



# Carpeta Informativa: Muerte Digna

---

“Morir más pronto o más tarde no es la cuestión, morir bien o mal, ésta es la verdadera cuestión. Y así como no siempre es mejor la vida más larga, así resulta siempre peor la muerte que más se prolonga”  
Epístolas Morales a Lucilio.

**CESOP**  
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN PÚBLICA

**LXIV**  
LEGISLATURA  
H. CONGRESO DEL  
ESTADO DE OAXACA  
EL CONGRESO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO



CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN PÚBLICA



**LXIV**  
**LEGISLATURA**  
**H. CONGRESO DEL**  
**ESTADO DE OAXACA**

**EL CONGRESO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO**

**Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública  
del H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Oaxaca**

PRESENTA:

**CARPETA INFORMATIVA: MUERTE DIGNA**

**Laura Jacqueline Ramírez Espinosa.**

Directora del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.

**Araceli Santiago Hernandez.**

Departamento de Análisis y de Opinión Pública.

# Sumario

<b>1.</b>	<b>Introducción</b> .....	5
<b>2.</b>	<b>Conceptos</b> .....	6
<b>3.</b>	<b>Los aspectos legales de una muerte digna</b> .....	13
<b>4.</b>	<b>Muerte digna: ¿inmoral, ilegal e irreligiosa?</b> .....	20
<b>5.</b>	<b>La muerte digna: ¿éticamente aceptable o humanamente necesaria?</b> .....	25
<b>6.</b>	<b>Casos paradigmáticos</b> .....	30
<b>7.</b>	<b>La muerte digna en el mundo</b> .....	34
	Eutanasia .....	35
	Suicidio médicamente asistido .....	37
	Muerte digna .....	39
<b>8.</b>	<b>Cuidados paliativos en el mundo</b> .....	40
<b>9.</b>	<b>Muerte digna en el país</b> .....	41
<b>10.</b>	<b>Opinión pública</b> .....	48
	Resultados gráficos .....	48
	Cruce de variables .....	50
	¿Qué dice la opinión pública? .....	54
<b>11.</b>	<b>En la opinión de...</b> .....	55
<b>12.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	56
<b>13.</b>	<b>Bibliografía</b> .....	58



# 1. Introducción

---



Actualmente la medicina moderna y las nuevas tecnologías han incrementado la esperanza de vida para muchas personas que atraviesan por enfermedades terminales, pero por otro lado cuando la intervención médica fracasa es capaz de retrasar la muerte -que ya es inevitable- provocando al enfermo mucho dolor y agonía. Esta situación de sufrimiento se escapa del umbral de una vida digna, la cual implica una atención digna, en esta etapa final de la vida, lo que nos lleva cuestionarnos si una vida digna, también contiene el derecho a muerte digna.

Este dilema se traduce en una arena de discusiones científicas, médicas, sociales, bioéticas, jurídicas, políticas e incluso religiosas, en la que están en juego la noción misma de persona, dignidad humana y la autonomía.

La presente carpeta ofrece de principio, las definiciones que deben marcar la pauta de entendimiento de este controvertido tema, enseguida se aborda el marco legal federal, para seguir con

los aspectos éticos, morales y religiosos, así como el panorama de los cuidados paliativos en México. Esta investigación también presenta los casos paradigmáticos en el mundo que tuvieron influencia en la definición de los marcos legales de cada país, así como el panorama general de la legislación en el mundo, para aterrizar con el marco legal mexicano, incluyendo especificaciones de los estados, así como los esfuerzos legislativos en materia de muerte digna. Por último se presenta un apartado de opinión pública y comentarios finales.

El Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública confía en que la presente carpeta, ayude a dilucidar dudas y enriquecer el debate sobre este importante tema.

## 2. Conceptos

---

Para entrar en materia es necesario definir los conceptos que serán utilizados en el desarrollo de esta carpeta informativa y que en ocasiones son considerados sinónimos o que han sido utilizados para elaborar falacias que influyen de manera determinante en la opinión pública o en el ánimo de los tomadores de decisiones.

**Cuidados paliativos:** en 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la definición propuesta por la EAPC<sup>1</sup>, calificándolos de “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo”, y precisando que “el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”.<sup>2</sup> En 2002 la OMS amplió la definición: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.<sup>3</sup>

**Estado vegetativo persistente:** es un diagnóstico clínico con un pronóstico de irreversibilidad, en donde los pacientes mantienen funciones vitales, el ritmo sueño-vigilia y carecen de actividad voluntaria. El estado vegetativo se define como persistente cuando se mantiene durante un período superior a un mes.<sup>4</sup>

**Enfermo terminal:** aquella persona que padece una enfermedad irrecuperable, previsiblemente mortal a corto plazo.

Para la Ley General de Salud es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.<sup>5</sup>

**Enfermedad irreversible:** aquella afectación grave o potencialmente grave que con los conocimientos médicos disponibles no se puede curar.

**Muerte:** es la culminación de la vida en un individuo, en términos médicos equivale al juicio diagnóstico de muerte clínica que se traduce en la ausencia permanente de la relación cognitiva



---

<sup>1</sup> European Association for Palliative Care.

<sup>2</sup> OMS 1990 Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). OMS, Ginebra, Suiza.

<sup>3</sup> OMS 2002 National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed., OMS, Ginebra, Suiza.

<sup>4</sup> Estado vegetativo persistente. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-estado-vegetativo-persistente-aspectos-clinicos-articulo-13060069> (consulta: 31 de marzo de 2020).

<sup>5</sup> Ley General de Salud. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)

del individuo consigo mismo y con su entorno, derivada de un paro cardiaco o daño encefálico irreversible.

**Eutanasia:** es un término de origen griego (*eu*: bien y *thánatos*: muerte) que significa buena muerte, muerte feliz, bien o buen morir.

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

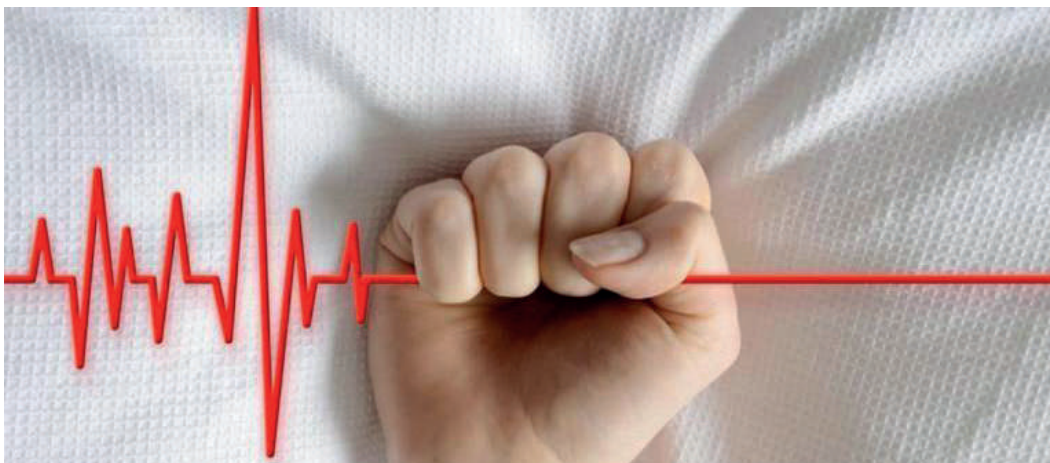
Se ha distinguido diferentes tipos de eutanasia y para clasificarla son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente y el que practica la eutanasia.<sup>6</sup>

Por el contenido volitivo

- **Voluntaria:** cuando el enfermo (grave pero no en estado de coma) solicita o manifiesta su deseo de poner fin a su vida.
- **Involuntaria:** cuando el enfermo no manifiesta su deseo de morir, y se eliminan los medios que prolongan la vida (por ejemplo un persona en estado de coma irreversible o bien de un recién nacido no viable).

Por la modalidad de acción:

- **Activa o positiva:** consiste en acabar con la vida de un enfermo que sufre y esta puede ser:
  - a) Directa: una acción cuyo efecto inmediato logra el fin de la vida del enfermo.
  - b) Indirecta: una acción puede provocar de forma indirecta y secundaria la privación de la vida.
- **Pasiva o negativa:** supone dejar de emplear los medios artificiales o tratamientos paliativos para el mantenimiento de la vida.



---

<sup>6</sup> La clasificación fue obtenida de tres fuentes: AZZOLINI Bincaz, Alicia Beatriz. "Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?" en Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2001.

El vocablo fue creado en el siglo XVII por el famoso canciller inglés Francisco Bacon.<sup>7</sup> Se utilizó por primera vez en épocas remotas por el emperador César Augusto al indicar el anhelo de tener una muerte rápida y sin dolor, lo que se interpreta como una muerte sin sufrimiento (Pérez-Sánchez, 2015).

**Ortotanasia:** se refiere a permitir que la muerte ocurra, por lo tanto los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al enfermo 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.

**Distanasia:** término de origen griego (*dis*: mala o difícil y *tanasia*: muerte) que corresponde a una mala muerte o a un encarnizamiento terapéutico, puesto que consiste en emplear medios artificiales para prolongar la vida de un enfermo sin solución y no viable, sin tomar en cuenta calidad de vida del mismo.

**Limitación del esfuerzo terapéutico (let):** es la suspensión o el no inicio de tratamientos cuando, de acuerdo con la evidencia médica, dichos tratamientos son inútiles o fútiles, ya que solo consiguen prolongar la vida biológica, al retrasar la muerte inminente, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima.

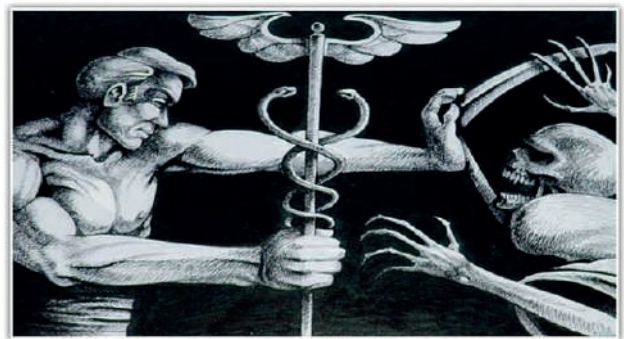
**Encarnizamiento terapéutico:** es la aplicación a un enfermo terminal, tratamientos extraordinarios sin beneficio (Partida-Bogarín, 2007).

De acuerdo al doctor Jordi Sans Sabrafen y al doctor Francesc Abel Fabre, el “encarnizamiento terapéutico” es una expresión coloquial popularizada por los medios de comunicación social, que traduce de manera parcial aunque expresiva, el término más académico de “distanasia”.

**Obstinación Terapéutica:** también llamada obstinación médica, es la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.<sup>8</sup>

En suma se puede afirmar que los términos distanasia, encarnizamiento terapéutico, obstinación médica y obstinación terapéutica, hacen referencia a la aplicación de métodos extraordinarios para mantener vivo a un enfermo que no tiene cura, prolongando su sufrimiento.

**Sedación paliativa:** es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones mínimas necesarias para reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada o en fase terminal, con el fin de aliviar los síntomas refractarios.



<sup>7</sup> Bacon, *Hitoria vitae et mortis*, Lancisi, 1623. Vid. También su ensayo de Moral, II

<sup>8</sup> Idem



**Sedación en la agonía:** es la aplicación de fármacos que buscan la disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un enfermo cuya muerte se prevé muy próxima, es decir cuando se encuentra en la fase de agonía. Con esta sedación se pretende evitar el sufrimiento del paciente en los últimos momentos de su vida, y conseguir una muerte confortable, sea en el hospital o el domicilio.

**Antidistanasia:** dejar de proporcionar al enfermo los medios que solo ocasionarán el retraso de la muerte ya inminente. En otras palabras, esto quiere decir “dejarlo morir en paz”.

**Dignidad:** el término dignidad, proveniente del latín *dignitas*, cuya raíz es *dignus*, que significa “excelencia”, “grandeza”. Es el valor incondicional de todo ser humano, aquello carente de precio, que no tiene un valor cuantificable y es objeto de respeto; está por encima de todo precio y no admite nada equivalente.

