombre. Por esta razón, el hombre debe soportarlo a modo de purificación, contando con el consuelo de que si el dolor no desaparece en esta vida, lo hará en la otra. En la época actual ya puede hacerse mucho por el dolor y no es necesario buscarle un sentido. La atención del dolor debe convertirse en un objetivo prioritario de la medicina y de la sociedad, dando lugar a que las personas puedan reapropiarse de su muerte, de manera que cada una sea el sujeto de ella y sean los individuos quienes decidan que tratamiento aceptar o rechazar y que quieren para el final de su vida.

Piensa Pohier, que no sólo los enfermos deben tener derecho a decidir la terminación de su vida, sino también las personas con grandes incapacidades y las personas mayores. Para este autor, la eutanasia es un problema de la sociedad y no solamente de la medicina, por lo tanto, es necesaria una legislación que proteja el derecho del hombre a ejercer su libertad al final de la vida.

En relación a los obstáculos de la religión católica resalta que, dentro de los argumentos en contra, una de las contradicciones más significativas es cuando se juzga de manera diferente a la eutanasia activa de la pasiva. Al valorar la primera, localiza la relación principal entre el agente de la eutanasia y el acto de la misma. Toma como sujeto de la acción al agente que realiza el acto, el médico, sin tomar en cuenta que hay otro sujeto, que es la persona que decide y pide, el enfermo. En este caso, la eutanasia se considera un homicidio y se condena. En cambio al valorar la eutanasia pasiva, la iglesia localiza la relación principal entre la persona que solicita la eutanasia para sí misma y el acto de la eutanasia. Toma entonces, como sujeto de la acción, al enfermo sin tener en cuenta que el agente que realiza u omite la acción, es el médico. Entonces se aprueba.

Conclusión.

De cara a la muerte, las personas enfermas con grandes sufrimientos varían sus posturas en dos grandes polos. Aquellas que desean aferrarse a la vida y aquellas otras quienes encuentran en la eutanasia la única salida aceptable. El problema es que no hay acuerdo sobre la moralidad de la práctica de ésta última y que es ilegal en la mayoría de los países. La moralidad de la eutanasia no es neutra, se le puede calificar a este acto como bueno o malo, a diferencia del suicidio en el que, al no afectar a otras personas y ser un acto totalmente individual, no tiene calificativo. La vida del ser humano se considera un bien, pero no es el máximo bien. Cuando se quita la vida a un paciente que considera su vida como lo más valioso, el acto es moralmente malo. No se considera eutanasia porque no lo solicita el mismo paciente, ya que la vida es el bien máspreciado, aún en condiciones de sufrimiento extremo. Sin embargo, si para el paciente la vida es un bien de orden jerárquico inferior, y él mismo solicita que le sea proporcionado un descanso a sus sufrimientos, aún el riesgo de perder la vida, entonces la acción de la eutanasia es moralmente buena.

Para poder adquirir una postura personal al respecto es necesario identificar los principales argumentos en contra y a favor. Parece que la oposición más consistente es la de la iglesia católica, que se ha examinado en las líneas anteriores. Debemos considerar a la población en general sin afectación de credo religioso. Es deplorable que las leyes de una población se rijan por conceptos sectarios. La ley es para todos y no sólo para un grupo especial de la población. Si una minoría acepta la eutanasia, el Estado debería crear los elementos necesarios (leyes) para permitir su libre ejercicio, siempre y cuando no se afecte con esta acción al mismo Estado ni a otras personas.

La Iglesia católica, el judaísmo y el islamismo principalmente, no deben influenciar la elaboración de las leyes que norman la conducta de toda la población. Solamente deberán tener injerencia con sus propios creyentes.

La eutanasia, entendida tal y como se definió en el capítulo IV, es una posibilidad que garantiza el ejercicio de la libertad del individuo, incluso al final de la vida. Éste se constituye como el principal argumento a favor de la misma. El permitirla no significa que todas las personas deban terminar su vida con estos procedimientos, únicamente significa que aquellos que así lo soliciten podrán libremente terminar con su sufrimiento en el momento que así decidan.

Dejar una esperanza de libertad al final de la vida proporciona un aliciente para vivir mejor el momento actual.

“No podemos cambiar nuestro destino mortal inevitable, pero sí podemos influir sobre nuestra vida, y por eso debemos decidir cómo queremos que ésta sea... en ese sentido, la eutanasia también es una opción de vida mediante la cual se decide cómo no queremos vivir”

(Asunción Álvarez)

CAPÍTULO VII

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN HOLANDA Y OTROS PAÍSES.

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN HOLANDA.

El hecho de que Holanda haya sido tan progresista en la aceptación de de la ayuda a morir, en comparación con otros países occidentales, probablemente se relacione con las creencias religiosas de su población. En Holanda no hay una creencia religiosa oficial, mientras que el 27% de la población se manifiesta sin creencias religiosas, el 37% son católicos, pero su aversión hacia los dogmas de la Iglesia católica es bien conocida.¹⁷⁴

Baste recordar que René Descartes, Baruch Spinoza y John Locke en algún momento de su producción filosófica tuvieron que viajar a Holanda, para alejarse del brazo inquisidor de la Iglesia Católica, que desde entonces antagonizaba con el Vaticano.

La evolución del proceso de legalización de la eutanasia en Holanda, ha tenido lugar a través de una serie de sentencias en las que se establecen los requisitos que permitirían la justificación del homicidio consentido (dentro del cual se incluyen las conductas de eutanasia activa directa) y de determinados comportamientos de ayuda al suicidio.

¹⁷⁴ Humphry Derek, *El Derecho a Morir*, op. cit., p. 237.

El 21 de febrero de 1973, el Tribunal de Leeuwarden dictó la primera resolución en la que un órgano judicial admite la existencia de una serie de condiciones, bajo las cuales, cabría justificar la eutanasia:

La Dra. Gertrudis Postma, un médico general Holandés, es condenada por homicidio, por haber causado la muerte de su madre, en 1971, mediante la inyección de 200 mg de morfina. La madre se encontraba hospitalizada, había sufrido una Hemorragia Cerebral, que le había paralizado la mitad del cuerpo, estaba sorda y apenas podía hablar y estaba siendo tratada de neumonía. Había fallado en un intento previo de suicidio y había manifestado a su hija su firme deseo de morir.

La sentencia fue condenatoria, pero el Tribunal aprovecho la oportunidad para admitir la existencia de una serie de requisitos cuyo cumplimiento excluiría el castigo de conductas de eutanasia o de ayuda al suicidio.¹⁷⁵

En 1980, la Asociación Holandesa de Eutanasia Voluntaria, publicó el libro del Dr. Pieter Admiraal, *Eutanasia justificada*, el cual incluye consejos sobre los fármacos más adecuados para practicar la eutanasia y su correcta administración.¹⁷⁶

En 1981, en el Tribunal de Rotterdam se agregaron circunstancias permisivas para ayuda al suicidio asistido:

- a) La persona ha de padecer sufrimiento físico o psicológico insoportable y persistente.
- b) La decisión de morir ha de ser tomada de forma voluntaria y ha de ser firme.
- c) La persona ha de tener pleno conocimiento de su situación y las posibles alternativas.
- d) No han de existir perspectivas de mejoría.

