

Muerte digna*

Armando Adriano Fabre**

Modesta Lorena Hernández Sánchez***

RESUMEN: La bioética ha aportado a la tradicional ética médica, además del principio de autonomía, el principio de justicia, que de acuerdo con los presupuestos básicos del estado de bienestar, elevan la responsabilidad personal de la salud a una dimensión social. Su importancia radica en que su campo de estudio se ha abocado a convertir en prioridad, el máximo bienestar, de acuerdo a los valores u objetivos del paciente que enfrenta una enfermedad progresiva e incurable.

En las últimas décadas, se han creado legislaciones en diversos países del mundo, que garantizan a los pacientes que presentan una enfermedad terminal, la obtención de una muerte digna. En México, existen avances legislativos en los que se ha abordado el respeto y reconocimiento de la autonomía y libre desarrollo de la personalidad del paciente en fase terminal.

Palabras clave: Bioética, principios, derechos humanos, dignidad, eutanasia, voluntad anticipada, cuidados paliativos.

ABSTRACT: Bioethics has contributed to the traditional medical ethics, in addition to the principle of autonomy, the principle of justice, which in accordance with the basic budgets of the welfare state, elevates personal health responsibility to a social dimension. Its importance lies in the fact that its field of study has focused on making priority, the maximum well-being, according to the values or objectives of the patient facing a progressive and incurable disease.

In recent decades, laws have been created in various countries of the world, which guarantee that patients who have a terminal illness obtain a dignified death. In Mexico, there are legislative advances that have addressed the respect and recognition of the autonomy and free development of the personality of the patient in the terminal phase.

Keywords: Bioethics, principles, human rights, dignity, eutanasia, anticipated will, palliative care.

SUMARIO: Introducción. 1. Muerte y bioética. 2. Bioética y derecho. 3. Derecho humano a evitar el dolor. 4. Muerte digna en México. Conclusión. Fuentes de consulta.

* Artículo recibido el 15 de octubre de 2019 y aceptado para su publicación el 8 de enero de 2020.

** Licenciado en Derecho y Maestro en Derecho Constitucional y Amparo por la Universidad Veracruzana, Doctor en Derecho por la Universidad de las Naciones, Miembro activo del Colegio de Notarios del Estado de Veracruz A.C., Docente de la Universidad Veracruzana campus Veracruz.

*** Licenciada en Derecho por la Universidad Veracruzana, Maestra en Derecho Penal y Juicio Oral por la Universidad de las Naciones, Abogada postulante, Docente de la Universidad Veracruzana.

Introducción

Hasta el siglo XVIII las relaciones médicas eran estrictamente paternalistas, pues se conducían bajo el imperativo de mandato-obediencia. Sin embargo, este tipo de relaciones cambiaron a partir del siglo XIX con la entrada del modelo liberal, es decir, cuando surgió la necesidad de controlar el poder del Estado, sometiéndolo a normas jurídicas y éticas razonables, trayendo consigo, la formulación de un catálogo de derechos inalienables de los hombres. Esta situación originó que al enfermo, poco a poco se le fuese considerando como un ser humano autónomo, capaz de recibir información y con libertad para decidir respecto a su propio cuerpo, su salud y su vida.

En ese panorama, surgió una estrecha relación entre el derecho y la medicina, ubicándose en esta los derechos humanos, como una aspiración de las personas de ser protegidas por el Estado; obligando a los médicos, a realizar sus procedimientos bajo la observancia de los mismos.

En las últimas décadas, ha habido grandes esfuerzos para lograr que las personas que terminan su vida lo hagan de una manera digna, por lo que es allí, en donde cobra importancia la intervención de la bioética que ha estudiado el tema y ha abocado su campo de estudio al cuidado en el sentido de beneficio.

1. Muerte y bioética

El concepto y definición de la muerte ha cambiado a través del tiempo, de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal ha llegado a su fin; como testimonio de lo anterior, están los sarcófagos, tumbas y pirámides egipcias, las cuales tenían un significado similar a los entierros y pirámides de algunas culturas americanas precolombinas.¹

Por su parte, la manera en cómo se ve la muerte en México es muy variable, en algunos grupos indígenas, población rural y población urbana marginada, existe un verdadero culto a los muertos, en el que se mezclan lo religioso y lo profano, el respeto, la veneración, y a veces, un sentido festivo y de burla hacia la muerte, situación que denota la incertidumbre, angustia y miedo ante ella.

Actualmente existen diversas perspectivas que definen a la muerte en atención a su forma de llevarse a cabo: los profesionistas del área de la salud que poseen una ideología biologista la consideran como un evento natural, normal y cotidiano, por ello, le otorgan una interpretación científica y técnica; se concibe como parte de un proceso que se caracteriza por la disolución de la unidad organizacional y funcional que compone a un individuo, en el que se considera a las personas como muertas, antes de que realmente lo estén y se haya declarado la muerte oficialmente; y también se define como fase terminal de la vida.²

En ese sentido, el Comité Ad Hoc de la Harvard Medical School refiere que la muerte “*es el cese permanente de todo el funcionamiento clínicamente observable del organismo como*

¹ Engelhardt, T.H., *Los fundamentos de la bioética*, editorial Paidós, Barcelona, 1995, pág. 49.