**Dignidad humana:** es un valor y un derecho innato, inviolable e intangible, distintivo de la especie humana, de donde dimanan otros valores y derechos fundamentales, tanto para el individuo como para la colectividad.

**Muerte digna:** manifestación del libre desarrollo de la personalidad que permite que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad.<sup>9</sup> Es una garantía que tienen las personas de ejercer su autonomía al final de la vida. Este no es un derecho unidimensional, sino un conjunto de facultades que le permiten a un individuo o quien lo represente válidamente ante la ley, tomar decisiones libres e informadas y tener control sobre el proceso de su muerte, imponiendo límites a terceros, familia, profesionales de la salud y Estado, sobre lo que puede o no hacerse en lo que concierne a su cuerpo, integridad y vida.<sup>10</sup>

La muerte digna no necesariamente implica acabar con la vida del enfermo que sufre, sino también el de solicitar cuidados paliativos para evitar el sufrimiento, respetando siempre su voluntad, que lo lleve a culminar su vida lo más dignamente posible.

---

<sup>9</sup> SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 Y 19/2017, Ponente, ministro Javier Láynez Potisek, México. Disponible en: [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos\\_resolucion\\_scjn/documento/2018-08/Acci%C3%B3n%20de%20inconstitucionalidad%2015.2017%20y%20sus%20acumuladas%20DEFINITIVA.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scjn/documento/2018-08/Acci%C3%B3n%20de%20inconstitucionalidad%2015.2017%20y%20sus%20acumuladas%20DEFINITIVA.pdf) (consulta: 21 de marzo de 2020).

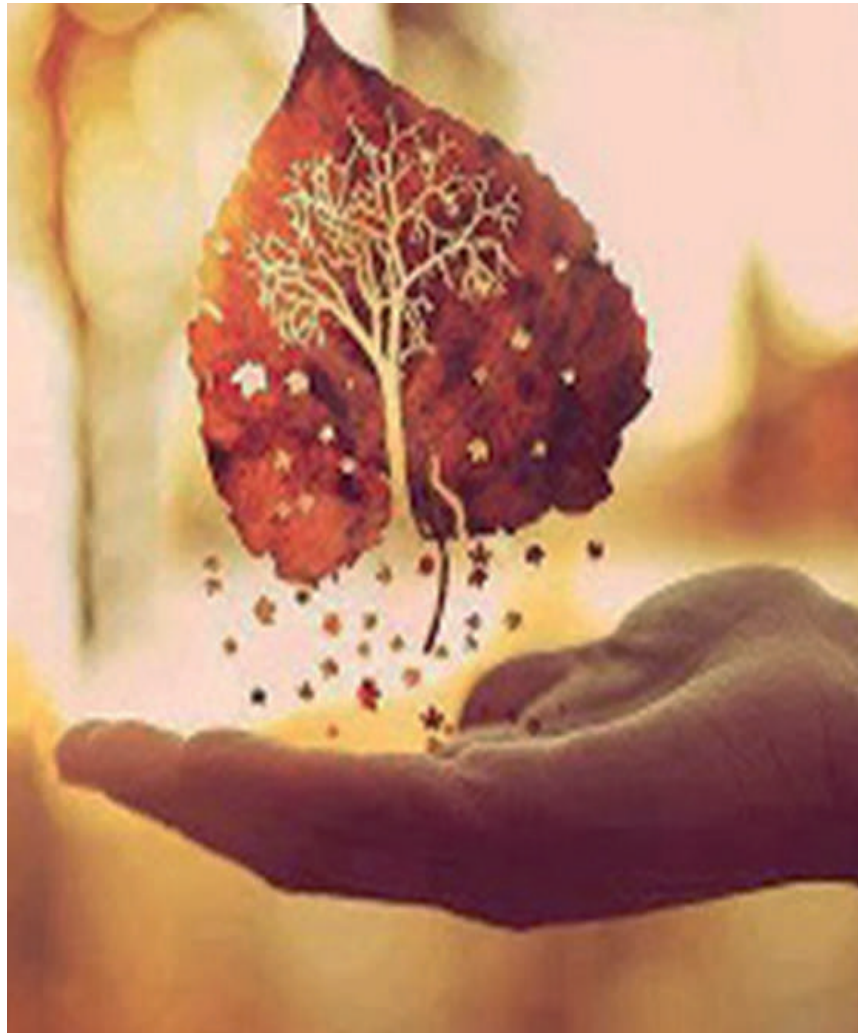
<sup>10</sup> Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente. Disponible en: <https://www.dmd.org.co/ques-muerte-digna/> (consulta: 22 de marzo de 2020).



En suma, las decisiones que se pueden tomar en el marco de la muerte digna son:

- Elegir si desea o no ser informado sobre la enfermedad que se padece y el pronóstico de ésta;
- Consultar o no una segunda opinión;
- Decidir adelantar su muerte, si no posee una buena calidad de vida, debido al sufrimiento que su enfermedad le produce;
- Solicitar no continuar con un tratamiento y determinar las acciones a realizar en caso de muerte clínica o sufrimiento;
- Decidir el sitio donde se desea morir (casa u hospital);
- Autorizar operaciones y cuidados paliativos;
- Decidir con quién desea pasar el proceso de enfermedad;
- Decidir si desea apoyo espiritual, moral o religioso;
- Asegurar su derecho a la muerte digna a través de un documento escrito de forma previa sobre uno o varios aspectos antes mencionados (voluntad anticipada).

**Buen morir:** es una muerte libre de dolor y sufrimientos físicos en donde el enfermo está informado de su situación de salud y su pronóstico, la muerte es aceptada y no restan conflictos personales o asuntos por resolver, además de darse en un entorno rodeado de familiares y amigos, entendiendo que el final de la vida es solo un momento de crecimiento personal acorde a sus preferencias y disposiciones.<sup>11</sup> La literatura sobre el “buen morir” constituye una crítica de la muerte hospitalizada y medicalizada, que se caracteriza por la pérdida de elección individual, la separación de la familia, y asociada a la falta de conocimiento sobre el pronóstico y a la prolongación de la agonía por medios técnicos (Krakauer, 2007; Illich, 1978).



---

<sup>11</sup> Abordado desde el ideal de los cuidados paliativos por Rachel Aisengart Menezes en Aborto y eutanasia: dilemas contemporáneos sobre los límites de la vida.

**Suicidio médicamente asistido:**<sup>12</sup> la palabra suicidio se deriva del latín *sui*:sí mismo y *caedere*: matar, que significa matarse por sí mismo. El suicidio asistido es el suicidio solicitado por el enfermo, por no poder llevarlo a cabo por sí mismo.

Es la ayuda que da un médico a un paciente en respuesta a su solicitud, y consiste en proporcionarle los medios para que ponga fin a su vida.

En los países y estados donde se ha legalizado, la asistencia se limita a la prescripción de un medicamento letal y/o a facilitar el medicamento a la persona que ha decidido suicidarse. El suicidio es un impulso personal de muerte y por lo tanto, quien recurre al suicidio asistido será quien realice la última acción, es decir se auto-administrará el medicamento letal.<sup>13</sup>

**Suicidio asistido:** es la ayuda que da una persona a otra que desea terminar con su vida. La ayuda no está restringida al contexto médico, esto significa que, el motivo de la persona que quiere morir no necesariamente se debe a una enfermedad, la ayuda la puede dar cualquier persona y los medios utilizados pueden ser médicos o no.

**Homicidio por piedad:** es la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de otro.<sup>14</sup> Esta conducta por ser fruto de un acto piadoso que busca poner fin a padecimientos físicos insufribles, productos de enfermedad o lesión corporal.

**Voluntad anticipada:** proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones.<sup>15</sup>

La Ley de Voluntad Anticipada para la Ciudad de México<sup>16</sup> la define como aquella decisión de una persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa de someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.



<sup>13</sup> Por el derecho a morir con dignidad A.C. Disponible en: [https://dmd.org.mx/?page\\_id=763](https://dmd.org.mx/?page_id=763)

<sup>14</sup> Código Penal Colombiano.

<sup>15</sup> Singer, Peter A., "Bioethics for Clinicians: 6. Advance Care Planning", Canadian Medical Association Journal, vol. 155, núm. 12, diciembre de 1996.

<sup>16</sup> Ley de Voluntad anticipada de la Ciudad de México. Disponible en: <http://aldf.gob.mx/archivo-077346e61525438e126242a37d313e.pdf>

**Testamento vital:** es un documento en el que el firmante expresa su voluntad sobre atenciones médicas que desee recibir o no, en enfermedad irreversible o terminal.

La ley de voluntad anticipada de la Ciudad de México<sup>17</sup> lo define como el documento público suscrito ante Notario Público, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la obstinación médica.<sup>18</sup>

**Consentimiento informado:** es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica.<sup>19</sup> Considerado más que un documento un proceso continuo y gradual, en el que el personal de salud informa al enfermo (o en su caso a los familiares) sobre la naturaleza de la enfermedad, procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas.

Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas en función de sus propios valores.



---

<sup>17</sup> Ley de Voluntad anticipada de la Ciudad de México. Disponible en: <http://aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

<sup>18</sup> Hace referencia a la obstinación terapéutica.

<sup>19</sup> Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2010.

# 3. Los aspectos legales de una muerte digna

---

El marco regulatorio en torno a la muerte digna nos dirige a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al Código Penal Federal, a la Ley General de Salud y a los Tratados Internacionales.

En primer lugar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos como lo es la protección a la **salud<sup>20</sup>**, el **libre desarrollo de la personalidad, libertad y dignidad de los individuos.**

El derecho al libre desarrollo de la personalidad<sup>21</sup> es la facultad que tiene cada individuo para elegir autónomamente su manera de vivir, de tal forma que pueda desarrollar su proyecto de vida, sin intervención de terceros y/o del Estado mismo.<sup>22</sup>

Es decir, el Estado tiene prohibido interferir en la elección de vida de sus ciudadanos, debiendo limitarse a sólo diseñar las instituciones que resulten necesarias para facilitar la persecución individual de su proyecto de vida, la satisfacción sus ideales, así como impedir que otras personas interfieran en la persecución de dicho proyecto.<sup>23</sup> Este derecho está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 1, 22 y 26.



---

<sup>20</sup> El texto del párrafo cuarto del artículo 4 constitucional es el siguiente: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

<sup>21</sup> Este derecho está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 1, 22 y 26.

<sup>22</sup> El derecho al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana en la legislación mexicana. Cristina Ortiz Hernández. Disponible en: <http://www.letasjuridicas.com.mx/wp-content/uploads/2019/02/R39-Art10.pdf>

<sup>23</sup> Contradicción de Tesis 11/2016, consultado en: <https://sjf.scjn.gob.mx/SJFSem/Paginas/Reportes/ReporteDE.aspx?idius=26928&Tipo=2>

Si bien es cierto, el libre desarrollo de la personalidad se encuentra mencionado en el artículo 19, en su segundo párrafo de la Carta Magna, no se encuentra dilucidado de forma directa. Pero resulta innegable que constituye un fundamento vital de la dignidad humana y su importancia, radica en que no sólo abarca un derecho en específico, sino que comprende otros derechos tales como: la vida, la integridad física y psíquica, el honor, la privacidad, la propia imagen, estado civil, y todos ellos, en pro del propio derecho a la dignidad personal. Es por eso que una de las principales funciones de los derechos fundamentales, está encaminada a la protección de los bienes o autonomía personal; contra cualquier amenaza directa o indirecta de terceras personas o del Estado mismo. De modo que el establecimiento de medios de protección en la Constitución, es la forma tangible de procurar el libre desarrollo de la personalidad, como una forma de protección al individuo por parte del Estado.

En este marco de protección, México establece a través de la Ley General de Salud en su artículo 161 Bis 21 la **prohibición de la eutanasia**, entendida como homicidio por piedad y el **suicidio asistido**, los cuales se encuentran tipificados por el Código Penal Federal en el artículo 312 que a la letra dice: “El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.