¹⁷⁵ Juanatey Carmen, *El Derecho y la Muerte voluntaria*, op. cit., p. 192.

¹⁷⁶ Álvarez del Río A, *Práctica y ética de la Eutanasia*, op. cit., p. 146.

- e) La muerte no ha de causar un sufrimiento innecesario a terceros.
- f) La decisión no ha de ser tomada por una sola persona.
- g) Un médico ha de tomar parte en la decisión de prestar ayuda y ha de ser él quien prescriba la medicina a utilizar, solicitando en su caso, la opinión de otro facultativo, a fin de extremar las garantías en la toma de decisión.¹⁷⁷

En 1984, la Real Asociación Médica Holandesa propuso los criterios bajo los cuales se podría permitir a los médicos aplicar la eutanasia:

- 1) Cuando exista una solicitud voluntaria, explícita, competente y persistente del paciente.
- 2) Cuando la solicitud del paciente se base en la información completa sobre la situación.
- 3) Cuando exista una situación de sufrimiento físico o mental intolerables y sin esperanza.
- 4) Cuando se hayan agotado todas las opciones posibles de alivio el sufrimiento.
- 5) Que el médico haya consultado al menos a otro facultativo.

En este informe se señala que el médico no está obligado a practicar la eutanasia, pero al menos tiene el deber de ayudar al paciente a encontrar otro médico que lo hiciera.¹⁷⁸

A través de la travesía jurídica se creó la Comisión Estatal para el estudio de la Eutanasia en 1985. En junio de 1986, el Consejo de Estado emitió un informe en donde se oponía a la regulación de la eutanasia por vaguedad en conceptos legales. En 1987 se presentó un proyecto que, sin modificación del Código Penal, regulaba las reglas de cuidado que debían seguir los médicos en la práctica de la eutanasia.

¹⁷⁷ Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, op. cit., pp. 193-194.

¹⁷⁸ Álvarez del Río A, *Práctica y ética de la Eutanasia*, op. cit., p. 148.

En 1989 el gobierno holandés designó una comisión para elaborar un informe sobre la “extensión y naturaleza de la práctica de la eutanasia”. Esta comisión fue presidida por el fiscal general, profesor Remmelink. La comisión solicitó a P.J. van der Mass, profesor de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Erasmo, que realizara una encuesta para obtener información cualitativa y cuantitativa sobre la práctica de la eutanasia. La expresión utilizada para englobar a todo el proceso fue: “Decisiones médicas concernientes al final de la vida” (DMCFV). El informe y la encuesta fueron publicados en Holanda en septiembre de 1991. De un total de 130 000 muertes en el año, 49 000 estuvieron ligadas a DMCFV. Hubo eutanasia en aproximadamente 1.8%. Ocurrieron 400 casos de suicidio asistido. Más de la mitad de los médicos cotidianamente relacionados con pacientes terminales reconocieron que habían aplicado la eutanasia o habían ayudado a que se suicidaran. Solo 12% de los médicos dijeron que nunca lo habían hecho.¹⁷⁹

En junio de 1994 entró en vigor el Decreto de reforma a la Ley de Inhumaciones, que regula el procedimiento legal de notificación que deben seguir los médicos en los supuestos en los que hayan utilizado métodos para poner fin a la vida de un paciente, con o sin el consentimiento expreso del mismo, entre los que se incluyen casos de eutanasia voluntaria y no voluntaria, así como ayuda al suicidio.

Toda esa trayectoria culmina con la aprobación por la Cámara Baja, el 28 de noviembre de 2000, de la propuesta de Ley reguladora de la verificación de la terminación de la vida a petición del sujeto y del auxilio al suicidio (Ley de Verificación). En abril de 2001 es aprobada en la Cámara Alta. La nueva previsión legislativa regula el procedimiento legal a seguir para la justificación de determinados supuestos de eutanasia y auxilio al suicidio, siempre que se hayan llevado a cabo en el ámbito médico.

¹⁷⁹ Keown John, *La Eutanasia examinada*, op. cit., pp. 356-358.

La Ley de Verificación. Modifica el Código Penal al introducir un nuevo supuesto de exención de la responsabilidad criminal. Al mismo tiempo se modifica la Ley de Inhumaciones, que establece las reglas de cuidado que los médicos deben observar para la justificación de su conducta antes de morir el paciente.¹⁸⁰

Por lo que respecta al Código Penal, la Ley de Verificación mantiene la regulación del homicidio consentido y del auxilio al suicidio con la misma redacción (artículos 293 y 294 del Código Penal):

Artículo 293.1 Castiga al que matare a otro, ante la solicitud expresa y seria de éste, con la pena de prisión de hasta doce años o multa.

Artículo 294 (párrafo segundo) Castiga al que intencionalmente prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilite los medios necesarios para tal fin, siempre que el suicidio se produzca, con la pena de prisión hasta de tres años o multa.

A continuación se añade que las conductas anteriores no serán punibles cuando hayan sido realizadas por un médico, que hayan observado las normas de cuidados expresamente recogidas en la Ley de Verificación, y se lo haya comunicado al médico forense municipal, de acuerdo con el artículo 7, párrafo segundo de la Ley de Inhumaciones.¹⁸¹

En lo referente a la Ley de Inhumaciones, la nueva normativa modifica el artículo 7, en su párrafo segundo, y establece que en el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida, a petición del sujeto o la ayuda al suicidio, el médico que trate al paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente al médico forense municipal de las causas del fallecimiento, mediante un formulario expresamente previsto al efecto. Además del formulario, el

¹⁸⁰ Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, op. cit., p. 198.

¹⁸¹ Idem, pp. 198-203.

médico enviará un informe motivado, sobre el cumplimiento de las normas de cuidados establecidos en el artículo 2 de la Ley de Verificación.

La ley de Verificación establece en su artículo 2:

1.- El médico:

- a) ha de estar seguro de que la solicitud del paciente es voluntaria y seria.
- b) ha de llegar al convencimiento de que el sufrimiento es insoportable y no existen perspectivas de mejora.
- c) ha de informar al paciente de la situación en la que se encuentra y de sus perspectivas a futuro.
- d) ha de llegar a la conclusión, junto con el paciente, de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra.
- e) ha de consultar, al menos, con un médico independiente que ha de ver personalmente al paciente y emitir un informe por escrito sobre el cumplimiento de las normas de cuidado mencionadas en los dos números anteriores.
- f) ha de poner fin a la vida o ayudar al suicidio observando el máximo cuidado y esmero profesional posibles.

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN OTROS PAÍSES.