² Tarasco M.M., *La cultura de la muerte. Medicina y ética*, Tarasco MM Yamamoto CM ediciones, México, 1998, pág. 9.

un todo, y cuando sea aplicable la pérdida de la conciencia por el organismo y todas sus partes identificables".³ Por su parte, los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud señalan los criterios que determinan legalmente el concepto de muerte.⁴

Lo anterior, permite afirmar que la muerte es un fenómeno irreversible con el que concluye el ciclo vital de todo ser viviente; sus límites y definiciones no son precisos, debido a que dicho concepto engloba una visión integral de aspectos psicológicos, sociales, económicos, religiosos y morales, y es precisamente en este último rubro en donde surge una estrecha relación de la bioética⁵ con la muerte, debido a que su ámbito prioritario se centra en las cuestiones morales relacionadas con el proceso del morir.

La realidad del morir hospitalario, la prolongación de la existencia del enfermo hasta límites insospechados, la posición del personal sanitario y de la familia en dicha situación, han originado distintas tendencias y reflexiones con las que se justifican aquellas decisiones que se consideran más correctas o respetuosas de la dignidad humana.

Por ello, para interpretar adecuadamente las actitudes y reacciones ante la muerte de los enfermos, es necesario tomar como marco de referencia los cuatro principios bioéticos de la medicina,⁶ fundados en el respeto a la dignidad de la persona, constituidos desde un

³ CASAMADRID, Octavio, *La Muerte y el derecho sanitario* en Muerte digna una oportunidad real memoria, Comisión Nacional de Bioética, México, 2008, pág. 133.

⁴ **Artículo 343.-** Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

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

Artículo 344.- La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;
 - II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
 - III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.
- Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o
- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

⁵ En el año de 1970, Van Rensselaer Potter, fue el primer oncólogo norteamericano que abordó este neologismo en su obra titulada *Bioethics: a Bridge to the Future*, la definió como la disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos, refiriéndose al estudio de la relación existente entre la vida y los principios o pautas de la conducta humana; por eso, se considera que contempla las bases de la ética moderna, y a su vez, comprende la ética concerniente a las intervenciones sobre la vida y la salud del hombre.

⁶ Fueron creados en el año de 1979 por los norteamericanos Tom L. Beauchamp y James F. Childress, quienes los concibieron como un método sistemático de reflexión que permite elegir una solución correcta ante un dilema bioético. Se refieren, entre otras, a la compasión, a la capacidad de discernir sobre qué es lo relevante en cada circunstancia, a la integridad, a la empatía, a la prudencia en el momento de tomar las decisiones, etc.

enfoque integral y humanista de la asistencia sanitaria, los cuales le permiten al personal sanitario tomar decisiones ante los dilemas que plantea la muerte y el moribundo:

Principio de Beneficencia: “*Manda hacer el bien*”.⁷ En la práctica, se refiere a que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen, deben beneficiar al paciente, es decir, deben ser seguros y efectivos.

Principio de no-maleficencia: “*Se basa en el principio hipocrático de primum non nocere, es decir, ante todo, no hacer daño*”.⁸ Éste se avoca a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe estar siempre a favor de los beneficios.

Principio de autonomía: “*Se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo*”.⁹ Al respecto, conviene destacar que durante mucho tiempo, este principio siempre estuvo ausente de la tradición médica, debido a que la relación médico-paciente era estrictamente paternalista, esto es, yo mando tu obedeces, por lo que el paciente nunca participaba en la toma de decisiones y el médico era quien decidía, en atención a que su deber consistía en hacer el bien, mientras que el deber del paciente, era aceptarlo; resaltando que el enfermo, por el mero hecho de serlo, carecía de capacidad para decidir sobre su vida.

Sin embargo, durante los últimos años, el principio de autonomía ha cobrado mayor relevancia, puesto que actualmente en la práctica, implica una serie de derechos que tiene el paciente y que los médicos están obligados a cumplir, tales como:

- a) Obliga a informar al enfermo, si así lo desea, sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, con sus riesgos y beneficios; b) permite al enfermo rechazar todo tipo de tratamiento o elegir uno distinto al propuesto; c) se debería permitir al enfermo, dentro de lo posible y con las limitaciones legales vigentes, elegir el momento, lugar y forma de su muerte.¹⁰

En ese orden de ideas, es necesario precisar que la promoción del principio en comento, está ligada con el llamado consentimiento informado, como una forma de garantizar que el paciente ha recibido una información adecuada sobre el acto médico a aplicar y que manifiesta su acuerdo. La Comisión Nacional de Bioética del territorio mexicano, lo define como:

La expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento”.¹¹

En esa tesitura, se afirma que a través del consentimiento informado, el personal de salud le comunica al paciente que tiene capacidad mental competente, sobre la naturaleza de la enfermedad que tiene y el procedimiento diagnóstico o terapéutico que le realizarán,

⁷ Azulay Tapiero, A. (2001). “*Los principios bioéticos ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?*”, *Anuario de Medicina Interna*, número 12, volumen 18, Madrid, pág. 60, disponible en <https://derechoamorir.org/2001/03/12/los-principios-bioeticos-se-aplican-en-la-situacion-de-enfermedad-terminal/>, fecha de consulta: 07 de septiembre de 2019.