*“Una de las principales funciones de los derechos fundamentales, esta encaminada a la protección de los bienes o autonomía personal; contra cualquier amenaza directa o indirecta de terceras personas o del Estado mismo”.*

El derecho al libre desarrollo de la personalidad implica la toma de decisiones que permitan al individuo transcurrir al final de la vida con dignidad, sin sufrimiento o agonía. Una de las decisiones en el marco de una muerte digna es renunciar a los cuidados paliativos cuando estos son fútiles (obstinación terapéutica) y representan un tormento mayor para la persona.

Sobre este tipo de decisiones se preceptúa en el marco legal de nuestro país, mediante la Ley General de Salud, artículo 166 Bis 4 que establece: “Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad”.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud (1992). México.

Y en el Bis 5 del mismo artículo dispone que: “El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo”. De forma complementaria en el Bis 6 dicta, “la suspensión voluntaria del tratamiento

curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.

En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente”.<sup>25</sup>

*“Una de las decisiones en el marco de una muerte digna es renunciar a los cuidados paliativos cuando estos son fútiles (obstinación terapéutica) y representan un tormento mayor para la persona”.*



De esta manera el tratamiento integral del dolor (entendido como la atención que va más allá de la sola paliación del dolor) forma parte del derecho a la protección de la salud y el respeto al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

México ha priorizado la aplicación de cuidados paliativos para los enfermos terminales y tras la reforma del 2008 (publicada el 5 de enero de 2009) se les permitió a los enfermos terminales rechazar tratamientos inútiles y establecer con carácter obligatorio que esta decisión sea acompañada de cuidados paliativos. Con esta reforma se introdujo un cambio de gran importancia en la concepción de la atención médica al final de la vida en el que se debe considerar el conjunto de necesidades del paciente, las cuales abarcan aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por otra parte, se hace explícita la prohibición de acciones encaminadas a ayudar a un enfermo a adelantar su muerte.

<sup>25</sup> DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25374/paliar\\_02.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25374/paliar_02.pdf)

Si atendemos a las definiciones descritas en el primer apartado de esta carpeta, en México es legal la eutanasia pasiva o la antidistanasia, mediante el proceso de voluntad anticipada (no está regulada en todos los estados de la República) que puede ser efectiva a través de un testamento vital. En resumen los avances legales en México permiten al enfermo decidir cómo morir, pero no cuándo.

*“En México es legal la eutanasia pasiva o la antidistanasia, mediante el proceso de voluntad anticipada que puede ser efectiva a través de un testamento vital”.*

Sobre este tema los organismos internacionales también se han manifestado, en un primer momento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, 1990, consideró que con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de prácticas como la eutanasia. Sobre todo en

contextos actuales que existen mayores alternativas para mitigar el dolor, por lo que los países deberían concentrarse en la implementación de programas de tratamientos paliativos, antes de ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia.

Pero, qué sucede cuando estos tratamientos resultan insuficientes, inaccesibles o inútiles para combatir la agonía de un enfermo terminal, de tal manera que le imposibilita el tener una muerte digna. Considerando que una muerte no es digna cuando:<sup>26</sup>

a) Se muere con dolor. Por ejemplo personas entrevistadas por Human Rights Watch que habían experimentado dolor severo en la India expresaron exactamente las mismas sensaciones que los sobrevivientes de tortura: lo único que querían era que el dolor cesara.<sup>27</sup>

b) Cuando la muerte no es aceptada por el mal manejo de la información producida por el equipo interdisciplinario a través del consentimiento informado;

c) Cuando los que cuidan no están formados en el manejo de las reacciones emocionales (relación: equipo de salud – paciente/familia);

d) Cuando la muerte se deja a lo irracional, al miedo, a la soledad. Cuando la muerte es tabú;

e) Cuando se muere solo lejos del hogar;

f) Cuando se sufre encarnizamiento terapéutico.



<sup>26</sup> Acceso Universal de los Cuidados Paliativos.

<sup>27</sup> Human Rights Watch, 2009 “Por favor, no nos hagan sufrir más...” El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano.



En este sentido, se manifestó la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su recomendación 1418<sup>28</sup> (1999), adoptada el 25 de junio de 1999, que insta a los Estados miembros a que en su derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular sobre:

1. El morir sometido a síntomas insoportables.
2. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal.
3. El morir en el aislamiento social y la degeneración.
4. El morir bajo el temor de ser una carga social.
5. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas.
6. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

A través de esta recomendación se pretende que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad, siempre y cuando no se actúe bajo la influencia o presión de un tercero. Pidiendo garantizar que su voluntad no se configure bajo presiones económicas. Establece también que hay muchas formas de coadyuvar a que una persona tenga una mejor muerte, ya sean médicas, paliativas, administrativas, económicas y de integración social.

*“... ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad, siempre y cuando no se actúe bajo la influencia o presión de un tercero”.*

Anteriormente la recomendación 779<sup>29</sup> determinó que “prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento”.

Más tarde, la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina (a la cual se adhirió México) estableció principios importantes como la obligación de respetar y proteger la dignidad de enfermos terminales y moribundos, bajo la premisa de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida.

*“Prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento”.*



<sup>28</sup> Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418. Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Consejo de Europa. 24a Sesión. 1999.

Disponible: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?FileID=16722&lang=EN>

<sup>29</sup> Recomendación 779 del año 1976 de la Asamblea del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y los moribundos. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/recomendacion-779-del-aapo-1976-de-la-asamblea-del-consejo-de-europa-sobre-los-derechos-de-los-enfermos-y-los-moribundos-recommendation-779-1976-on-the-rights-of-the-sick-and-dying/>

En este marco la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sesión del seis de septiembre de dos mil dieciocho **emitió una sentencia en la que se aborda el derecho a una muerte digna**<sup>30</sup>, derivada de una acción de inconstitucionalidad presentada por la entonces Procuraduría General de la República (PGR) ahora Fiscalía General de la República (FGR), en contra del artículo 6, apartado A, numeral 2 de la Constitución de la Ciudad de México en la porción normativa: **“La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”**, argumentando que el concepto “muerte digna” hace referencia al suicidio asistido y eutanasia, las cuales están prohibidas por las leyes federales, posición que fue rechazada por los ministros de la Corte al afirmar que, “la expresión muerte digna no forzosamente conlleva a la eutanasia y al suicidio asistido, sino que, conforme a los estudios correspondientes y a los tratados internacionales, se refiere al buen morir y no a una muerte rápida, anticipada o provocada” lo cual implica variedades de cuidados paliativos o tratamientos para el dolor y sufrimiento de enfermos terminales, y la mejora de estándares de calidad en el cuidado de estos pacientes. De modo que con nueve votos a favor de los ministros<sup>31</sup> determinaron que la porción normativa impugnada, no es inconstitucional ya que el artículo únicamente reconoce el derecho a la muerte digna como parte de la garantía a vivir dignamente, en respeto al libre desarrollo de la personalidad.

Esta resolución **marca un precedente de gran importancia** en el país y abre la puerta a los congresos locales que tienen intención de legislar en esta materia.

Por otro lado, existe todo un marco de derechos humanos<sup>32</sup> que plantea la idea de reivindicar **el derecho a una muerte digna como un derecho humano**, dicho marco evoca las obligaciones internacionales que incurren los Estados parte.

A continuación se enumeran diversos instrumentos, dispuestos bajo la perspectiva de derechos como: la salud vinculada al nivel de vida y calidad, el respeto a la integridad personal en sus diversas dimensiones, y la protección contra los tratos crueles o inhumanos (bajo la observación de no equiparar con la tortura).

*“La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”.*



<sup>30</sup> SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 15/08/2018. Disponible en <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/actas-sesiones-publicas/documento/2018-08-29/84.pdf> (consulta: 24 de marzo de 2020).

<sup>31</sup> Votaron a favor los ministros: Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, Margarita Beatriz Luna Ramos, José Fernando Franco Gonzáles-Salas con consideraciones adicionales, Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Norma Lucía Piña Hernández, Eduardo Medina Mora, Javier Laynez Potisek y el presidente Luis María Aguilar Morales.

<sup>32</sup> Los derechos humanos son atributos inherentes a toda persona por su sola condición de serlo, sin distinción de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social.

Los principales son:

1. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre<sup>33</sup>: que establece el derecho a no ser sometido a tortura, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
2. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:<sup>34</sup> el artículo 12 reconoce el derecho al nivel de vida, y no se conforma con lo "adecuado", sino que se refiere al "más alto nivel posible", haciendo un especial énfasis en la salud física y mental. Además señala una serie de medidas que los Estados Parte deben adoptar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.
3. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.<sup>35</sup>
4. Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como "Pacto de San José":<sup>36</sup> en el que se enmarca el derecho a la integridad abarcando cuatro dimensiones de bienestar: físico, psíquico (mental), moral y social.
5. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.<sup>37</sup>
6. Declaración de Lisboa sobre Derechos del Paciente:<sup>38</sup> en el que se aborda el "derecho a la dignidad", lo que se traduce en el derecho a recibir toda la ayuda disponible para que el paciente muera lo más digna y aliviadamente posible.
7. Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida:<sup>39</sup> en cuanto al alivio del dolor, recomienda el uso adecuado de morfina y nuevos analgésicos, ajustados al plan de atención específico del paciente. Para tal acción, los grupos de médicos deben elaborar directrices sobre su uso, dosis y efectos secundarios no deseados. Cuando se presentan síntomas refractarios, se plantea la sedación paliativa hasta pérdida de la conciencia, como una medida extraordinaria cuando la esperanza de vida es de solo algunos días.

*"Sin importar su nacionalidad, profesión, creencias religiosas u opiniones políticas o éticas, todas las personas tienen derecho a morir con dignidad".*

Sin importar su nacionalidad, profesión, creencias religiosas u opiniones políticas o éticas, todas las personas tienen derecho a morir con dignidad, por lo que todos los países deberían contar con marcos jurídicos que garanticen ese derecho. La muerte es inevitable, el cómo se afronta pertenece a cada individuo, siempre que no dañe los derechos de terceras personas. Sobre esto hablaremos en el siguiente apartado de la carpeta informativa.

---

<sup>33</sup> Organización de Estados Americanos (OEA).1948 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

<sup>34</sup> Asamblea General de la ONU.1976 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York; Resolución 2200A(XXI)

<sup>35</sup> Asamblea General de la ONU.1971 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York; Resolución 2200A(XXI)

<sup>36</sup> Organización de Estados Americanos (OEA).1969 Convención Americana sobre Derechos Humanos. San José de Costa Rica; Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos

<sup>37</sup> UNESCO 2005 Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos

<sup>38</sup> ONU.1972 Convención Única sobre Estupefacientes (Sustancias Controladas). Nueva York.

<sup>39</sup> Asamblea General de la AMM. 1981 Declaración de Lisboa sobre Derechos de los Pacientes. Lisboa; 34a Asamblea.

# 4. Muerte digna: ¿inmoral, ilegal e irreligiosa?

---

Hablar de muerte digna implica examinar los cuestionamientos morales, éticos, jurídicos, socioculturales e incluso religiosos, los cuales contienen posturas a favor y en contra. En el panorama jurídico, las posturas a favor argumentan su posición, bajo la premisa de que todo ser humano tiene derecho al **libre desarrollo de la personalidad** y puede reivindicar este derecho como parte integral de una vida digna, que estaría conteniendo implícitamente el **derecho a una muerte digna**. Marciano Vidal<sup>40</sup> propone que el derecho a morir con dignidad no se entienda como una formulación de un derecho, en el sentido preciso del ordenamiento jurídico; más bien, tiene una referencia al universo ético, es decir, expresa una exigencia ética. Por lo que la expresión no se estaría refiriendo directamente al morir, sino a la forma de morir. Es decir, una muerte digna implica poder acceder a decisiones como la suspensión o rechazo de tratamientos junto a otros cuidados paliativos, o en su caso optar por la muerte, cuando esta se la **única** manera de garantizar una muerte digna.