De acuerdo con Emanuel J. Ezekiel, menos del 20% de los enfermos en fase terminal piensan realmente en la eutanasia o el suicidio asistido por el médico, para sí mismos. En Holanda y en Oregon más del 70% de los pacientes que solicitan estas intervenciones están aquejados por cáncer en su etapa terminal.¹⁸²

¹⁸² Ezekiel J. Emanuel, Linda L. Emanuel, *Atención paliativa y terminal*, en "Harrison. Principios de Medicina Interna", MacGraw Hill Interamericana, Chile, 2007; p. 73.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Bélgica es el segundo país en Europa que modificó su legislación para permitir la eutanasia.

La ley belga ofrece una definición de eutanasia: “Un acto practicado por un tercero, que pone intencionadamente fin a la vida de una persona a petición de ésta”.

Requisitos para que la eutanasia no sea punible:

- a) La eutanasia ha de llevarse a cabo por un médico.
- b) El paciente ha de formular una solicitud de eutanasia por escrito y su petición ha de ser voluntaria, reflexionada y reiterada.
- c) El paciente ha de ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de presentar la solicitud.
- d) El sufrimiento físico o psíquico, del paciente ha de ser constante, insoportable e irreversible, y puede tener su origen en una afección accidental o en una patología incurable.

Finalmente, el médico ha de llegar al convencimiento de que no hay otra solución que la eutanasia; deberá consultar otros dos facultativos antes de practicarla; y ha de dejar pasar al menos un mes, a contar desde que el paciente formule la petición, antes de llevar a efecto la eutanasia.

Una vez practicada la eutanasia, en los cuatro días siguientes, el médico deberá presentar un informe para su registro ante la Comisión Federal de Control y Evaluación de la aplicación de la Ley de la Eutanasia. Esta Comisión, compuesta por dieciséis médicos, tiene como función verificar que el facultativo ha actuado de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

En el supuesto de que dos tercios de los miembros del dicha Comisión estimen que el doctor no ha observado las condiciones establecidas en la ley, éste órgano enviará el caso al fiscal para que éste último emprenda medidas judiciales si lo considera oportuno.¹⁸³

¹⁸³ Juanatey Carmen, *El Derecho y la muerte voluntaria*, op. cit., pp. 205-206.

En Suiza, el suicidio asistido se acepta sin que sea requisito que la persona que lo pida tenga una enfermedad terminal, y por eso no es necesaria la presencia de un médico.

En los últimos años se ha incrementado el número de extranjeros que viajan a este país buscando ayuda para morir (3 en 2000, 38 en 2001 y 55 en 2002) y el gobierno está preocupado de que se esté promoviendo este tipo de “turismo”.

Con la muerte de Reginald Crew, un hombre inglés de 74 años con esclerosis lateral amiotrófica, que viajó para recibir la ayuda de Dignitas en Suiza, se ha abierto el debate para revisar la ley, y considerar si se debe prohibir el suicidio asistido para extranjeros.¹⁸⁴

En Oregon, es interesante saber que después de 5 años de funcionamiento de la Ley “*Death with dignity act*”, no se ha demostrado el abuso que temían sus opositores, ni se da muerte a ancianos vulnerables sin su consentimiento, ni son excesivas las peticiones de ayuda. Solamente se permite el suicidio asistido y no se permite la eutanasia.

Quienes defienden la Ley de Oregon, señalan que no debe olvidarse que las personas que se benefician de ella no escogen entre la vida y la muerte, puesto que son terminales, únicamente escogen cuándo y cómo morir.

En Perú y en Uruguay, a quien comete un homicidio movido por compasión y en respuesta a repetidas solicitudes, de un paciente incurable, se le exime del castigo.¹⁸⁵

¹⁸⁴ Álvarez del Río A, *Práctica y ética de la Eutanasia*, op. cit., p. 184.

¹⁸⁵ Garza Garza Raúl, *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*, op. cit., p. 241.

CAPÍTULO VIII

CUIDADOS PALIATIVOS.

La primera noticia de cuidados paliativos se tuvo en Roma en el siglo V d. C. cuando una romana llamada Fabiola, discípula de San Jerónimo, fundó una unidad de cuidados para atender a los peregrinos enfermos, procedentes de África.

En la Edad Media, la orden de los Templarios promovió la creación de centros para atender peregrinos y enfermos que regresaban de las cruzadas.

En 1600, San Vicente de Paul fundó en Francia la Hermandad de la Caridad, que estableció hospicios en todo el territorio para cuidar a los enfermos más pobres y necesitados.

La primera institución que empleó en nombre de “*Hospice*”, en el sentido especial del cuidado a los moribundos fue fundada en 1842 por Madame Jeanne Garnier, en Francia.

En 1850, la monja irlandesa Mary Aikenhead, fundó en Dublín un centro para atender a enfermos incurables: “*Our Lady’s hospice*”. Además creó la orden “Las Hermanas Irlandesas de la Caridad”, que en 1906 inauguraron en Londres el *Saint Joseph’s Hospice*.¹⁸⁶

El gran impulso y desarrollo de los *hospice* se debe fundamentalmente a la labor de Cicely Saunders (1918-2005) desde 1967, fecha en que fundó St. Christopher’s en Londres, *hospice* de 54 camas. La Sra. Saunders estudió Trabajo Social y después Medicina. Después de 1945 se convirtió de agnóstica a cristiana evangélica. Propuso la “teoría del dolor total”, que incluye elementos sociales, emocionales, espirituales y físicos. Falleció a los 87 años de cáncer de mama.

¹⁸⁶ Behar Daniel, *Un Buen Morir*, op. cit., pp. 17-21.

Los cuidados paliativos son un conjunto de medidas destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal, mediante el control de los síntomas molestos, el sufrimiento, y el confort de la persona.

Contemplan el apoyo a familiares y se consideran primordiales cuando no se puede curar ni controlar la enfermedad.¹⁸⁷

Paliar es un término que deriva del latín *paliare*, que significa tapar, encubrir, disimular. La Medicina Paliativa es la rama de la medicina que se encarga de mitigar y moderar el rigor de los síntomas en las enfermedades, que no es posible curar ni hacerlas remitir.¹⁸⁸

La Asociación de Medicina Paliativa define a los cuidados paliativos como: “Los cuidados totales proporcionados a un paciente cuando se reconoce que la enfermedad ya no es curable. Se concentran en la calidad de vida y el alivio del dolor y otros síntomas estresantes, y su intención no es apresurar ni posponer la muerte”.¹⁸⁹

La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como: “La atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Es sumamente importante el control del dolor y de los demás síntomas, como también de los problemas psicológicos, sociales y espirituales”.¹⁹⁰

Los objetivos de los Cuidados Paliativos son:

- 1) Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.

¹⁸⁷ Morrison RS et al. *Paliative Care*. N Engl J Med. 2004 (350): 2582-2590.

¹⁸⁸ Definición modificada de la propuesta por Daniel Behar en su libro “*Un Buen Morir*”, p. 29 “Rama de la medicina que se encarga de disimular, mitigar y moderar el rigor o violencia de ciertos procesos”.

¹⁸⁹ Keown John, *La Eutanasia examinada*, op. cit., p. 148.