⁸ *Ídem*.

⁹ *Ídem*.

¹⁰ *Ídem*.

¹¹ Comisión Nacional de Bioética, “*Consentimiento informado*”, disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2019.

así como los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas, a fin de que el enfermo tome una decisión. Por su parte, en el caso de los pacientes incompetentes que presenten limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia, el médico está obligado a conseguir la autorización de un representante legal, para estar en condiciones de realizarle los procedimientos pertinentes, aclarando que en caso de que el paciente se estabilice, el médico debe ponerlo en conocimiento acerca del estado que guarda su salud y obtener la aprobación de éste último, respecto a la ejecución de los procedimientos médicos propuestos. En los casos de urgencias, en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar a través del privilegio terapéutico, actuando con el fin de preservar la vida, hasta que el paciente recobre la conciencia y esté en condiciones de recibir la información sobre el estado que presenta su salud y pueda tomar la decisión que estime pertinente; al respecto, se especifica que dicha situación debe quedar fundamentada en el expediente clínico correspondiente.

Principio de Justicia: *“Este principio se basa en dos hechos: a) todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto; b) hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria”.*¹² De acuerdo con el contenido que aborda, convierte al personal sanitario en gestor y administrador de los recursos y de los servicios, que deberá utilizar de una forma efectiva y eficiente, evitando actuaciones sanitarias inadecuadas.

De acuerdo con lo anterior, los principios bioéticos de la medicina representan la evidencia de que la evolución del proceder ético y moral ante la muerte, son acordes con la evolución de la existencia humana, pues ha quedado de manifiesto que la perspectiva de la ética médica ha cambiado significativamente, en razón a que anteriormente las relaciones médicas eran estrictamente paternalistas, y por lo tanto, el personal sanitario sólo estaba obligado a conseguir el máximo beneficio del enfermo, sin preocuparse por otros motivos. Sin embargo, a partir de que se reconoció internacionalmente el derecho humano a la libertad, dignidad humana y autonomía, el juicio moral de un acto médico es distinto, pues ahora, además de tener como objetivo conseguir el máximo beneficio del enfermo, también atiende a otros aspectos fundamentales: 1) las preferencias del paciente, 2) la calidad de vida subjetiva, 3) los factores sociales y económicos, y 4) el bien de la sociedad en su conjunto. De modo que estos lineamientos éticos implican una conjugación entre los valores de las personas y los derechos humanos, respecto a las decisiones relacionadas con el proceso del morir, por lo que en consecuencia, esa situación permite que el derecho aparezca en escena, como se aborda a continuación.

2. Bioética y derecho

La relación efectiva entre la bioética y el derecho se consolidó el 19 de octubre del año 2005, cuando la Conferencia General de la UNESCO adoptó en la ciudad de París, Francia, la

¹² AZULAY TAPIERO, Armando., *op. cit.*, pág. 60.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos;¹³ en ésta, se propuso la instauración internacional de principios comunes respecto a las cuestiones éticas, relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos, atendiendo a sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.

De manera general, los objetivos de la Declaración están encaminados a proporcionar a los Estados-Parte, un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía en la formulación de legislaciones y políticas en las que impere el respeto a la vida, a las libertades fundamentales de los derechos humanos, así como al fomento del diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética, entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en conjunto. Dentro de sus apartados, cobran relevancia los relativos a la dignidad humana, la autonomía personal, así como el consentimiento informado.

En relación a la autonomía personal, se afirma que es uno de los principios básicos en los que está inspirada dicha Declaración; constituye la primera manifestación del respeto a la dignidad de la persona y el origen de la primera generación de derechos humanos destinados a garantizar las libertades fundamentales de los seres humanos; en el artículo tercero¹⁴ especifica que debe respetarse en todo momento la autonomía de la persona, en la toma de las decisiones concernientes a su propio cuerpo, su propia salud y su propia vida. Por su parte, el artículo quinto, señala que para los casos en los que las personas no puedan ejercer su autonomía por estar imposibilitados mentalmente, deberán de tomarse medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

En concordancia con el principio de autonomía personal, el artículo sexto¹⁵ refiere los supuestos en los que es imprescindible el consentimiento informado, ya sea para realizarle al paciente una intervención médica, o bien, para llevar a cabo investigación científica en su cuerpo, imperando en todo momento, la mejor alternativa por la que opte el paciente.