En el terreno del derecho al libre desarrollo de la personalidad, nadie debe interferir en las decisiones del individuo sobre su propio cuerpo, siempre que no se transgredan derechos de terceros. Incluso si el ejercicio de la libre autodeterminación implica la confrontación con otro derecho tutelado por el Estado, como, por ejemplo, la vida.

En esta última parte se abre el debate con los que defienden que la vida es un derecho inalienable que conlleva la imposibilidad de renunciar a ella, otorgándole un valor *prima facie*<sup>41</sup>. Al afirmar que la vida tiene un valor *prima facie*, se hace referencia a la jerarquía moral suprema que la sociedad (y por ende el Estado) le han otorgado a la vida frente al resto de los derechos humanos, estableciendo que cuando convergen y entran en ponderación un cúmulo de derechos frente al derecho a la vida, se debe optar por la vida.

En esta visión de darle un valor *prima facie*



---

<sup>40</sup> Vidal M. Bioética: estudios de bioética racional. Madrid: Tecnos; 1994

<sup>41</sup> Esto quiere decir que el criterio formado *prima facie* no es definitivo ni concluyente, ya que una reflexión o una mirada más profunda pueden modificarlo. Lo que implica la expresión, por lo tanto, es una especie de advertencia o aclaración sobre un concepto.

a la vida, la religión ha jugado un papel fundamental ya que parte del supuesto de que la voluntad de Dios es la única que crea y otorga la vida y por lo tanto es solo la voluntad de Dios quien debe quitarla, de tal modo que se debe luchar por la vida y en contra de la muerte; no hacerlo es contrario a la naturaleza humana. El acto de eliminar la propia vida, es considerado vergonzoso, cobarde, irresponsable y pecaminoso. En este sentido San Agustín y Santo Tomás de Aquino, establecieron que la vida es un regalo, un *datum*, algo sobre lo cual tenemos derecho de uso, pero no de gobierno ni dominio, ésta es prerrogativa del ser supremo. Ambos refrendaron insistentemente el rechazo a reconocer en el ser humano la facultad de disponer de su vida con absoluta libertad e independencia, y de la misma forma el ayudar a otro ser humano a morir, lo que también consideran un pecado imperdonable contra Dios.

Similares argumentos fueron expresados por el filósofo John Locke al negar la facultad de las personas de disponer de su vida; en su *Segundo tratado sobre el gobierno*, Capítulo XIV expresa la imposibilidad de la autodestrucción ya que la vida humana es obra y propiedad del Creador omnipotente e infinitamente sabio, recalcando el carácter prioritario e inalienable del derecho a la vida: así como el hombre no tiene derecho a quitarse la vida, tampoco puede ceder a otro el poder de quitarla. Ello a pesar de que defendía que



una persona podía disponer con plena libertad de sí mismo y de sus propiedades. Immanuel Kant en sus obras *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* y *Lecciones de Ética*, rechazó la facultad de los individuos de disponer de su propia vida con absoluta independencia de cualquier cómputo de beneficios y perjuicios, mantenido con firmeza el deber moral (hacia uno mismo y hacia los demás) de preservar la vida en cualquier circunstancia. Y se refirió al suicidio como una conducta antinatural que perjudica a terceras personas, y que obedece al desconocimiento de que la vida no nos pertenece porque nos ha sido dada, por lo que debemos afrontar la vida sin posibilidad de buscar “atajos” que nunca contarían con el beneplácito del “arquitecto divino” (Tasset, 2008).

Como vemos, el factor de la religión en la discusión de una muerte digna resulta relevante, puesto que la muerte no es primariamente un evento médico o científico, sino un evento personal, cultural y religioso. Las convicciones morales y religiosas determinan lo que se considera el comportamiento adecuado frente a la muerte, tanto para el enfermo terminal, como para los que lo atienden.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Laín Entralgo P. *Antropología Médica*. Barcelona: Salvat; 1958.

En la siguiente tabla se muestra la visión o concepción sobre el tema de algunas religiones:

Religión	Visión o concepción sobre la muerte digna
<b>Evangélica</b>	Con la resurrección de Jesús, los cristianos celebran la victoria sobre la muerte. Esto significa que la vida no debe ser prolongada innecesariamente, pero también significa que el ser humano no puede disponer arbitrariamente de la vida, ni al comienzo ni al final. La vida, con sus límites, es un don divino. "La fe cristiana en la resurrección de Jesucristo ayuda a aceptar la caducidad de nuestra vida y a permitir la muerte cuando llega la hora".
<b>Católica</b>	La Sagrada Escritura es clara al señalar que la vida es un don de Dios y solo él tiene poder para darla y quitarla. Bajo esta idea, toda persona, institución o gobierno deben hacer todo lo posible para ayudar a conservar la vida propia y la de los demás. En este sentido, la Sagrada Escritura y la Iglesia "enseñan que el dolor y el sufrimiento son parte de la vida misma y pueden tener un sentido redentor".
<b>Islam</b>	El Islam permite, en ciertos casos, que se cese con las medidas que prolongan la vida artificialmente, pues no se trata de aferrarse a ella. Cuando la vida llega a su fin, hay que entrar con satisfacción a la muerte. No se debe, por ello, prolongar la vida a toda costa, donde la ciencia y la razón no ven perspectiva. El Islam prohíbe toda clase de eutanasia. La vida es un don divino, que hay que proteger y cuidar lo más posible. El fin de la vida lo determina Dios.
<b>Judía</b>	Según el judaísmo, naciste en contra de tu voluntad, así que en contra de tu voluntad morirás algún día.
<b>Cristiana</b>	Considera absoluto el valor de la vida por encima de cualquier otro valor y la defiende incluso en situaciones en las que el sufrimiento mina al ser humano hasta sumirlo en un estado de humillación e indignidad y convertirse en tortura. ¡La vida por encima de la felicidad! El derecho a la muerte digna, dicen, es un eufemismo que, en realidad, significa "derecho a matar". Para oponerse a la eutanasia apelan al sentido redentor del sufrimiento y recurren a los padecimientos de Jesús de Nazaret, que los asumió voluntariamente, en toda su crudeza.
<b>Mormones</b>	Cree en la santidad de la vida humana, por lo cual se opone a la eutanasia. La terminación de la vida de este modo constituye una violación de los mandamientos de Dios. Cuando la muerte a causa de tal enfermedad o de un accidente llega a ser inevitable, el hecho debería considerarse una bendición y una parte de la existencia eterna que tiene su propósito. Los miembros no deben sentirse obligados a prolongar la vida mortal por medios que no sean razonables. Los más indicados para ejercer este juicio son los miembros de la familia, después de recibir asesoría médica sabia y competente y de buscar la guía divina mediante el ayuno y la oración.
<b>Budismo</b>	En situaciones donde se exige <i>songenshi</i> (muerte-con-dignidad), el hecho de que la persona esté enfrentando una muerte inminente es lo que hace que sea moralmente aceptable asistirle en su suicidio, en particular si el motivo es la compasión. El Budismo siempre ha reconocido la importancia de la decisión individual, no obstante, las presiones sociales han mermado esta visión. Respecto a la eutanasia o a ayudar a ocasionar la muerte a algún enfermo terminal, hay algunos episodios de la vida de Buda así como otros comentarios que siguen siendo discutidos actualmente. Hay artículos, maestros y personalidades tanto a favor como en contra dependiendo de los tipos de eutanasia. En el caso de enfermedades terminales, generalmente no se recomienda acelerar el proceso de muerte más de lo que la propia enfermedad lo haría, alargar este tiempo tampoco es comentado de manera favorable

**Fuente:** Construcción propia a través de investigación documental.

Si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, bajo el argumento inadmisibles de que una "mayoría" lo juzga un imperativo religioso o moral.<sup>43</sup> Sobre esto, John Stuart Mill en el siglo XIX, en su libro *Sobre la libertad*, se propuso indagar acerca de la naturaleza y los límites del poder que puede ejercer la sociedad sobre una persona, proponiendo un principio que concedía prioridad a las decisiones individuales frente a los intereses sociales: "Con respecto al daño que una persona puede causar a la sociedad, sin violar ningún deber, ni perjudicar específicamente a ningún otro individuo más que a sí

*"Si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad".*

mismo, la sociedad puede y debe soportar este inconveniente por amor de ese bien superior que es la libertad humana", y prosigue "Cada uno es el guardián natural de su propia salud, sea física, mental o espiritual. La humanidad sale más gananciosa consintiendo a cada cual vivir a su manera que obligándole a vivir a la manera de los demás" (Hume, 2005).

Moral y éticamente hablando las posturas a favor reiteran la necesidad de respetar la libre determinación,<sup>44</sup> entendiendo la muerte como parte de la vida y que ésta se cumple con la muerte, es decir, la vida y la muerte es un *continuum*, como una misma realidad.

Sobre esto David Hume en su ensayo "Sobre el suicidio" afirma que los seres humanos tienen derecho a acabar con su vida cuando consideran desde un punto de vista racional, que dicha vida no les proporcionará más que sufrimiento. Hume justificó bajo la premisa de que todo hombre que decide poner fin a su vida ni ofende a Dios, ni a sí mismo ni a sus semejantes: "Un hombre que se retira de la vida no hace daño alguno a la sociedad; lo único que hace es dejar de producirle bien (...) Aún suponiendo que nuestro deber de hacer bien fuese un deber perpetuo, tiene que haber por fuerza algún límite. No estoy obligado a hacer un pequeño bien a la sociedad, si ello supone un gran mal para mí. ¿Por qué debo, pues, prolongar una existencia miserable sólo porque el público podría recibir de mí alguna minúscula ventaja?". Y en defensa al derecho individual a la autodestrucción prosiguió: "... una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga, y hacer de ella algo peor que la aniquilación. Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si ésta merecía conservarse" (Hume, 1988).

---

<sup>43</sup> ISAZA CADAVID Marcela "somos dueños de la vida que elegimos, ¿pero también de nuestra muerte?", Alumna adscrita a la Facultad de Derecho de la Corporación Universitaria de Sabaneta J. Emilio Valderrama, pag. 3

<sup>44</sup> Dicho derecho se encuentra fundamentado en las manifestaciones de libertad incluidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Organización de las Naciones Unidas en 1948

El derecho que tienen las personas a decidir sobre su propio cuerpo incluido el de cómo y cuándo morir, nos regresa al contexto de la atención médica, entrando en contradicción con modos de pensar distintos en donde se involucran -como ya se mencionó anteriormente- la religión, los valores y la ética de cada profesional de la salud. Por un lado existe un miedo latente a las repercusiones jurídicas, al escarnio social, al cargo de conciencia y por el otro, la convicción de que su deber profesional es siempre luchar contra la muerte, lo cual se refuerza con el juramento hipocrático en donde uno de sus preceptos más conocidos establece: "jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura".<sup>45</sup>

*"Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si ésta merecía conservarse".*

En el marco de las decisiones del profesional de la salud, cuando su visión y creencias no empatan con la de su paciente, existe la objeción de conciencia a la que pueden abocar para no realizar cualquier acción que vaya en contra de su ética y valores, lo que podría provocar la negativa a ejecutar lo solicitado por el paciente de manera presencial o a través de un testamento vital.<sup>46</sup>

El debate es amplio y polémico, tiene muchas aristas y visiones que deben ser analizadas con la mayor profundidad, toda vez que están en la mesa derechos humanos que deben ser respetados social y jurídicamente, haciendo frente a los dilemas éticos del final de la vida.



<sup>45</sup> El juramento hipocrático.- [www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf](http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf)

<sup>46</sup> Serrano Ruiz-Calderón José Miguel.- Eutanasia y objeción de conciencia. Libro: Libertad y conciencia en el ejercicio de las profesiones sanitarias.



# 5. La muerte digna: ¿éticamente aceptable o humanamente necesaria?

La palabra “muerte” sigue siendo una palabra tabú, a nadie le gusta pensar en cómo serán sus últimos días o si tendrá la posibilidad de pasarlos sin sufrimiento de una manera digna.