¹⁹⁰ Organización Mundial de la Salud. *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un comité de expertos*. OMS. Ginebra 1990 (Serie de informes técnicos 804)

- 2) Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- 3) Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos del paciente.
- 4) Integrar los aspectos psicológicos y espirituales al tratamiento del paciente.
- 5) Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- 6) Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el periodo de duelo.

De acuerdo con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, los médicos se mueven entre dos grandes obligaciones, la necesidad de salvar vidas y cuando esto no es posible, la necesidad de proporcionar a los pacientes terminales la mejor calidad de vida posible y una muerte digna. Los médicos sufren con sus enfermos, pero su principal deber con los pacientes en estado terminal consiste en “aliviar y prevenir el sufrimiento”, junto con la asistencia necesaria para proteger o mejorar su calidad de vida.¹⁹¹

Para que los médicos puedan brindar una buena atención dentro de los cuidados paliativos, es necesario que se respeten 5 principios éticos, propuestos por la Dra. Paulina Taboada en Chile:¹⁹²

- 1) **Principio de veracidad.** Es recomendable informar totalmente al paciente acerca de su enfermedad, sus alternativas terapéuticas y su pronóstico. Esta información se puede dar en forma gradual, no es necesario que en una sola entrevista se informe de todo lo relacionado con la enfermedad. Cuando se oculta la verdad, se cae en una actitud falsamente paternalista y se propicia la “conspiración del silencio” que finalmente constituye una fuente más de angustia para el paciente.

¹⁹¹ Gómez Sancho Marcos, *Morir con Dignidad*, op. cit., p. 7.

¹⁹² Taboada Paulina, *El Derecho a Morir con Dignidad*, Acta Bioethica. 2000 año VI, No. 1 pp. 91 – 101.

- 2) **Principio de proporcionalidad terapéutica.** Los recursos terapéuticos se emplearán sólo en la medida que sus resultados beneficien la calidad de vida del paciente, sin tomar en cuenta la cantidad.
- 3) **Principio del doble efecto.** Es permitido administrar analgésicos y sedantes para mitigar el dolor y el sufrimiento del paciente, aún sabiendo que éstos aceleraran la muerte. La intención principal al administrarlos es la supresión del dolor y el sufrimiento, y no la muerte del paciente.
- 4) **Principio de prevención.** Algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos pueden proporcionar mayor dolor al paciente, por lo que los médicos tratarán de prevenir causar más dolor al paciente.
- 5) **Principio de no abandono.** Los médicos, en general, tienen poca tolerancia para enfrentar el sufrimiento y la muerte, sin embargo con el paciente en estado terminal, es muy importante acompañarlo y reconfortarlo con la presencia, además del tratamiento.

El doctor Robert Twycross, conferencista clínico de la cátedra “*MacMillan*” de Medicina Paliativa en la Universidad de Oxford, menciona que cuando existe suficiente alivio al dolor, los pensamientos suicidas y deseos de “terminar con todo” generalmente están asociados a un desorden transitorio del estado de ánimo, una enfermedad depresiva o el delirio. El sufrimiento intolerable que llegan a presentar algunos pacientes suele tener un origen psicoespiritual, no físico.

Casi siempre es posible proporcionar alivio al dolor. Las personas que solicitan eutanasia en un servicio de cuidados paliativos, cambian de opinión después de algunos días o semanas. Al final de la vida, el permitir a la naturaleza seguir su curso y no intervenir con medidas “heroicas”, constituye una buena práctica tanto médica como ética.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

No es posible contener la eutanasia dentro de límites seguros, por lo que la mejor opción no es legalizar la eutanasia sino ampliar los cuidados paliativos.¹⁹³

Marie Hennezel, psicóloga y psicoanalista francesa, dedicada por más de 15 años al cuidado de personas que se encuentran cerca de la muerte, considera primordial reconocer qué hay detrás de una solicitud de eutanasia. En el enfermo hay sufrimiento, deterioro insoportable, rebeldía, soledad y temor de llegar a ser una carga para los otros. El enfermo en fase terminal demanda amor y atención con el objeto de sentirse menos solo. Frecuentemente cuando son atendidas estas demandas, el paciente se olvida de la eutanasia y continúa siendo atendido mediante los cuidados paliativos.¹⁹⁴

Zbigniew Zylicz, médico holandés especialista en cuidados paliativos, asegura que éstos son prácticamente desconocidos en los Países Bajos. Muchos médicos creen que los conocen porque utilizan morfina, pero esta es una idea muy equivocada, porque la atención paliativa implica mucho más que eso. Implica ayudar a los enfermos a sobrellevar su sufrimiento. Pues es importante admitir que éste no se puede evitar del todo. Acompañar a los pacientes y sus familiares mediante un trabajo interdisciplinario que incluya enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y sacerdotes.

En un principio, la eutanasia se concibió como un último recurso de los cuidados paliativos, pero ahora se ve como una alternativa más fácil, en comparación con la difícil tarea de los cuidados paliativos.¹⁹⁵ Los cuidados paliativos y la eutanasia no solo no se oponen, sino que se complementan. No es recomendable llevar a cabo la eutanasia sin antes haber propuesto e iniciado los cuidados paliativos.

¹⁹³ Twycross Robert G, *Una perspectiva desde el asilo*, en Keown John, *La Eutanasia examinada*, op. cit., pp. 201-202.

¹⁹⁴ Hennezel Marie, *La tentación de la eutanasia*, Editorial Nueva Imagen, México, 2001; p. 49.

¹⁹⁵ Cit. pos. Álvarez del Río A, *Práctica y ética de la eutanasia*, op. cit., p. 223.

“EL SIMPLE HECHO DE SABER QUE EXISTE LA POSIBILIDAD DE LA EUTANASIA TIENE UN EFECTO BENÉFICO Y TRANQUILIZADOR, PORQUE LOS ENFERMOS SABEN QUE AL LLEGAR A CIERTOS LÍMITES, EL HORROR PUEDE DETENERSE”.

Salvador Pániker¹⁹⁶



¹⁹⁶ Salvador Pániker es filósofo y escritor. En 2005 fue Presidente de la Asociación por el Derecho de Morir Dignamente en España.

CONCLUSIONES

La eutanasia, como buena muerte, fue acogida benévolamente en la antigüedad. El suicidio, por su parte sólo se consideraba legítimo si el Estado, a través del Senado, lo aprobaba. Se consideraba una injusticia contra el Estado cuando se ejercía sin su consentimiento. Con el antropocentrismo fomentado por la Iglesia Católica, la vida humana alcanzó un valor superlativo en lo racional, ya que en lo fáctico no fue equiparable. Las guerras, la Inquisición y la pena de muerte fueron los grandes delatores de la incongruencia de la moral cristiana.

Con Lutero y Calvino inició el desprendimiento de la opresión a la razón, que fuertemente ejercía la Iglesia del Vaticano. En el Renacimiento y la era Industrial la libertad se jerarquizó superior a la vida, para luego equilibrarse junto con el valor de la igualdad: Libertad, igualdad y derecho a la vida.