La Declaración, invoca la dignidad humana como un acto de libertad orientado a defender el derecho que tienen los pacientes para elegir libremente sobre su cuerpo, salud y vida. Por otro lado, en el marco de las relaciones sanitarias, la autonomía de la persona constituye un elemento central, cuyas manifestaciones más evidentes se plasman en la necesidad de suministrar información veraz a las personas enfermas y de recabar su consentimiento para ser intervenido médicamente, aunque no concluye ahí; en consecuencia, los seres libres o autónomos responden de lo que hacen.

¹³ La Declaración consta de 28 artículos que sirven de fundamento y respuesta a los dilemas y controversias suscitados con la existencia de la humanidad y su entorno.

¹⁴ **Artículo 3. Dignidad humana y derechos humanos.-** “1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.

¹⁵ **Artículo 6. Consentimiento.-** “[...] 2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos. [...]”

En el mismo orden de ideas, cabe indicar que el tipo de libertad abordada en la Declaración, fue concebida desde la época moderna por dos pares de autores: por un lado, Locke y Montesquieu, quienes teorizaron la libertad político-liberal de Inglaterra, materializada en el derecho a la vida y a la propiedad, así como la distinción y separación de los tres poderes del Estado; por otro, Rousseau y Kant, quienes profundizaron en la libertad político-moral, plasmada en el único derecho innato denominado autonomía moral, pues su ideología versaba respecto a que todos somos amos y señores de nosotros mismos. De acuerdo con esto, se afirma que en el terreno del pensamiento moderno ya se visualizaban indicios sobre el derecho al bien morir, pues se consideraba la posibilidad del ser humano de tomar decisiones como un ente autónomo, como está plasmado en la Declaración.

Para finalizar, se deja en claro que dicha Declaración, muestra que en la intersección entre el derecho y la medicina cobran presencia y relevancia los derechos humanos, mismos que establecen la aspiración de las personas de ser protegidas por el Estado; destacando que la bioética en ningún momento sustituye la observancia de los derechos humanos, sino que provee un equilibrio que los complementa y refuerza. Por ello, el médico que ignore el respeto a los derechos humanos o los principios en los que se sustenta la bioética, lo inducen a una práctica inaceptable, dado a que de acuerdo con lo expuesto en párrafos anteriores, la medicina organizada moviliza a la profesión médica, previene la violación de los derechos humanos y con ello, evita el incumplimiento de éstos.

3. Derecho humano a evitar el dolor

a) Contexto histórico

A través del transcurso del tiempo, la medicina ha buscado responder de la mejor manera a las necesidades y expectativas de la sociedad, entre los numerosos problemas que enfrenta, cobran relevancia los relacionados con las decisiones que se deben tomar sobre el final de la vida. Al respecto, conviene destacar que durante el siglo XXI, en varios países del mundo han sido aprobadas legislaciones que contemplan alternativas eficaces para aquellos pacientes que no tienen ninguna perspectiva de cura.

El primer caso fue el Parlamento de Holanda, que en año 2001 aprobó la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio,¹⁶ para practicar la eutanasia activa y el suicidio asistido.

De igual forma, la sección de homicidios del Código Penal de Suiza,¹⁷ consideró que es legítima la ayuda para morir, siempre y cuando se ofrezca por motivos altruistas. Uno de los puntos que generaron controversia, es el hecho de que no es requisito que exista una enfermedad que justifique la decisión de una persona de terminar con su vida o que se colabore con ella para que lo consiga.

Igualmente, en Bélgica se legalizó la eutanasia en el año de 2002,¹⁸ a fin de permitir que los adultos o menores emancipados en situación médica con pronóstico de no

¹⁶ CANO VALLE, Fernando, *Bioética: temas humanísticos y jurídicos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Serie No. 77, México, 2005, pág. 117.

¹⁷ *Ídem*.

¹⁸ CANO VALLE, Fernando, *op. cit.*, pág. 117.

recuperación, elijan poner fin a su vida, siempre que más de un médico, certifique la existencia de sufrimiento físico o psíquico intolerable o una enfermedad incurable.

Además, también se señala que en el año 2014 el Parlamento de aquel país, votó a favor de aplicar la ley en comento en menores de edad que se encuentren en etapa terminal, con el consentimiento de los padres.

Desde el año 2007, la Asociación Japonesa de Medicina Aguda aprobó en Japón la eutanasia en enfermos terminales,¹⁹ que se hace mediante una petición escrita de éstos o por una decisión tomada por un equipo médico, en caso de desconocerse la voluntad del afectado y la familia no sea capaz de decidir. Consecuentemente, en fecha 16 de marzo del año 2009 se legalizó en Luxemburgo la eutanasia y la asistencia al suicidio, teniendo como disposiciones generales que éstas sean practicadas por un médico que pone fin intencionalmente a la vida de la persona, a petición del paciente.