Si nos atenemos a que diversos estudios demuestran que los síntomas que con mayor frecuencia se presentan hacia el final de la vida tienden a ser múltiples, multifactoriales, cambiantes, intensos y de larga duración. En números tenemos que cerca del 90% de estos enfermos tienen dolor intenso, 80% depresión o ansiedad, 60% dificultad para respirar y, casi todos, falta de apetito, sequedad bucal, constipación, debilidad general u otras molestias similares.<sup>47</sup>

Rango	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón 75,256	Enfermedades del corazón 66,337
2	Diabetes mellitus 52,309	Diabetes mellitus 54,216
3	Tumores malignos 41,088	Tumores malignos 43,053
4	Agresiones (homicidios) 28,522	Enfermedades cerebrovasculares 17,881
5	Enfermedades del hígado 28,400	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 11,140
6	Accidentes 27,362	Enfermedades del hígado 10,418
7	Enfermedades cerebrovasculares 17,366	Influenza y neumonía 9,828
8	Influenza y neumonía 12,063	Accidentes 8,823
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 11,814	Insuficiencia renal 5,757
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 7,452	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5,567

*“Las enfermedades crónicas representan 7 de las 10 principales causas de muerte en México”.*

En Latinoamérica en donde hay menos de dos servicios de cuidados paliativos por millón de habitantes, se calcula que cada año más de 3.5 millones de personas podrían beneficiarse de los cuidados paliativos, pero de estos tan solo el 1% los recibe.

En México, las enfermedades crónicas representan 7 de las 10 principales causas de muerte, las más relevantes son enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos (cáncer).<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Estas cifras se basan en la frecuencia de síntomas encontrados en 300 pacientes terminales por el equipo del Dr. Hugo Fornells: ICO, Argentina.

<sup>48</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Mortalidad, causas de defunción. 2015. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>

El cáncer<sup>49</sup> es la tercera causa de muerte en el país y de acuerdo a tres estudios mexicanos<sup>50</sup><sup>51</sup><sup>52</sup> de los registros de las muertes por tumores malignos en el país, esta enfermedad a nivel nacional ha tenido un aumento en los últimos 20 años, a partir de 1990, debido al crecimiento y envejecimiento poblacional, principalmente.

En el 2018 existían 190 mil 667 casos de pacientes con cáncer de los cuales su mayoría fueron mujeres 105 mil 51 y 85 mil 616 hombres.

La Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO) considera que las elevadas cifras de muertes por cáncer se deben a diagnósticos tardíos. Lo que provoca que el 60% de los casos de cáncer en México es detectado en etapas avanzadas.

<p><b>Cánceres más comunes en mexicanos:</b></p> <p>Próstata</p> <p>Colorrectal</p> <p>Testicular</p> <p>Pulmonar</p> <p>Gástrico</p> <p>Fuente: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC)</p>	<p><b>Cánceres más comunes en mexicanas:</b></p> <p>Mamario</p> <p>Tiroides</p> <p>Cervicouterino</p> <p>Cuerpo uterino</p> <p>Colorrectal</p> <p>Fuente: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC)</p>
---	--

Si a este panorama le agregamos una variable determinante como lo es la pobreza, en un país donde el 41.9% de la población es pobre<sup>53</sup>, la situación de acceso a los cuidados paliativos se desdibuja cada vez más, sobre todo cuando estos representan un gasto inaccesible o insostenible para una familia promedio en México y nos coloca en un terreno de desigualdad y de injusticia social.

Costear una enfermedad como el cáncer (según su tipo y la etapa en la que se diagnostique) podría rebasar los 245 mil pesos, para el caso específico de la leucemia el costo podría ascender a los 875 mil pesos,<sup>54</sup> lo que no siempre se traduce en regresarle la salud al

*La situación de acceso a los cuidados paliativos se desdibuja cada vez más, sobre todo cuando estos representan un gasto inaccesible o insostenible para una familia promedio en México.*

<sup>49</sup>De acuerdo con cálculos de organismos internacionales, los cánceres de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón son los más recurrentes en la población en general en ambos sexos.

<sup>50</sup> Gómez-Dantés H, Lamadrid-Figueroa H, et al. "La carga del cáncer en México, 1990-2013". Salud Pública Mex 2016; 58:118-131.

<sup>51</sup> González RA. "Tendencia de mortalidad por cáncer en México: 1990-2012". Evid Med Invest Salud 2015; 8 (1): 5-15

<sup>52</sup> F. Aldaco-Sarvide, et al. Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. Gac MEX Oncol. 2018; 17:28-34

<sup>53</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Resultados de Pobreza en México 2018. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

<sup>54</sup> Seguros Monterrey y Seguros New York Life

enfermo, sino en ofrecerle una mejor calidad de vida, lo cual representa un gasto de bolsillo<sup>55</sup> desproporcionadamente alto para la población en general y un gran peso para los sistemas públicos de salud los cuales cuentan con profundas carencias en la oferta de sus servicios, reflejándose en la falta de profesionales de la salud, medicamentos o equipo e infraestructura médica.

Entonces, en México ¿qué tan fácil resulta acceder a los cuidados paliativos?

Es importante tener en cuenta que el acceso a la prevención y alivio del sufrimiento físico asociado a la enfermedad crónico-degenerativa es una parte fundamental de la atención sanitaria y del derecho a la salud. Así se encuentra ya establecido en la Ley General de Salud explícitamente desde 2009. No obstante, el tratamiento del dolor sigue siendo un reto de la atención de la salud en nuestro país.

En 2017 la Comisión Lancet<sup>56</sup> sobre el acceso global a los cuidados paliativos y el alivio del dolor, publicó un informe titulado: “Reduciendo el abismo en el acceso a los cuidados paliativos y el alivio del dolor, un imperativo de la cobertura sanitaria universal”. Ese informe desarrolló un marco para medir la carga global del sufrimiento severo relacionado con la salud.

*“16 mil niños al año mueren con sufrimiento, lo que representa 42% de la mortalidad infantil total en México”.*



<sup>55</sup> El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias.

<sup>56</sup> La Comisión Lancet ha señalado que el sufrimiento grave relacionado con la salud está asociado con enfermedades o lesiones que podrían mejorar mediante el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos.

Esta comisión señaló que para México, el acceso a los cuidados paliativos es prácticamente inexistente, afirmando lo siguiente:

- México tiene 468 mil personas que padecen un sufrimiento grave relacionado con la salud, lo que significa casi 230 mil muertes y 37% de toda la mortalidad del país, es decir, 150 millones de días de sufrimiento al año en México.
- La mayor parte de los pacientes con dolor padecen cáncer, VIH, lesiones, demencia, padecimientos del hígado o enfermedades pulmonares.
- 16 mil niños al año mueren con sufrimiento, lo que representa 42% de la mortalidad infantil total en México.
- Existen entre 100 y 150 paliativistas para una necesidad de tres o cuatro veces superior.
- El 15% de instituciones que ofrecen las carreras de medicina y enfermería tienen cursos obligatorios en cuidados paliativos y control del dolor.

Hasta finales de 2017, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el mayor proveedor de servicios de salud en el país, sólo contaba con 14 centros contra el dolor.

Para pacientes que ya no tienen cura, el control del dolor es básico, sin embargo, sólo la tercera parte de ellos tiene suficiente acceso a los medicamentos opiáceos, específicamente la morfina, a pesar de que son fármacos económicos.

Sobre medicamentos controlados como la morfina, la Comisión Lancet informó:



- Hay una disponibilidad de 562 mg por paciente con sufrimiento grave, cuando los pacientes requieren de 1,561 mg en cuidados paliativos, lo que genera una necesidad insatisfecha de 64%.
- Para cubrir todas las necesidades médicas en México se requiere de 13,164 mg por paciente, de los cuales se satisface a penas entre el 4% y 5% de esa necesidad.
- México ocupa el lugar 64 de 172 países en cuidados paliativos. Los países que se encuentran por debajo de México son países muy pobres.
- México requiere un marco regulatorio de los cuidados paliativos y de los medicamentos controlados para hacer efectivo el alivio a más de 240 mil personas al año, incluyendo adultos y niños que se encuentran en estado de sufrimiento. Todos ellos requieren acceso a medicamentos que contienen morfina u otros componentes o derivados del opio.

Por otro lado el informe “*Ranking palliative care across the world*”<sup>57</sup> desarrollado por *The Economist* y financiado por la *Lien Foundation de Singapur*, a 80 países del mundo; ubica a México en el lugar 60 en el índice de capacidad para brindar cuidados paliativos,<sup>58</sup> en el lugar 30 en costos y obtiene la posición 54 en cuanto a la calidad de los mismos.

Si nos atenemos a los resultados, se puede decir que en México se ofrece un bajo índice en cuidados paliativos, con un mayor costo y menor calidad, por debajo de Ecuador, Cuba o Chile, en los tres rubros.

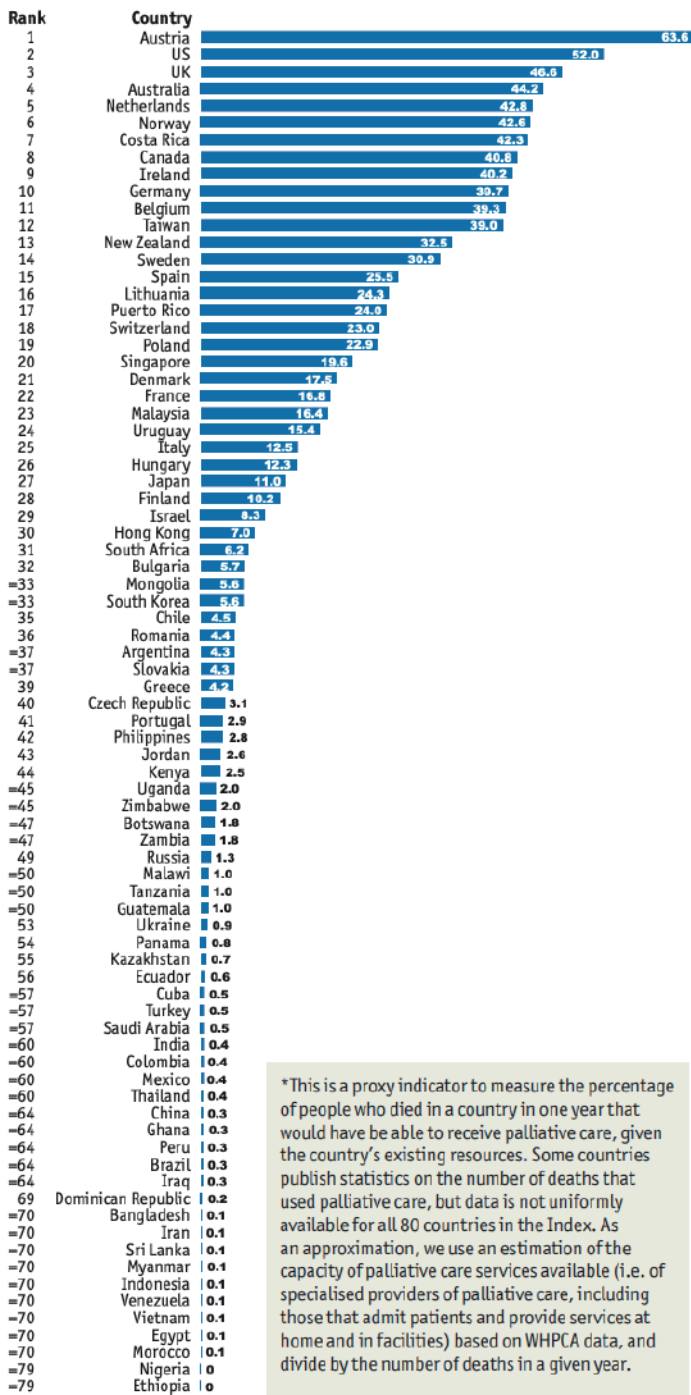
Lo anterior nos muestra un panorama desigual y resulta de vital importancia resolver las brechas existentes en cuanto a pobreza y acceso a la salud se refiere, sobre todo en el marco de enfermedades crónicas o terminales que requieren mayormente de cuidados paliativos.