En la primera mitad del siglo XX, la medicina avanzó con un ritmo insospechado, logrando avances a pasos agigantados. Sin embargo, con la mal llamada eutanasia nazi, el término fue desvirtuado y satanizado, incluso temido y odiado.

En la segunda mitad del siglo XX, los avances continuaron en rápida carrera invitando a la tecnología a invadir el cuerpo humano. Se prolongaron los años de expectativa de vida y se cambió el tipo de enfermedades prevalentes con un cambio notable en la forma de morir. El debate no se hizo esperar: ¿Vale más la vida o la calidad de la misma? ¿La libertad de elegir sobre sí mismo debe ser tutelada por el Derecho y el Estado?

Enfundados en recios y fundamentalistas argumentos, se defendió a ultranza la santidad de la vida en todos los momentos del ser humano, sin importar el aspecto que hace del hombre su esencia, el estado cerebral y las funciones mentales superiores. La eutanasia en condiciones muy delimitadas, es decir en pacientes enfermos crónicos, incurables y en fase terminal también fue rechazada, principalmente por el temor a que, autorizando una de las formas de eutanasia, se pueda pasar a las otras, sin previo consentimiento de los involucrados. Temor insano, que solo habla de la resistencia al cambio.

Un argumento relevante en contra de la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Médicamente Asistido, fue la crítica a los médicos que veían la buena muerte como una opción favorable, no la única, para ayudar a sus pacientes. Se decía que ayudar a morir va en contra de la esencia misma de la medicina, porque ésta debe encaminarse a curar y a prolongar la vida de los enfermos. Esto debe ser así, porque es el compromiso con el paciente y la base de la confianza que se tiene a la profesión médica. El homicidio médico debilita los cimientos de algo que es indispensable para la práctica de la medicina, el respeto por la vida.

A este respecto, comparto con Victoria Camps que, las nuevas condiciones socio-culturales e históricas hacen imperativo un cambio en los fines y objetivos de la medicina, que bien pueden establecerse de la siguiente manera:

- 1) La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- 2) El alivio del dolor y el sufrimiento.
- 3) La curación y el cuidado de los enfermos, y el cuidado de los que no tienen curación.
- 4) La prevención de la muerte prematura y la ayuda a morir.

Frecuentemente se saca a colación el juramento Hipocrático para justificar la actitud del médico contra la eutanasia, sin embargo este documento escrito hace más de 2500 años, no se adecua a las circunstancias actuales. Además parece ser que no fue escrito en su totalidad por Hipócrates, sino que fue modificado muy

probablemente por la secta de los epicúreos.¹⁹⁷ Es decir, que no corresponde a la visión del afamado médico griego.

Por otra parte, los cambios en la visión del hombre han sido sustanciales en los últimos cincuenta años. El hombre ha evolucionado en el transcurso del tiempo hasta llegar a ser el *Homo sapiens sapiens* actual. Su origen común al de todos los seres vivos, lo posiciona en una nueva idea de hombre: “El hombre genético”, “el hombre biológico”, “el hombre neuronal”. Se reconoce y se explica al hombre desde una perspectiva físico-química y biológica-evolutiva.

La realidad genómica ubica al hombre en un contexto de igualdad con el resto de los seres vivos que habitan el planeta. Deja de ser el dueño de la naturaleza: Surge con esta nueva concepción del hombre un sentido de responsabilidad y respeto por el ecosistema.

Con el desarrollo cerebral y la formación de la neocorteza surgieron las funciones mentales superiores: iniciativa o intención, cautela, reflexión, anticipación del futuro, conciencia de la muerte, individualidad, libre albedrío y lenguaje simbólico (hablar, leer, escribir, matemáticas). De ello, se generó la diferencia principal con otras especies animales. Surgió la razón, que ahora se considera la condición esencial de la persona humana. El volumen cerebral incrementó de tamaño y las áreas de asociación cerebral aumentaron proporcionalmente, llevando a la función predilecta del hombre, la conciencia de sí mismo y de su mortalidad.

El alma de los griegos, con sus potencias, y el alma de los escolásticos, tienen ahora una gran similitud con las funciones cerebrales superiores, lo que implica su localización a nivel cerebral. Con los conocimientos actuales, se infiere que el hombre es una sola sustancia, una interrelación entre el cerebro y el cuerpo, es un solo individuo relacionándose consigo mismo y con el exterior. No parece haber elementos racionales para sostener la existencia material del alma. La inmortalidad ahora se puede entender como la persistencia del material genético

¹⁹⁷ Pérez Tamayo Ruy, en González Juliana, *Perspectivas en Bioética*. FCE, UNAM, CNDH. 2008, p. 197.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en el tiempo. No es un individuo el que sobrevive, es la especie la que tiende a immortalizarse. De una manera más general, dado que compartimos el ADN de las especies más primitivas, quienes son inmortales, entonces, son los seres vivos en general, que mantienen el ADN y lo perfeccionan constantemente.

Con esta imagen conceptual e histórica del hombre del el siglo XXI, en la presenta investigación, se identificaron algunas cuestiones controversiales en el tema de la eutanasia y el suicidio asistido. Entre ellas sobresale el concepto de persona, dignidad humana, calidad de vida, libertad y autonomía y muerte digna.

El concepto de persona ha generado múltiples discusiones, sin embargo, utilizando el método inductivo, se llega a propone en el presente trabajo de investigación una nueva definición: “Persona es un individuo con funciones cerebrales superiores, simbólico y cambiante”. Con esta propuesta, se intenta homogeneizar el lenguaje relacionado con la muerte de los seres humanos, y muy concretamente de las personas.

Al igual que el significado de persona, dignidad humana se presta a confusión. Para tratar de esclarecerlo se puede decir que, dignidad es un valor que se autoasigna el hombre por considerarse superior a todos los seres vivientes, y su fundamento lo constituye la presencia del neocortex con las funciones cerebrales superiores, mediante las cuales tiene auto conciencia y libertad. Este valor suele ser otorgado por el simple hecho de pertenecer a la especie humana. Desde mi punto de vista, la dignidad del hombre es igual a la de cualquier ser viviente, no hay razón suficiente para considerarnos superiores y, por lo tanto de mayor valor.

Con respecto a calidad de vida del hombre, es un concepto que expresa una evaluación hecha por el individuo acerca de los “otros” o bien, realizada sobre sí mismo. Puede ser, entonces, una evaluación objetiva o subjetiva.

La evaluación objetiva propone variables a medir que son independientes del sujeto evaluado. Así, su calidad de vida depende del concepto de los “otros” acerca de lo que es calidad. Por su parte, la calidad de vida subjetiva es la auto

evaluación con base en la jerarquía propia de valores, y es diferente en cada una de las personas. La calidad de vida relacionada con la salud, desde su arista objetiva, sirve para planear estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como los servicios de salud pública indispensables para la mínima satisfacción de los seres humanos. En el aspecto subjetivo, la calidad de vida del propio individuo y el grado de satisfacción obtenido con el desarrollo de sus potencialidades, le brinda los elementos para planificar el futuro, inclusive en lo relacionado con el final de su vida. Éste es el concepto que le permite discernir si vale la pena vivir, principalmente en aquellos momentos en que la enfermedad incurable azota con furia dolorosa su soberana humanidad.