Por otro lado, Estados Unidos también mantiene esa línea, dado a que las legislaciones de los Estados de Oregón, Washington, Montana, Vermont y Nuevo México, consignan la regulación del suicidio asistido, para aquellos pacientes con enfermedades terminales que manifiesten de forma verificable su voluntad de morir. En ese tenor, en el año 2016 entró en vigor en Canadá la Ley federal sobre la ayuda médica para morir²⁰ como una alternativa viable para que los pacientes con enfermedades terminales finalicen su vida de manera voluntaria.

Por cuanto hace a los países de América Latina, se sabe que en el año 2015 Colombia introdujo en su Constitución una ley de eutanasia y suicidio asistido,²¹ resaltando que a nivel mundial, dicha normativa es la única que reconoce esta medida como un derecho fundamental.

b) Alternativas para alcanzar la muerte

Existen diversas acepciones que refieren la provocación de la muerte del enfermo, ya sea auxiliándolo, o bien, dejándolo morir para su bien o por su propio interés:

Eutanasia: Proviene del griego *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte) y “*puede entenderse como el acto de provocar una muerte tranquila y sin dolor en un paciente terminal*”.²² La eutanasia se clasifica en atención a dos aspectos fundamentales: la voluntad del paciente y el tipo de intervención.

Eutanasia voluntaria: “*Se realiza a petición del paciente con su consentimiento informado*”.²³ Con esta, se garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía del paciente.

Eutanasia no voluntaria: “*Se practica sobre un paciente incompetente*”.²⁴ Esto es, aquellos que no pueden manifestar su deseo de recibir un tratamiento eutanásico, ya sea porque se encuentran en estado de coma irreversible o con trastornos mentales, anencefalia, entre otros.

¹⁹ SILVA GARCÍA, Fernando, *Garantismo judicial. Derecho a morir*, Editorial Porrúa, México, 2015, pág. 92.

²⁰ NOGUERA SOLANO, Ricardo y RODRÍGUEZ CANO Juan Manuel, *Nociones de evolución para discusiones bioéticas*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2019, pág. 18.

²¹ SILVA GARCÍA, Fernando, *op. cit.* pág. 93.

²² GUTIÉRREZ SAMPERIO, César, *La bioética ante la muerte*, Gaceta Médica Mexicana, número 3, volumen 137, México, 2001, pág. 272.

²³ *Ídem.*

²⁴ *Ídem.*

Eutanasia activa: *“El médico u otra persona, administra a un enfermo un medicamento o droga que acelera su muerte”.*²⁵ En otras palabras, incluye implícitamente la acción intencional de terminar con la vida del paciente.

Eutanasia pasiva: *“Cuando alguien decide retirar al enfermo los aparatos o medicamentos que lo mantienen vivo”.*²⁶ Es decir, se suprimen o simplemente no se adoptan las medidas que prolongarían la vida, en razón a que sólo proporcionarían padecimientos inútiles.

La eutanasia es una acción que abarca dos actos, en los que cada uno tiene un protagonista distinto. En el primero, el protagonista es el enfermo que padece una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que le causa padecimientos permanentes y difíciles de soportar, y es quien toma la decisión, éticamente legítima, de poner fin a su vida de manera apacible y digna; por lo que éste enfermo goza de voluntad libre, o la tuvo, cuando suscribió un documento de voluntad anticipada. Este primer acto es verdaderamente básico y, a su vez, es el fundamento del segundo.

Por su parte, el segundo acto consiste en la intervención médica que proporciona la muerte de forma rápida, eficaz e indolora, y, en efecto, carecería de legitimidad si no se puede verificar la existencia del primero; pero resulta necesario, porque hace efectiva la libre decisión del enfermo, por ende, para que se cumpla esa voluntad de buena muerte se precisa la ayuda del médico, puesto que habrá de prescribir fármacos y administrarlos correctamente. En consecuencia, la razón de que se requiera esa intervención médica es de carácter práctico, ya que el conocimiento profesional es el que asegura que la muerte acaecerá de la manera apacible que se pretende.

Suicidio medicamento asistido: *“Es la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre”.*²⁷ Dicha acción la realizan los pacientes que prefieren morir porque no existen tratamientos que alivien su enfermedad o que existiendo tales, les provoca un sufrimiento insoportable.

En el suicidio asistido, el paciente es quien pone en marcha el mecanismo para infundir la solución con el o los medicamentos letales para acabar con su vida, para lo cual, el médico o un integrante del equipo de salud le proporciona los medios para lograrlo.

Ortotanasia: *“Consiste en todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo; se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que no benefician al enfermo; se continua con las medidas proporcionadas que disminuyen o suprimen el dolor y otras molestias; se procura que el paciente esté cómodo, movilizándolo, alimentándolo, realizando el aseo y las curaciones que sean necesarias; se administran sedantes y analgésicos con la frecuencia y a la dosis que se requiera, pero lo más importante es la*

²⁵ *Ídem.*

²⁶ *Ídem.*

²⁷ Médicos y pacientes.com, “¿Qué es obstinación terapéutica?”, disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/que-es-obstinacion-terapeutica>, fecha de consulta: 23 de septiembre de 2019.