De manera global hay una necesidad significativa de cuidados paliativos aún no satisfecha y la OMS está desarrollando diversas actividades para abogar por la atención paliativa como un asunto de salud pública mundial que implica graves consecuencias físicas y psicológicas, así como cargas sociales y económicas.<sup>59</sup>

Es importante no perder de vista que el acceso al marco de las decisiones que se pueden tomar con el derecho a una muerte digna, no solo implica los aspectos culturales o religiosos, sino también factores como el nivel de desarrollo de cada nación, la distribución del gasto en salud, la geografía y las políticas públicas en el marco de la salud.

Figure 2.4

Capacity to deliver palliative care\* (%)



\*This is a proxy indicator to measure the percentage of people who died in a country in one year that would have been able to receive palliative care, given the country's existing resources. Some countries publish statistics on the number of deaths that used palliative care, but data is not uniformly available for all 80 countries in the Index. As an approximation, we use an estimation of the capacity of palliative care services available (i.e. of specialised providers of palliative care, including those that admit patients and provide services at home and in facilities) based on WHPCA data, and divide by the number of deaths in a given year.

57 The Economist. Ranking palliative care across the world. Disponible en: <https://eiuPerspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

58 Se mide el porcentaje de personas que murieron en un país en un año, que habrían podido recibir cuidados paliativos, dado los recursos existentes del país.

59 Callaway, M. & Ferris, F.D. 2007 Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. Foreword. En: *Journal of Pain and Symptom Management*, año 33, n° 5, pp. 483-485.

# 6. Casos paradigmáticos

---

A continuación se enlistan distintos casos de enfermos en situaciones de gran sufrimiento, que solicitaron acceder al marco de las decisiones de una muerte digna, pidiendo la limitación del esfuerzo terapéutico, para otros el respeto a la voluntad anticipada y para otros tantos ponerle fin a su sufrimiento a través de la muerte, por ellos mismos o con ayuda de personal médico o familiares. Muchos de estos casos marcaron un fuerte precedente para las legislaciones de sus países, y en otros tantos se generaron amplios debates.

**Ramón Sampedro Camean:** sufrió una tetraplejía en el año 1963, como consecuencia de una sección medular provocada por un accidente; desde entonces se encontraba inmovilizado de forma permanente de todo el cuerpo, a excepción de la cabeza. Con el paso de los años llegó a la conclusión de que en estas condiciones su existencia era más una tortura que una vida humana digna; una "buena muerte" tenía más sentido que seguir viviendo, pero su dependencia total de los demás le impedía el suicidio. Por esta razón solicitó a los jueces que autorizaran a su médico a asistirlo, y que lo exoneraran de cualquier responsabilidad penal. Su petición le fue negada por las audiencias de Barcelona, La Coruña, y por el Tribunal Constitucional, en un largo litigio que llegó incluso al Parlamento Europeo. Finalmente, con la ayuda de un grupo de amigos, tomó cianuro y murió el 12 de enero de 1998 en Boiro, La Coruña.

**José Antonio Arrabal:** era un electricista español de 58 años que fue diagnosticado con esclerosis lateral amiotrófica en 2015. La enfermedad progresaba con rapidez y limitaba cada día más su movilidad y su respiración. En 2017 decidió que quería poner fin a su vida y lanzó una petición en internet para despenalizar el suicidio asistido en España. Al no obtener respuesta favorable de las autoridades se suicidó con un medicamento que consiguió por internet. Logró su objetivo antes de

que la inmovilidad le impidiera ingerir el medicamento con su propia mano y ya no tuviera alternativa. José Antonio se aseguró de que sus familiares no estuvieran en casa ese día y grabó todo para que no fueran inculcados.

**Terri Schiavo:** fue una ciudadana de EE.UU., que estuvo 15 años en estado vegetativo irreversible. Su esposo pensaba que ella no habría querido esta situación y dio permiso para interrumpir el soporte vital que la mantenía en estado vegetativo. Pero los padres interpusieron diferentes recursos judiciales para evitarlo e incluso el presidente George W. Bush presentó y firmó una ley para que no se pudiese retirar el soporte. Los jueces dieron la razón al esposo y a Terri Schiavo en abril de 2005, ya que la autopsia reveló que su cerebro, tras pasar más de la tercera parte de su vida en estado vegetativo, había sufrido un daño tan "severo y masivo" que ninguna terapia actual la hubiera podido recuperar.

**Karen Ann Quinlan:** una joven estadounidense quedó en estado de coma persistente e irreversible el año 1975, cuando ya era mayor de edad. El padre pidió la custodia al juez para poder decidir la retirada del soporte vital, porque consideraba que no tenía sentido prolongar la situación con medios extraordinarios y fútiles. El juez de Nueva Jersey denegó el permiso aduciendo que los motivos humanitarios no justificaban la acción premeditada de acabar con la vida de

una persona. La apelación al Tribunal Supremo argumentaba, sobre la base de derecho a la intimidad, el respeto a las decisiones propias y la no intromisión de terceros en cuestiones estrictamente personales, ya que Karen había expresado anteriormente que no quería vivir en condiciones parecidas. El juez del Supremo de Nueva Jersey consideró que “hay una diferencia fundamental y en este caso determinante, entre acabar ilícitamente con la vida de una persona e interrumpir, por una cuestión de autodeterminación, los medios extraordinarios que la mantienen con vida”. Entonces se retiró la respiración artificial, pero Karen vivió diez años más en estado de coma, porque se mantuvo la alimentación artificial, puesto que se valoraba aquello como eutanasia pasiva y esto como eutanasia activa. Murió el 11 de junio de 1958 por neumonía.

La respuesta de los ciudadanos fue una ola de testamentos vitales (el Consejo de Educación sobre la Eutanasia recibió 1.250.000 solicitudes de testamentos vitales). El año 1980 tuvo lugar la creación de la Federación Mundial de las Asociaciones del Derecho a Morir, formada por 27 grupos de 18 países.

**Nancy Cruzan:** En 1983, la joven estadounidense de 25 años, quedó en estado vegetativo a causa de un accidente automovilístico. Sus padres solicitaron al tribunal de Missouri suspender la alimentación por sonda y la hidratación para continuar un proceso natural y no prolongar su agonía. En primera instancia, el tribunal rechazó esta petición, debido a que la ley establecía que sólo era posible aceptarla en caso de que existiera su voluntad anticipada clara y convincente, de la cual carecían. Posteriormente, la familia apeló, presentando testigos que declararon que Nancy había mencionado que en caso de caer en estado vegetativo, preferiría no mantenerse con vida. En julio de 1988, el juez dictaminó a favor de la petición, de manera que ocurrieron diversos juicios, en diferentes instancias, y finalmente los jueces sentenciaron que hay un derecho constitucional a rechazar los soportes vitales en el supuesto de que se llegue a un estado vegetativo y permanente, por lo que recomendaron la introducción en el ámbito sanitario del documento de “directrices anticipadas” o “voluntades anticipadas” o “instrucciones previas”. En diciembre de 1990 el juez autorizó la interrupción del soporte vital para Nancy.

La Corte Suprema estableció que los estados pueden regular las circunstancias en que los tratamientos de soporte vital pueden ser retirados, en caso de que la persona no pueda comunicarse por sí misma.

**Brittany Maynard:** en enero de 2014, a los 29 años de edad, le diagnosticaron astrocitoma, su pronóstico empeoró, por lo que decidió mudarse de California a Oregón donde el suicidio médicamente asistido es legal desde 1997. El 1 de noviembre de 2014 puso fin a su vida con medicamentos prescritos por su médico. Durante los meses previos a su muerte inició una fundación que lucha por la muerte digna y la legalización del suicidio médicamente asistido.

Gracias a Brittany, en 2016, el gobierno de California legalizó el suicidio médicamente asistido.

**Anthony Crew:** un tetraplégico inglés de 74 años que viajó a Suiza en el año 2003 para que lo ayudaran a morir. En Suiza no está despenalizada la eutanasia, pero no se penaliza la ayuda a morir, por motivos humanitarios, a una persona que lo pide.

**Diane Pretty:** fue una mujer británica de Luton que sufría esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad degenerativa irreversible que la dejó paralizada con dolores agudos que se iban haciendo cada vez más insoportables. Ella declaró su deseo de que se le permitiera a su marido ayudarla a poner fin a su vida (suicidio asistido), pero esto es clasificado como un delito en Reino Unido en virtud de la *Ley de Suicidio de 1961*. Ante las sucesivas negativas de todas las instancias nacionales, apeló al Tribunal de los Derechos Humanos de Estrasburgo que también lo negó. Diane deseaba elegir el momento y lugar de su muerte, pero falleció en mayo de 2002 en un sanatorio inglés, dos días después de entrar en coma a consecuencia de problemas respiratorios y con un intenso dolor.

**Vincent Humbert:** joven francés de 22 años, tetrapléjico, mudo y casi ciego a causa de un accidente, después de vivir tres años en esta situación pidiendo el fin de su vida murió el 26 de septiembre de 2003, ayudado por su madre Marie Humbert y un médico que le suministró un medicamento. La fiscalía abrió diligencias contra el médico por

“envenenamiento con premeditación” y contra la madre por administración de sustancias tóxicas con premeditación a persona vulnerable. Ambos, serían absueltos en 2006.

A raíz del profundo debate que causó el caso de Marie y Vincent Humbert, Francia promulgó en 2005 la ley Leonetti que instauro el derecho a “dejar morir”. Gracias a esta ley, los médicos pueden tomar la decisión colegiada de limitar o terminar un tratamiento inútil, desproporcionado o que no tenga más objeto que la mera prolongación artificial de la vida. En 2016 se amplió para permitir una sedación profunda y continuada hasta la muerte de aquellos pacientes en fase terminal con sufrimientos insoportables.

**Aurelia Brouwers:** joven de 29 años de Holanda, no era una paciente terminal, pero padecía un trastorno límite de la personalidad, un trastorno de estrés postraumático crónico y diversas adicciones. Aurelia manifestó sus deseos de terminar con su vida: "Tengo 29 años y he elegido someterme voluntariamente a la eutanasia. Lo he elegido porque tengo muchos problemas de salud mental, sufro de forma insoportable y no tengo esperanza. Cada aliento que tomo es tortura".

Sus médicos no respaldaban sus pedidos de eutanasia, así que envió una solicitud a Levenseindekliniek, la clínica del "fin de la vida", en La Haya. Este es un lugar de último recurso para aquellos cuyas solicitudes han sido rechazadas por su psiquiatra o médico de cabecera. El 31 de diciembre de 2017 le notificaron que fue aprobada su solicitud y la programaron para el 26 de enero del 2018. En el caso de Brouwers, los médicos no administraron las drogas que la mataron, ella misma se tomó el medicamento (suicidio asistido).

La muerte de Aurelia Brouwers generó un gran debate en Holanda y fue noticia en todo el mundo. Nadie sugirió que fuera ilegal, aunque los críticos se preguntaron si éste era el tipo de caso para el que se diseñó la ley que desde 2002 permite la eutanasia.