Se propone, en el presente trabajo, calificar la calidad de vida de una manera simple y sencilla como “buena”, “regular” o “mala”, y que esta calificación la proporcione el mismo paciente, sin necesidad de grandes cuestionarios ni de grandes conocimientos por parte del involucrado. Hay que creerle al paciente, cuando de forma espontánea manifiesta su mala calidad de vida y no compararlo con otras personas, que en similares condiciones manifiestan una mejor calidad de vida. Cuando una persona no puede utilizar sus habilidades motoras, sensitivas, emocionales e intelectuales por coerciones externas o bien relacionadas con fallas orgánicas y no es capaz de conseguir lo que le es satisfactorio, por lo tanto, tiene una mala calidad de vida. Si esta mala calidad de vida se presenta cuando ya se ha vivido y disfrutado lo suficiente, el sufrimiento justifica enteramente la solicitud de una muerte sin dolor, acompañado y con respeto irrestricto a su libertad de elección.

Con respecto a la libertad y la autonomía, es conveniente enfatizar que son parte de las funciones cerebrales superiores. No son iguales, ni tienen el mismo significado. La libertad es la capacidad de elección y la autonomía la capacidad de auto fijar normas en sí mismo. Ambas deben ejercerse con responsabilidad, sin afectación de los “otros”, con actos dirigidos a la consecución de los bienes deseados y que se consideran valiosos. Ni el Estado, ni la sociedad, ni los demás individuos, tienen derecho a interferir en las decisiones que involucran sólo al

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

individuo, cuando éstas no les afectan. La libre elección, en lo concerniente a uno mismo, es el principal argumento a favor de la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Asistido, siempre y cuando se realicen con responsabilidad, es decir sin afectar a los demás. En el contexto del Suicidio y la Eutanasia, elegir la muerte es inseparable de la libertad de vivir.

La libertad es la base de la ética y la moralidad, cuando los actos se relacionan con los demás, pero si la libertad está influida por el entorno contextual e histórico del hombre, entonces los actos humanos deberán juzgarse siempre de manera individual. Así pues, en el caso concreto de la Eutanasia y el Suicidio Asistido, no se pueden juzgar moralmente cuando no hay daño ni beneficio a otras personas.

Morir con dignidad es equivalente a “el hombre merece morir dignamente”. Es la muerte deseable para todos los seres humanos, y preferentemente debe de contar al menos con dos de los tres elementos principales: sin sufrimiento, acompañados y con el máximo respeto a la libertad de elección.

La muerte digna para quienes no son personas, y por lo tanto no pueden integrar emocionalmente el sufrimiento ni tienen capacidad para elegir con libertad, por lo menos debe incluir la ausencia de dolor con acompañamiento.

Con la eutanasia no se pierde el respeto a la vida, sólo se hace hincapié en la calidad de la vida, principalmente cuando se espera una muerte que no es prematura, es decir, cuando ya es tiempo para morir. No se intenta que todos los pacientes terminales prefieran la eutanasia, sólo se intenta agregar una posibilidad de acción más, en circunstancias muy específicas, es decir con el enfermo incurable, en fase terminal y con dolor o sufrimiento incoercible. La eutanasia no excluye los cuidados paliativos, los complementa.

Además, no se pide que todos los médicos practiquen la eutanasia, la objeción de conciencia valida la actitud de un médico que por sus convicciones rechaza la realización de este procedimiento.

Para poder adquirir una postura personal al respecto es necesario identificar los principales argumentos en contra y a favor. Parece que la oposición más consistente es la de la Iglesia Católica, que previamente se ha examinado. Debemos considerar a la población en general sin afectación de credo religioso. Es deplorable que las leyes de una población se rijan por conceptos sectarios. La ley es para todos y no sólo para un grupo especial de la población. Si una minoría acepta la eutanasia, el Estado debería crear los elementos necesarios para permitir su libre ejercicio, siempre y cuando no se afecte con esta acción al mismo Estado ni a otras personas.

La eutanasia, entendida tal y como se definió en el capítulo IV, es una posibilidad que garantiza el ejercicio de la libertad del individuo, incluso al final de la vida. Dejar una esperanza de libertad al ocaso de la vida, proporciona un aliciente para vivir mejor el momento actual.

Con respecto a la pregunta que dio origen a este estudio: ¿Cómo debo actuar, yo médico, ante la solicitud de Eutanasia Activa Voluntaria o Suicidio Médicamente Asistido, hecha por un paciente en etapa terminal?, al final del estudio tengo que aceptar que la Hipótesis planteada es verídica y, por lo tanto, debo aceptar la eutanasia activa voluntaria y el suicidio médicamente asistido y actuar en consecuencia ya que el conocimiento actual es suficiente para justificarlos.

Actuar en consecuencia es aceptar en el camino de la atención del paciente enfermo, incurable y en etapa terminal, después de proponer y realizar cuidados paliativos de alta calidad, la posibilidad de eutanasia o suicidio asistido.

Considero que no es necesario legislar a favor de la Eutanasia y el Suicidio Asistido, simplemente se requiere adecuar la legislación vigente para no intervenir penalmente en los casos en que la persona desea poner fin a su vida, de manera libre y voluntaria, cuando es afectada por una enfermedad crónica e incurable que le condiciona dolor incoercible y, además, se encuentra en etapa terminal.

Esta actuación consecuente con la validación de la hipótesis, implica luchar y pugnar por la despenalización de la Eutanasia Activa Voluntaria y el Suicidio Asistido, en el supuesto del paciente con enfermedad crónica, incurable, con sufrimiento y en estado terminal. Además, compromete a proporcionar cuidados paliativos de alta calidad, con disminución del sufrimiento y acompañamiento incondicional hasta el final, junto con un respeto total a la elección libre que el paciente haga sobre su final tratamiento.

Ayudar a morir bien es un deseo que surge en el médico solamente después de haber acompañado a su paciente en un largo trecho de su enfermedad, la empatía entre ambos se ha hecho inquebrantable, y garantiza la fraterna ayuda en esos momentos finales. En esa etapa final de la vida, el paciente transita con menos angustia y finalmente obtiene una muerte buena.