*comunicación y el diálogo del enfermo con su médico, sus familiares y amigos que proporcionan apoyo psíquico, moral y espiritual”.*²⁸

Se trata de un vocablo nuevo de la tanatología cuyo objetivo es que la muerte ocurra en su tiempo cierto, es decir, cuando debe ocurrir; destacando que los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la enfermedad y por lo tanto, el curso de la muerte. Cabe señalar que ésta disciplina no solo se avoca a proporcionar la mayor calidad de vida posible al enfermo próximo a morir, sino además, comprende atención hacia los familiares y amigos de éste, ya sea en el hospital, hospicio o el domicilio del paciente, de acuerdo a las decisiones de éste último.

Por lo demás, se afirma que dichas acepciones constituyen el derecho que tienen los pacientes a decidir sobre su muerte, en función de la autonomía que goza cada persona, permitiéndoles morir en condiciones dignas y a su vez, evitándoles dolor y sufrimiento innecesarios; puntualizando que en México es necesario que se legisle al respecto, dado a que actualmente las prácticas eutanásicas están prohibidas por la Ley General de Salud.

4. Muerte digna en México

a) Precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación

En el derecho mexicano, la vida humana se ha constituido como el derecho preeminente sin el cual no tienen cabida los demás derechos fundamentales.²⁹ A nivel internacional, el artículo 1.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos presupone que ninguna persona debe ser privada de su vida arbitrariamente, y además, señala la obligación de los Estados de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida, conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas, sin discriminación alguna. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, sostiene que el derecho a la vida, implica un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Ahora bien, por cuanto hace al ejercicio del derecho a la vida, es necesario que se plantee lo siguiente: si efectivamente ese derecho corresponde exclusivamente a su titular, por lo tanto, la plena eficacia del mismo requiere que se reconozca también un derecho a morir junto a la inexistencia de un deber de vivir, máxime cuando con ese derecho se ejerce también el derecho a la dignidad, precisando que los supuestos que contribuyen al mantenimiento de la vida atenta claramente contra ésta.

Tomando en cuenta lo anterior, es cómo surgió en el Estado Mexicano, el debate acerca de respetar las decisiones relacionadas con el final de la vida, bajo cualquiera de las circunstancias anteriormente mencionadas, atendiendo a un concepto denominado muerte digna, el cual comprenda la existencia de normativas eficaces que regulen la anulación del dolor en los pacientes que se encuentren en fase terminal o para aquellos que tienen que someterse a tratamientos dolorosos.

²⁸ Dictamen de reforma del artículo 4º Constitucional, emitido por la Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos, pág. 17, disponible en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-01-1/assets/documentos/Dict_dic_derecho_a_la_salud.pdf, fecha de consulta: 25 de septiembre de 2019.

²⁹ Jurisprudencia P./J.13/2002, Semanario Judicial de la Federación, Novena Época, Febrero de 2002, de rubro: DERECHO A LA VIDA. SU PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL.

En ese tenor, la Cámara de Senadores de nuestro país definió a la muerte digna como, El concepto que permite designar el derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e incurable y que se halla en un estado de salud terminal, de decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos, ya sean: quirúrgicos, invasivos, de hidratación, de alimentación y hasta de reanimación por vía artificial, por resultar los mismos extraordinarios y desproporcionados, en relación a la perspectiva de mejora y por generarle al paciente aún más dolor y padecimiento.³⁰

Dicho concepto, contempla la necesidad humanitaria o piadosa de poner fin al dolor insoportable, en el caso de los pacientes terminales, así como de limitar el uso indiscriminado de acciones terapéuticas que resultan inútiles en las etapas finales de todo enfermo terminal.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017,³¹ reconoció la validez de la porción normativa contenida en el artículo 6º, apartado A, numeral 2, de la Constitución de la Ciudad de México,³² relativa al reconocimiento del derecho a una muerte digna, puesto que nuestro máximo tribunal estableció que ninguna persona con una enfermedad terminal, debe ser sometida a tratamientos en contra de su voluntad, o por presiones económicas, puesto que debe prevalecer el respeto a su autonomía cuando se trata de su calidad de vida, evitando la judicialización de este tipo de casos, ya que lo que se busca es la máxima calidad y dignidad de la vida del paciente hasta el último momento.

En ese sentido, conviene señalar que el criterio en cuestión tomó como referencia el derecho a la autodeterminación personal y el libre desarrollo de la personalidad,³³ puesto que está reconocido en nuestro derecho mexicano que el Estado no puede interferir en las elecciones de vida de los ciudadanos, ni en la persecución y satisfacción de los ideales que se propongan; precisando que el derecho a la autodeterminación de las personas en fase terminal o moribundas, debe incluir las medidas necesarias para dar eficacia al derecho de recibir información veraz y completa sobre su estado de salud, pero proporcionada con compasión y respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado. Además, también implica hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente, para garantizar que ninguno de éstos sea tratado en contra de su voluntad y que ésta no se configure por presiones económicas, teniendo en cuenta los deseos expresados por el paciente, en relación con las formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

De acuerdo con lo anterior, queda de manifiesto que el reconocimiento al principio de autonomía, constituye la base para reconocerle al ciudadano, la capacidad que tiene para

³⁰ Dictamen de reforma del artículo 4º Constitucional, *op. cit.* pág. 18.