**Camila Sánchez:** una niña de Argentina nació el 27 de abril de 2009 con una hipoxia cerebral que le impidió respirar durante el parto, y entró en coma a pesar de los intentos de reanimación. A los cuatro meses se le practicó una traqueotomía y se le implantó un botón gástrico para alimentarla. Su madre Selva Herbón, dirigió una carta a la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, en la que



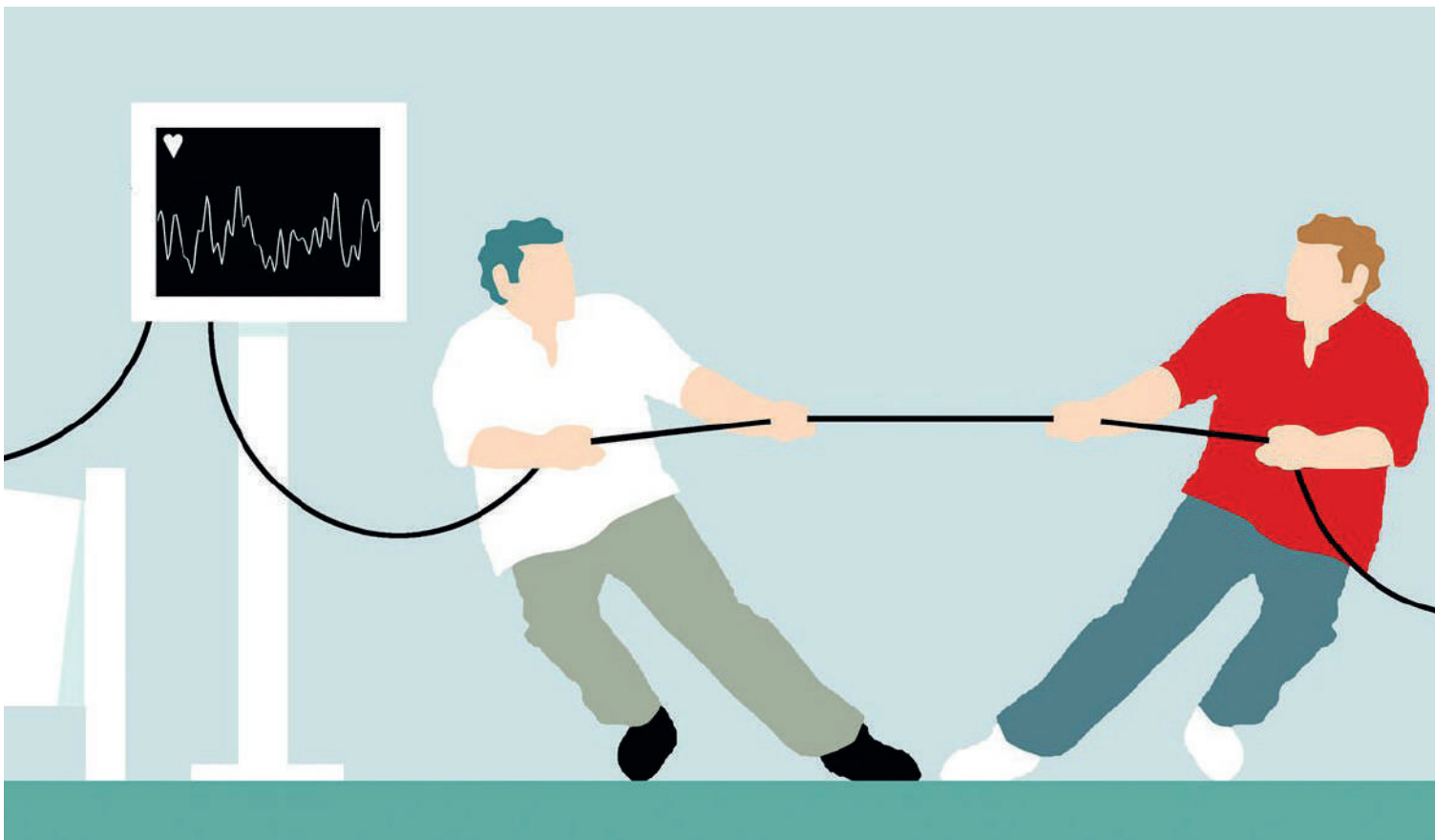
le requería un cambio en la legislación para su hija tuviera derecho a una muerte digna, ya que los médicos se habían negado a desconectarla. En menos de un año, Selva Herbón logró que la muerte digna entrara en discusión para finalmente convertirse en ley.

El 9 de mayo de 2012 se consagra el derecho de las personas en estado irreversible o terminal, a decidir en forma voluntaria el retiro de medidas de soporte vital, o a sus tutores, en el caso de menores de edad. Un mes después, Camila fue desconectada del respirador que la mantenía con vida.

**José Ovidio González Correa:** fue un colombiano de 79 años que sufrió cáncer en la boca que le causaba terribles dolores y le había desfigurado el rostro, atravesó por sesiones de radioterapia y quimioterapia, cada vez que intenta hablar le provocaba un sufrimiento adicional, por lo que solo se alimentaba con líquidos, fue entonces que José Ovidio manifestó a su familia y al equipo médico el deseo de que le fuera practicada la eutanasia.

El proceso consistiría en una sedación, para luego aplicarle un fármaco que le provocaría la muerte, sin sufrimiento. Cuando quedaban 15 minutos para la hora señalada, se detuvo el procedimiento, debido a que un comité de la clínica donde le sería practicada la eutanasia, decidió solo con una opinión desfavorable, que no estaba claro que el paciente reuniera todos los requisitos, por lo que deberían recurrir a una segunda opinión.

Gracias a una campaña mediática organizada por su hijo, importante caricaturista de Bogotá (Julio César González), finalmente se le realizó el procedimiento y falleció el 3 de julio de 2015, convirtiéndose en el primer caso de eutanasia en Colombia y América Latina. La Corte Constitucional de la República de Colombia despenalizó el homicidio pietístico en 1997, y el Ministerio de Salud del mismo país lo reglamentó apenas en abril de 2015.



# 7. La muerte digna en el mundo

A partir de la década de los años ochenta, se han producido numerosos debates en el mundo, que han ido marcando el rumbo sobre el tratamiento de los enfermos terminales o con procesos degenerativos irreversibles, con respecto a su decisión de evitar el sufrimiento y la agonía que sus enfermedades representan.

La exigencia de poner fin a una vida que consideran indigna, ha provenido de los mismos enfermos e incluso de sus familiares frente a tribunales de justicia -como se vio en el apartado anterior-, lo que ha evidenciado en muchas ocasiones la falta de normas jurídicas y sanitarias que regulen dichas situaciones, provocado arduos debates que derivaron en nuevas disposiciones legales que están marcando precedentes en el mundo.

De los siguientes países, algunos optaron por la eutanasia, otros por el suicidio médicamente asistido, otros tantos se centran en los cuidados paliativos y otros pocos han traído a sus marcos legales la figura de muerte digna. Debe considerarse además su contexto político y social, valorando sus aspectos históricos, religiosos, socioeconómicos y culturales de cada país.

**Tabla: Resumen de la situación legal sobre muerte digna en el mundo.**

<b>País</b>	<b>Eutanasia</b>	<b>Suicidio médicamente asistido</b>	<b>Muerte digna</b>
<b>Holanda</b>	X	X	
<b>Bélgica</b>	X	X	
<b>Alemania</b>	X		
<b>Canadá</b>	X	X	
<b>Luxemburgo</b>	X	X	
<b>Suiza</b>		X	
<b>Oregón (EE.UU.)</b>		X	X*
<b>Washington (EE.UU.)</b>		X	
<b>Montana (EE.UU.)</b>		X	
<b>Vermont (EE.UU.)</b>		X	
<b>Argentina</b>			X
<b>Colombia</b>			X

Fuente: Elaboración propia, con datos de los marcos jurídicos de distintos países.

\*El procedimiento se refiere estrictamente a un suicidio médicamente asistido, pero su legislación lo considera como un acto de muerte digna.

# Eutanasia



## Holanda

Fue el primer país en aprobar la eutanasia en 1985, el tema generó una amplia discusión política y social por más de 20 años. Aprobó en el año 2001; La Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, que entró en vigor el 1 de abril de 2002.

**Se permite para:** Pacientes residentes de Holanda con enfermedades crónicas que causan intenso sufrimiento físico o psicológico, los cuales deben llevar a cabo la solicitud voluntaria. El médico debe informar al paciente acerca de su estado de salud y esperanza de vida, para que juntos puedan concluir que no existe otra alternativa razonable. Además, otro médico debe ser consultado sobre el caso, y todos los procedimientos se deben informar a las autoridades.

Las personas con demencia también son elegibles, así como los niños, entre 12 y 17 años, con capacidad mental comprobada. En algunas circunstancias específicas, la muerte asistida puede aplicarse también a los recién nacidos, de acuerdo con las regulaciones del "Protocolo de Groningen".

**Dato relevante:** la gran mayoría de las 6 mil 585 muertes por eutanasia en 2017 fueron casos de personas con una enfermedad física y 83 personas por razones de sufrimiento psiquiátrico.



## Bélgica

Se aprobó en 2002 y la eutanasia infantil en 2014. En contra de los argumentos de los detractores de la muerte digna las solicitudes para su aplicación no se han disparado a través de los años.

**Se permite para:** enfermos con pronóstico de no recuperación, sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable sin alivio posible y enfermedad grave e incurable. Si el enfermo no es terminal, el médico debe consultar a un tercer especialista independiente, y al menos debe transcurrir un mes entre la solicitud del paciente y el acto de la eutanasia. La petición debe ser voluntaria, reiterada sin pretensiones exteriores, que tenga una vigencia inferior a cinco años.

**Dato relevante:** la legislación belga permite el suicidio asistido también para pacientes que no se encuentran aún en la fase terminal. Dentro de este grupo se incluye también a personas que sufren trastornos psicológicos.



## Alemania

El Tribunal Constitucional dictaminó en 2003 que es permisible acatar la voluntad de un paciente sólo en algunos casos, cuando el sufrimiento del enfermo es causado por un mal que ha tomado un curso irreversible y mortal, pero este supuesto no aplica para el caso de los pacientes en estado de coma.



## Luxemburgo

El 16 de marzo de 2009, la eutanasia y el suicidio asistido se legalizaron y en la actualidad están reguladas por la Comisión Nacional de Control y Evaluación.

**Se permite para:** Adultos capaces, portadores de enfermedades incurables y terminales que causen sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio. El paciente debe solicitar el procedimiento a través de sus "Disposiciones para el final de la vida". El documento también permite registrar las circunstancias en las que se sometería a la muerte asistida y se realiza por el médico de confianza del solicitante. La solicitud puede ser revocada por el paciente en cualquier momento, y en este caso se eliminará del registro médico. Antes del procedimiento, el médico debe consultar a otro experto independiente, al equipo de salud del enfermo, y a una persona de confianza nombrada por él; después de su finalización, la muerte se debe informar a la Comisión dentro de los ocho días.



## Canadá

En febrero de 2015, después de seis años de debate en el Tribunal Supremo, suspendió la prohibición de la eutanasia y del suicidio asistido.

Quebec fue la primera provincia en legalizar el suicidio asistido a través del "Acta sobre el cuidado en el fin de la vida", que entró en vigor en diciembre del año 2015.

**Se permite para:** Adultos capaces que fueron diagnosticados con enfermedades graves e incurables, empeoramiento avanzado e irreversible de sus capacidades, además de intenso sufrimiento físico y psicológico. No exige una esperanza de vida máxima de seis meses.

**Dato relevante:** En enero de 2016, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario publicó las "Directrices provisionales sobre la muerte asistida", regulando la eutanasia y el suicidio asistido, con criterios similares a los adoptados por Quebec.



## Australia

Darwin una ciudad al norte de Australia, legalizó la eutanasia voluntaria en mayo de 1995. Los enfermos la podían solicitar mediante un acta llamada: "el acta de los enfermos terminales". Estuvo en vigor nueve meses y posteriormente la ley fue declarada ilegal mediante una ley del Senado australiano.

**Dato relevante:** Durante el tiempo de vigencia murieron cuatro personas por inyección subcutánea letal con la ayuda de un ordenador.

# Suicidio médicamente asistido



## Suiza

Se aprobó en 2001.

Se permite el suicidio asistido de conformidad con el artículo 115 del Código Penal la práctica sólo es punible cuando es realizada por razones "no altruistas". No existen leyes específicas que determinen en qué condiciones una persona puede pedir la asistencia. Seis instituciones en actividad son responsables de la mayoría de los casos de suicidio asistido en el país, con diferentes criterios de selección de los candidatos.

Sólo tres instituciones restringen la asistencia a los pacientes con enfermedades terminales o enfermedad mortal a corto plazo. Un médico puede proporcionar al enfermo irreversible una dosis letal de medicamento, que deberá tomar el paciente por sus propios medios. Se reconoce que el suicidio puede ser racional; también se permite el **suicidio asistido**, incluso por personas que no sean médicos para quienes no tienen medios para hacerlo por sí solos.