LEGISLACIÓN PENAL PROCESAL DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

CÓDIGO PENAL

LIBRO SEGUNDO: DE LAS FIGURAS TÍPICAS

TÍTULO PRIMERO

DELITOS EN CONTRA DE LA VIDA Y LA SALUD PERSONALES

CAPÍTULO I

Homicidio

Artículo 96. El Homicidio consiste en privar de la vida a un ser humano por cualquier medio. (P.O. 19-Feb-2001)

Al responsable de Homicidio Doloso se le aplicarán de 8 a 20 años de prisión y de 25 a 250 días de multa. (P.O. 19-Feb-2001)

Cuando el inculpado pertenezca o haya pertenecido a un cuerpo de Seguridad Pública o Privada, se incrementará la sanción hasta una tercera parte del mínimo y máximo establecido y se le impondrá además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos e inhabilitación para el desempeñar otro de esta naturaleza hasta por 5 años. (P.O. 19-feb-2001)

Artículo 97. Si el Homicidio se cometiera en Riña, se aplicará al responsable de 4 a 10 años de prisión y multa de 15 a 150 días, tomándose en cuenta si el inculpado fue provocado o el provocador. (P.O. 19-Feb-2001)

La punibilidad establecida en este artículo se aplicará con disminución de una tercera parte en su mínimo y máximo a quién cometa el Homicidio:

I En vindicación próxima de una ofensa grave causada por el inculpado a su cónyuge, concubino, ascendiente, descendiente o hermanos; y (P.O. 19-Feb-2001)

II Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida. (P.O. 19-Feb-2001)

Cuando el inculpado pertenezca o haya pertenecido a un cuerpo de Seguridad Pública o Privada, se incrementará la sanción hasta en una tercera parte del mínimo y máximo establecido y se le impondrá además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos e inhabilitación para desempeñar otro de esta naturaleza hasta por 5 años. (P.O. 19-Feb-2001)

CAPÍTULO II

Instigación o Ayuda al Suicidio.

Artículo 99. La Instigación o Ayuda al Suicidio consiste en prestar auxilio o inducir a otro para que se suicide.

Al responsable de Instigación o Ayuda al Suicidio se le aplicarán de 2 a 5 años de prisión y de 15 a 50 días de multa.

Artículo 100. Si el ofendido fuere menor de edad o padeciere de desarrollo intelectual retardado, se aplicará al instigador o a quien preste ayuda al suicidio de 3 a 8 años de prisión y de 20 a 40 días (*sic*). (P.O. 19-Feb-2001)

La misma pena se aplicará si el ofendido fuere descendiente o ascendiente del instigador o de quien preste auxilio. (P.O. 19-Feb-2001)¹⁹⁸



¹⁹⁸ Legislación Penal Procesal del Estado de Aguascalientes. Código Penal. Código de Procedimientos Penales. Ley de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad. Editorial SISTA, México 2003.

CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

Catecismo de la Iglesia Católica. Asociación de editores del Catecismo.
Madrid 1993.

ARTÍCULO 2277

Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de las personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto por Dios vivo, su creador. El error de juicio en el que puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar y excluir siempre.

ARTÍCULO 2278

La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados, puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el “encarnizamiento terapéutico”. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad, o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

ARTÍCULO 2279

Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de

abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana, si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados.



JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Traducción del griego jónico al inglés: Ludwig Endelstein

Traducción del inglés al español: Ruy Pérez Tamayo

Juro por Apolo Médico, por Esculapio, por Higiene y por Panacea, y por todos los dioses y diosas, tomándolos por mis testigos, que cumpliré de acuerdo con mis capacidades y mi juicio este juramento y convenio.

Considerar al que me ha enseñado este arte igual que a mis padres y vivir mi vida en asociación con él, y si se encuentra necesitado de dinero darle parte del mío, y considerar a sus hijos como mis hermanos varones y enseñarles este arte –si desean aprenderlo—sin costo y sin compromiso; dar una parte de mis preceptos e instrucción oral y otras formas de enseñanza a mis hijos y a los hijos del que me ha instruido y a los alumnos que han firmado convenio y hecho el juramento de acuerdo con la ley médica.

Usaré medidas dietéticas para el beneficio de los enfermos de acuerdo con mi capacidad y juicio; los protegeré del daño y de la injusticia.

No le daré una droga letal a nadie aunque la pida, ni le haré una sugestión de este tipo. De manera semejante, no le proporcionaré un remedio abortivo a ninguna mujer. Guardaré mi arte y mi vida con pureza y santidad.

No usaré el bisturí, ni siquiera en los que sufran de la piedra, sino que me retiraré a favor de aquellos que se dedican a este trabajo.

Cualquiera que sea la casa que visite, lo haré para el beneficio del enfermo, manteniéndome alejado de toda injusticia intencional y de toda mala acción, y en especial de tener relaciones sexuales con hombres o mujeres, sean libres o esclavos.

Lo que vea o escuche en el curso del tratamiento, o aún al margen de éste, en relación con la vida de los hombres, que de ninguna manera debiera difundirse, lo mantendré en secreto y consideraré vergonzoso hablar de ello.

Si cumplo este juramento y no lo violo, que pueda gozar de mi vida y de mi arte, honrado por la fama entre todos los hombres por todo el porvenir, pero si lo rompo y he jurado en falso, que lo opuesto sea mi suerte.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Pérez Tamayo R. en González Juliana. *Perspectivas de Bioética*. FCE UNAM, CNDH. México 2008 pp. 192-193.

JURAMENTO DEL MEDICO (OMS)

1948 Declaración de Ginebra

1968 Asamblea Médica mundial

Juramento del Médico (OMS)²⁰⁰ En el momento de ingresar a la profesión Médica:

Solemnemente prometo consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Daré a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen.

Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de mi paciente será mi primera preocupación.

Mantendré el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica por todos los medios a mi alcance; mis colegas serán mis hermanos.

No permitiré que consideraciones relativas a religión, nacionalidad, raza, partidos políticos o estatus social se interpongan entre mi deber y mi paciente. Mantendré el mayor respeto por la vida humana desde el momento de la concepción, aún bajo amenaza.

No usaré mi conocimiento médico en contra de las leyes de la humanidad.

Hago esta promesa solemnemente, en forma libre y por mi honor.

²⁰⁰ González Juliana, *Perspectivas de Bioética*, FCE, UNAM, CNDH, 2008; pp. 197-198.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez del Río, Asunción. *Práctica y Ética de la Eutanasia*. México: Fondo de Cultura Económica, 2005.

Aquino, Tomás. *Suma Teológica*. www.dominicos.org/publicaciones/biblioteca/suma.html (último acceso: 25 de octubre de 2008).

Aranguren, Luis. *El Reto de ser Persona*. Madrid, España: Biblioteca de Autores Cristianos, 2000.

Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. 19a. ed. México: Porrúa (Tr Antonio Gómez Robledo), 2000.

Beauchamps, T.L. y Childress, J.F. *Principios de Ética Biomédica*. 4a. ed. Barcelona, España: Masson, 1998.

Behar, Daniel. *Un buen morir. Encontrando sentido al proceso de morir*. México: Pax, 2003.

Calsamiglia, A. «Sobre la Eutanasia.» En *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales*, de Rodolfo Vázquez, 160-196. México: ITAM, FCE, 1999.

Camps, Victoria. *Una Vida de Calidad. Reflexiones sobre Bioética*. Barcelona, España: Ares y Mares, 2001.