³¹ Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, fecha: 13 de diciembre de 2017, Ministro Javier Laynez Potisek.

³² **Artículo 6º.- A. Derecho a la autodeterminación personal.** *“Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”.*

³³ Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en Revisión 237/2014, 04 de noviembre de 2015, Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea.

tomar aquellas decisiones médicas que le afectan en lo individual, de una manera significativa, convirtiendo en efectivo su derecho a la autodeterminación física.

b) Avances legislativos

El 07 de enero del año 2008, se aprobó en la Ciudad de México la Ley de Voluntad Anticipada,³⁴ su objetivo consiste en establecer las normas que regulen el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no, a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida, cuando se encuentre en etapa terminal y por razones médicas, a fin de proteger en todo momento la dignidad de la persona.

En esa tesitura, conviene señalar que *“la voluntad anticipada es un documento firmado ante notario público, en el que el ciudadano manifiesta la forma en la que desea ser tratado frente a enfermedades terminales y accidentes”*.³⁵ No obstante, se aclara que no es necesario estar enfermo o sufrir un accidente para firmar la voluntad anticipada, cualquier persona que sea mayor de edad lo puede hacer de manera preventiva y en un escenario de conciencia y tranquilidad.

A grandes rasgos, la voluntad anticipada debe otorgarla una persona mayor de 18 años, debe estar en pleno uso de sus facultades mentales, debe designar un representante, y debe realizarse en presencia de dos testigos. Es aplicable a todas las instituciones de salud pública, sociales y privadas que prestan sus servicios en la Ciudad de México. Se afirma que el contenido de dicha ley contempla una especie de eutanasia pasiva, puesto que permite que el paciente sea quien decida si quiere o no continuar con los tratamientos que prolonguen su vida; sin embargo, se considera que la misma presenta un vacío normativo al no legalizar la eutanasia activa, en razón a que la eutanasia pasiva puede ocasionarle al paciente sufrimientos y dolores que se pueden evitar con la legalización y realización del procedimiento eutanásico activo. Hasta ahora, entidades como Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán, Tlaxcala y Veracruz, cuentan con este tipo de regulación.

Por otra parte, el pasado 01 de julio del año 2019, la Cámara de Senadores de nuestro país, aprobó un dictamen de reforma, que ordena incorporar al cuarto párrafo del artículo 4º de la Constitución Federal, los cuidados paliativos multidisciplinarios, como una alternativa que brinda una muerte digna a los pacientes que se encuentren en fase terminal, el cual fue enviado a la Cámara de Diputados para sus efectos constitucionales.

En dicha propuesta, se considera a los cuidados paliativos como un enfoque que optimiza la calidad de vida de los pacientes, dado a que ayuda a las personas que tienen una enfermedad grave a sentirse mejor, ya que están orientados a prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos; asimismo, también trata problemas emocionales, sociales y prácticos que trae consigo la misma enfermedad, garantizando el acceso a la salud en condiciones de dignidad humana. Para tal efecto, impone la obligación de incorporarse en la Ley General de Salud, los mecanismos de

³⁴ Consta de 47 artículos que regulan las expresiones de la voluntad de enfermos, así como de personas que gozan de un perfecto estado de salud.

³⁵ Milenio, *“Diez puntos sobre voluntad anticipada que debes conocer”*, disponible en: <https://www.milenio.com/politica/diez-puntos-sobre-voluntad-anticipada-que-debes-conocer>, fecha de consulta: 29 de septiembre de 2019.

aplicación de los cuidados paliativos, entre ellos, el manejo, venta y suministro de medicamentos clasificados como sustancias psicoactivas y estupefacientes.

Por lo anterior, se advierte que en México existen avances significativos que contemplan el mejor interés del paciente en fase terminal, situación que representa un gran componente humanitario sobre el respeto a la vida y a la dignidad de la persona. Aunque indudablemente, es necesario que se rompan los paradigmas y se plantee la necesidad de la creación de una ley que regule en forma precisa y objetiva los procedimientos eutanásicos, como respuesta a las libertades de elección y decisión que están reconocidas en nuestra Constitución Federal.

Conclusión

Ha quedado de manifiesto que el contexto en el que se desenvuelve la medicina está sufriendo una transformación, en atención a que se ha abandonado el paternalismo médico, donde se prescindía de la voluntad de la persona humana y se actuaba conforme a la determinación del médico. Ello ha traído como consecuencia el reconocer y respetar la autonomía del paciente, al decidir sobre temas que conciernen a su salud, como por ejemplo, el disponer del modo en el que desea morir, rechazar un tratamiento médico, expresar una declaración de una voluntad anticipada, abordados con anterioridad.

La muerte, la bioética y el derecho se encuentran estrechamente vinculados, con el objetivo de buscar una solución médica que se integre a las necesidades del paciente y optimice las circunstancias en las que éste se encuentra, prevaleciendo en todo momento el componente humanitario, al defender la dignidad del paciente, su autonomía, así como su forma de asistencia más eficaz.

Actualmente, prevalece una nueva cultura sobre la muerte en la que se busca privar a la sociedad en su conjunto, de la agonía, dolor y sufrimiento, como se advierte en la normativa de países como Holanda, Luxemburgo, Suiza, Bélgica, Estados Unidos, Colombia, entre otros; que definitivamente marcan las nuevas tendencias en materia de derecho sanitario, en donde el respeto a la libertad del paciente ocupa el primer lugar, quedando la protección de su salud en un segundo plano.

Procurar una buena muerte, es utilizar todas las alternativas que están a nuestro alcance, a fin de conservar la dignidad de la persona, sin excesos que produzcan daño y sin desplazar o desechar los valores del individuo. Esto es lo moralmente lícito, lo cual implica informar, no al paciente, si no a la persona humana, de manera veraz, oportuna, adecuada y suficiente, sobre su diagnóstico, pronóstico y oportunidades de manejo paliativo, de manera que sea ella la persona quien pondere el costo y el riesgo en todos los sentidos de su terapia, asumiendo que ha de respetarse cualquiera de las decisiones que de ello resulten, reconociendo con ello que quien es responsable ante su vida, puede ser responsable ante su muerte.

Finalmente, más allá de los procedimientos que garantizan el cumplimiento de la voluntad del paciente, se afirma que en México es necesario que se discuta abiertamente la necesidad de que se legalice la eutanasia, a fin de tener alternativas que verdaderamente garanticen la obtención de una muerte digna, al contar con normas jurídicas que regulen nuestra realidad social, puesto que en el intento de respetar o defender la vida, solo se logra aumentar el sufrimiento y prolongar la agonía del paciente.

Fuentes de consulta

Bibliografía

AZULAY TAPIERO, Armando., *“Los principios bioéticos ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?, Anuario de Medicina Interna, número 12, volumen 18, Madrid, 2001, pp. 58-60, disponible en <https://derechoamorir.org/2001/03/12/los-principios-bioeticos-se-aplican-en-la-situacion-de-enfermedad-terminal/>, fecha de consulta: 07 de septiembre de 2019.*

BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F., *Principios de ética biomédica*, Barcelona, Masson, 2001.

BONETE PERALES, Enrique, *Ética de la muerte: de la Bio-ética a la Tánato-ética*, Revista de Filosofía, número 25, pp. 57-74, Salamanca, 2002.

CANO VALLE, Fernando, *Bioética: temas humanísticos y jurídicos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Serie No. 77, México, 2005.

CASAMADRID, Octavio, *La Muerte y el derecho sanitario en Muerte digna una oportunidad real memoria*, Comisión Nacional de Bioética, México, 2008.

GUTIÉRREZ SAMPERIO, César, *La bioética ante la muerte*, Gaceta Médica Mexicana, número 3, volumen 137, México, 2001.

NOGUERA SOLANO, Ricardo y RODRÍGUEZ CANO Juan Manuel, *Nociones de evolución para discusiones bioéticas*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2019.

ROYES ALBERT, *Morir en libertad*, Ediciones de la Universidad de Barcelona, 2016.

SILVA GARCÍA, Fernando, *Garantismo judicial. Derecho a morir*, Editorial Porrúa, México, 2015.

TARASCO M.M., *La cultura de la muerte. Medicina y ética*, Tarasco MM Yamamoto CM ediciones, México, 1998.

Legisgrafía

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Vigente.

Constitución Política de la Ciudad de México. Vigente.

Convención Americana sobre Derechos Humanos. Vigente.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Vigente.

Dictamen de reforma del artículo 4º Constitucional, emitido por la Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-01-1/assets/documentos/Dict_dic_derecho_a_la_salud.pdf, fecha de consulta: 25 de septiembre de 2019.

Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México. Vigente.

Ley General de Salud. Vigente.

Criterios emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación

Jurisprudencia P./J.13/2002, Semanario Judicial de la Federación, Novena Época, Febrero de 2002, de rubro: DERECHO A LA VIDA. SU PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL.

Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, fecha: 13 de diciembre de 2017, Ministro Javier Laynez Potisek.

Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en Revisión 237/2014, 04 de noviembre de 2015, Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea.

Internetgrafía

Comisión Nacional de Bioética, “*Consentimiento informado*”, disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2019.

Milenio, “*Diez puntos sobre voluntad anticipada que debes conocer*”, disponible en: <https://www.milenio.com/politica/diez-puntos-sobre-voluntad-anticipada-que-debes-conocer>, fecha de consulta: 29 de septiembre de 2019.

Médicos y pacientes.com, “*¿Qué es obstinación terapéutica?*”, disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/que-es-obstinacion-terapeutica>, fecha de consulta: 23 de septiembre de 2019.