Casas Martínez, Ma. de la Luz. «Reflexiones sobre la práctica de la eutanasia en el área médica.» En *La Bioética. Un reto del tercer Milenio*, 205-209. México: Universidad Panamericana, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002.

Cassirer, Ernst. *Antropología Filosófica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

Changeux, J.P./ Ricoeur P. *La Naturaleza y la Norma. Lo que nos hace pensar*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

D'Hyver, Carlos/Gutiérrez Luis. *Geriatría*. México: El Manual Moderno, 2006.

Díaz Aranda, Enrique. *Del Suicidio a la Eutanasia*. México: Cárdenas Editores y Distribuidores., 1998.

Díaz Aranda, Enrique. «Eutanasia (Propuesta de solución jurídica en México).» *Revista de Derecho Penal*, 2003: 299-309.

Durkheim, Emile. *El Suicidio*. México: Grupo Editorial Tomo (Tr. Lucila Gibaja), 2004.

Dworkin, Ronald. *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and individual Freedom*. Londres: Harpers Collins, 1993.

Fisher, Anthony. «Aspectos Teológicos de la Eutanasia.» En *La Eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, de John Keown, 413-432. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.

Gafó Fernández, Javier. *Eutanasia y el derecho a morir en paz*. Madrid, España: Ediciones Paulinas, 1984.

—. *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas, 2000.

García Colorado, Gabriel. *Bioética y Muerte. Aspectos sociales y éticos*. México: Trillas, 2008.

Garza Garza, Raúl. *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*. México: Trillas, 2000.

Gómez Sancho, Marcos. *Morir con Dignidad*. Madrid. España: Ediciones Arán, 2005.

González Valenzuela, Juliana. *Ética y Libertad*. 2a ed. México: UNAM. Fondo de Cultura Económica , 1997.

—. *Genoma Humano y Dignidad Humana*. México: Anthropos Editorial. Rubí, UNAM , 2005.

—. *Perspectivas en Bioética*. México: Fondo de Cultura Económica. UNAM. CNDH, 2008.

Gracia Guillén, Diego. «Ética de la Calidad de Vida.» *JANO* (645), 1985: 47-56.

Guillon, Raanan. «Euthanasia in Netherlands. -down the slippery slope?» *Journal of Medical Ethics*, 1999: 2-4.

Gutiérrez Sáenz, Raúl. *Introducción a la ética*. 4a ed. México: Esfinge , 2002.

Ham C., Roberto. *Reunión Regional sobre Envejecimiento y Salud. Colegio de la Frontera Norte*. (último acceso: 18 de abril de 2008).

Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Chile: MacGraw-Hill. Interamericana, 2007.

Hennezel, Marie. *La tentación de la eutanasia*. México: Nueva Imagen, 2001.

Humphry, Derek y Wickett, Ann. *El derecho a morir*. Barcelona, España: Tusquets editores, 1989.

Hunt, S.M. «Cross-cultural comparability of quality of life measures.» *Drug Info J*: 27, 1993: 359-400.

Juanatey, Carmen. *El Derecho y la muerte voluntaria*. México: Fontamara, 2004.

Kalman, K.C. «Quality of life in cancer patients -An hypothesis.» *J Med Ethics*; 10, 1984: 124-127.

Kamisar, Yale. «El suicidio médicamente asistido: Último puente hacia la eutanasia voluntaria activa.» En *La Eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, de John Keown, 301-334. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.

Kant, Manuel. *Fundamento de la Metafísica de las Costumbres*. 13a ed. México: Porrúa (Tr. Manuel García Morente), 2003.

Keown, John. *La Eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.

Kraus, Arnoldo y Álvarez, Asunción. *La Eutanasia*. México: CONACULTA, 1998.

Küng, Hans y Jens Walter. *Morir con Dignidad. Un alegato en favor de la responsabilidad*. Madrid, España: Trotta, 1997.

Legislación Penal Procesal del Estado de Aguascalientes. Código Penal. Código de Procedimientos Penales. Ley de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad". México: SISTA, 2003.

Locke, John. *Ensayo sobre el entendimiento humano*. Madrid, España: Editorial Nacional, 1980.

Masiá-Clavel, Juan. *El Animal Vulnerable. Invitación a la filosofía de lo humano*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas, 1997.

Moro, Tomás. *UTOPIA*. 3a ed. México: Grupo Editorial Tomo , 2003.

Morrison, R.S et al. «Paliative Care.» *N Engl J Med* (350), 2004: 2582-2590.

Mounier, Emmanuel. *El Personalismo*. México: Maica Libreros Editores (Tr. Josefina Anaya), 2005.

Nueva Biblia Española. Madrid, España: Ediciones Cristiandad, 1976.

Pérez Valera, Víctor M. *Eutanasia (¿Piedad?¿Delito?)*. México: Jus, 1989.

Platón. *Apología de Sócrates*. México: Grupo Editorial Tomo (Tr. Ivone Said M.), 2003.

—. *Fedón*. México: Grupo Editorial Tomo (Tr. Ivone Said M), 2003.

Ramírez Reynoso, Tomás. *La Transición Demográfica*. Aguascalientes, México: Gobierno del Estado de Aguascalientes, 2004.

Ramiro, Manuel. *El Internista. Medicina Interna para Internistas*. 3a. ed. México : Nieto Editores, 2008.

Reich, W.T. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon&Shuster MacMillan, 1995.

Rodríguez Estrada, Mauro. *Las controversias de Las Eutanasias. El fondo oculto del debate*. México: Botas&Alonso, 2004.

Ruíz Arregui L, Rivera Márquez A. «Características de morbilidad en población mexicana de edad avanzada. Un análisis de la encuesta Nacional de Salud 1988.» *Salud Pública de México*, 1996 Vol 38 (6): 430-437.

Sagan, Carl. *Los Dragones del Edén. Especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana*. México: Planeta DeAgostini, 2003.

Sarró, Blanca y De la Cruz Cristina. *Los Suicidios*. Barcelona, España: Martínez Roca, 1991.

Savater, Fernando. *Los Diez Mandamientos en el siglo XXI*. México: Random House Mondadori, 2004.

Singer, Peter. *Una vida ética. Escritos*. México: Taurus, 2003.

Stuart Mill, John. *Sobre la Libertad*. 3a ed. México: Gernika , 1996.

Taboada, Paulina. «El Derecho a morir con Dignidad.» *Acta Bioethics*, 2000: 91-101.

Tristram Engelhardt, Hugo. *Los Fundamentos de la Bioética*. Barcelona, España: Paidós, 1995.

Twycross, Robert. «Donde hay esperanza, hay vida: Una perspectiva desde el asilo.» En *La Eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, de John Keown, 201-231. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.

Urraca, S. *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid, España: Noesis, 1996.

Valls, Ramón. *Ética para la Bioética y a ratos para la Política*. Barcelona, España: Gedisa, 2003.

Williams, Glanville. *The sanctity of life and Criminal Law*. New York: Alfred A. Knopf, 1957.

Zarranz, J. *Neurología*. 3a ed. Madrid, España: Elseviere , 2003.