**Dato relevante:** el Tribunal Federal admitió que las personas aquejadas de problemas psíquicos o psiquiátricos puedan igualmente beneficiarse de la asistencia médica al suicidio.

Por otro lado la asociación Dignitas se dedica a ayudar a la buena muerte, lo que ha propiciado un cierto "turismo de la muerte".



## EUA: Oregón

Los ciudadanos en el estado de Oregón aprobaron la medida en 1997. La ley estatal denominada "Para una muerte con dignidad" permite el suministro de dosis letales de medicamentos.

De acuerdo con la ley, la autoadministración de estos fármacos letales, no se considera suicidio asistido, pero sí muerte con dignidad.

**Se permite para:** Enfermos terminales, los cuales deben obtener un certificado de dos médicos, que establezca que al paciente le quedan menos de seis meses de vida y que se encuentra en posesión de sus facultades mentales. El enfermo debe formular dos peticiones de asistencia al suicidio con un intervalo mínimo de dos semanas, por escrito y en presencia de dos testigos, uno de los cuales no debe tener relación con él.

**Dato relevante:** Oregón es referencia mundial en suicidio asistido. Año tras año el estado comparte su experiencia en el tema.



## Nuevo México

Se legalizó el suicidio asistido en 2014, pero la decisión fue revocada con una apelación en agosto de 2015.



## Washington

En marzo de 2009, se aprobó el “acta de muerte con dignidad”, casi idéntica a la del estado de Oregón por la cual los adultos competentes que viven en la zona, con una esperanza de vida de seis meses o menos, pueden requerir la autoadministración de un medicamento letal prescrito por un médico.



## Montana

El Tribunal Supremo dictaminó, el 31 de diciembre de 2009, que el suicidio asistido no era ilegal. Los pacientes deben ser adultos, mentalmente competentes y con enfermedades terminales para solicitar medicamentos letales. El acto es proporcionado por los derechos de privacidad y dignidad establecidos por la Constitución, y los médicos que ayudan también están protegidos por la ley.



## Vermont

El suicidio asistido fue legalizado el 20 de mayo de 2013, por la Ley 39: “La elección del paciente y control en el final de la vida”. El derecho a la muerte asistida está reservado para los pacientes adultos residentes de Vermont, con esperanza de vida inferior a seis meses, los cuales pueden solicitar su tratamiento de forma voluntaria para ser autoadministrada.



## California

El 5 de octubre de 2015, el gobernador de California, firmó el Proyecto de Ley 15: “Acta de opción de fin de la vida”, lo que permite el suicidio asistido para los adultos competentes, residentes del estado con enfermedades terminales y con esperanza de vida de menos de seis meses.

# Muerte digna



## Argentina

Está prohibida la eutanasia, así como el suicidio asistido el cual se castiga como homicidio, pero desde 2012 está vigente la ley de muerte digna que garantiza el derecho de los enfermos terminales a rechazar cirugías, tratamientos médicos o de reanimación para prolongar su vida.

**Dato relevante:** Esa ley fue aprobada a raíz del debate abierto por la madre de una bebé en estado vegetativo irreversible desde su nacimiento, quien pidió una muerte digna para su hija después de que los médicos se negaran a desconectar los aparatos que la mantenían viva.



## Colombia

La eutanasia se despenalizó en 1997 a través de una sentencia que emitió la Corte Suprema. Actualmente, la muerte digna está regulada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que establece los criterios y procedimientos para garantizar el derecho.

**Se permite para:** enfermos terminales o en condiciones consideradas por ellos mismos como "indignas", por ejemplo para pacientes adultos con enfermedades terminales que provocan dolor intenso y sufrimiento significativo que no puede aliviarse. El paciente debe, conscientemente, solicitar la asistencia de la muerte, que deberá ser autorizada y supervisada por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo. Las drogas pueden ser administradas con el apoyo de médicos por vía intravenosa.

**Dato relevante:** Es el único país latinoamericano que cuenta con una ley de este tipo. Por otra parte, la legislación vigente no prohíbe la asistencia a pacientes extranjeros.

# 8. Cuidados paliativos en el mundo

---

**Italia** tiene reconocido en su Constitución el derecho a rechazar un tratamiento, en **Dinamarca** se aprobó en el año 1992 una ley que permite no instaurar tratamientos que se puedan considerar fútiles cuando esté cerca la muerte y **Francia** mantiene abierto un debate recurrente sobre la muerte digna y los límites de prácticas como la eutanasia o el suicidio asistido, aunque ambas siguen prohibidas, reconoce el derecho del paciente terminal a rechazar un tratamiento considerado ya inútil y dejar que llegue la muerte. Admite la validez de un testamento vital, para el caso en el que el enfermo no este en condiciones de expresar su voluntad. Son revocables en todo momento y deben haber sido redactadas con al menos de tres años de anterioridad. Y establece la obligación de crear camas para cuidados paliativos en los centros sanitarios.

En América Latina por ejemplo, **Brasil** tiene prohibida la eutanasia sólo se considera la ortotanasia, avalada por el Consejo Federal de Medicina, que permite la suspensión del tratamiento o retirada de los equipos que mantengan los órganos en funcionamiento de un paciente desahuciado, muy parecido a lo que establece **México** tras la reforma a la Ley General de Salud aprobada en 2008. De la misma forma en **Bolivia**, el Código Penal sanciona con una pena de uno a tres años de prisión a que cometa una eutanasia, calificada como homicidio piadoso, aunque pueden considerarse atenuantes para bajar la condena o incluso puede concederse un perdón judicial.

Para el caso de **Uruguay** su código penal considera el homicidio piadoso, dándole la facultad a los jueces de exonerar de la pena al que lo cometa y que tenga antecedentes honorables, siempre y cuando sus móviles sean de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.<sup>60</sup> Es decir el sujeto que cometa el delito (sujeto activo) debe ser una persona sin antecedentes penales, de buena conducta, y no necesariamente debe ser un médico, la persona a la cual se le va a practicar el procedimiento debe encontrarse bajo un padecimiento continuo y debe tener la capacidad de solicitarlo reiteradamente.<sup>61</sup>



<sup>60</sup> Código Penal de la República del Uruguay. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/codigos?page=1>

<sup>61</sup> El diario médico. Disponible en: [www.eldiariomedico.com.uy/disenos/dm%20actualidad%2046htm](http://www.eldiariomedico.com.uy/disenos/dm%20actualidad%2046htm)



# 9. Muerte digna en el país

---

Para México el marco jurídico federal y local es restrictivo en algunas de las decisiones enmarcadas dentro del concepto de muerte digna en enfermos terminales: eutanasia activa, por supuesto suicidio médicamente asistido y suicidio asistido. No lo es con respecto a los cuidados y tratamientos paliativos para los enfermos terminales, habiendo avances en cuanto a la eliminación de tratamientos fútiles que representan grandes sufrimientos y agonía para los mismos.

A partir de la reforma del 2008 a la Ley General de Salud, publicada el 5 de enero de 2009,<sup>62</sup> se establecieron una serie de disposiciones con respecto al tratamiento de pacientes terminales y al actuar de los profesionales de la salud tratantes.

A continuación se mencionan las modificaciones de mayor trascendencia, con respecto a los derechos de los enfermos en situación terminal:

1. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida (artículo 166 Bis 3, IV);
2. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida (artículo 166 Bis 3, VI);
3. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario (artículo 166 Bis 3, VIII);
4. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular (artículo 166 Bis 3, IX);
5. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación (artículo 166 Bis 3, X);
6. Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento (artículo 166 Bis 4);
7. El paciente en situación terminal, mayor de edad (en caso de ser menor de edad, la responsabilidad recaerá en los padres, en un tutor, representante legal o persona de confianza) y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo (artículo 166 Bis 5);



---

<sup>62</sup> DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25374/paliar\\_02.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25374/paliar_02.pdf)

8. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente. En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente (artículo 166 Bis 6);
9. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo (artículo 166 Bis 10).

En cuanto a los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario se encuentran:

1. Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados (artículo 166 Bis 15, I);
2. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión (artículo 166 Bis 15, V);
3. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente (artículo 166 Bis 16);
4. Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento (artículo 166 Bis 17);
5. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios (artículo 166 Bis 18).

Con lo anterior podemos notar la intención de los legisladores de procurar un **trato digno** para los enfermos terminales, estableciendo un límite entre la defensa de la vida y la obstinación terapéutica (**distanasia**), de la misma forma reconocen como derecho para el enfermo terminal, el poder rechazar en cualquier momento todo tratamiento extraordinario (paliativo o curativo) que contribuya a la prolongación de la vida dejando que su enfermedad evolucione naturalmente, lo que se traduce bajo una definición formal en **eutanasia pasiva** o **antidistanasia**, dicha decisión tendrá que respetarse por sus familiares y por los médicos tratantes.



En el caso de la suspensión de un tratamiento curativo (que busca contrarrestar una enfermedad terminal) existe la opción de aceptar tratamientos enfocados exclusivamente a la disminución del dolor, sin que ello afecte el curso de la muerte, lo que se conoce como **ortotanasia**.

Por otro lado los médicos tratantes pueden

*“La Ciudad de México fue la primera entidad en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada”.*

suministrar fármacos que reduzcan el dolor del enfermo terminal, aunque eso implique acortar su vida, también conocida como **sedación paliativa**.

Todo lo anterior debe realizarse bajo consentimiento informado. Y cualquier persona capaz mayor de 18 años puede realizar (independientemente de su estado de salud) un documento o **testamento vital** en el marco de expresar su **voluntad anticipada**, en él también se puede manifestar el deseo o no de donar sus órganos.

Como se muestra en el siguiente cuadro, la Ciudad de México fue la primera entidad en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008 (incluso antes de la reforma a la Ley General de Salud). De dicha ley le siguieron varias similares en diferentes estados del país, las cuales usaron nombres parecidos, contando 18 estados (más de la mitad del país) que ya cuentan con una regulación al respecto. En el resto de los estados se ha presentado por lo menos una iniciativa de ley.

Estado	Nombre de la Ley	Fecha de publicación
<i>Ciudad de México</i>	-Ley de voluntad anticipada. -Reglamento de la Ley de voluntad anticipada para la Ciudad de México.	-07 de enero de 2008. -04 de abril de 2008.
<i>Coahuila</i>	Ley protectora de la dignidad del enfermo terminal para el estado de Coahuila.	18 de julio de 2008 última reforma publicada en el periódico oficial: 09 de agosto de 2016.
<i>Aguascalientes</i>	Ley de voluntad anticipada para el estado de Aguascalientes.	20 de abril del 2009.
<i>San Luis Potosí</i>	Ley estatal de derechos de las personas en fase terminal.	07 de julio del 2009.
<i>Michoacán</i>	Ley de voluntad vital anticipada del estado de Michoacán de Ocampo.	21 de septiembre del 2009.
<i>Tabasco</i>	Ley de Salud del Estado de Tabasco: Capítulo IV de los cuidados paliativos y suspensión de tratamientos médicos a los enfermos en situación terminal.	22 de mayo de 2010, última reforma al capítulo el 1 de enero del año 2011.
<i>Hidalgo</i>	-Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Hidalgo.  -Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Hidalgo.	14 de febrero del 2011, última reforma publicada en el periódico oficial el 15 de agosto de 2016 -22 de agosto de 2011.
<i>Guanajuato</i>	Ley de voluntad anticipada para el estado de Guanajuato.	03 de junio de 2011.
<i>Nayarit</i>	Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal para el estado de Nayarit.	12 de septiembre de 2012, última reforma publicada en el periódico oficial el 8 de noviembre de 2016.
<i>Guerrero</i>	Ley número 1173 de Voluntad Anticipada para el estado de Guerrero.	20 de julio de 2012.

<b>Estado de México</b>	-Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México. -Reglamento para la Ley de Voluntad Anticipada.	-3 de mayo de 2013. -Última reforma publicada el 7 de noviembre de 2019.
<b>Colima</b>	Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Colima.	3 de agosto de 2013.
<b>Oaxaca</b>	Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Oaxaca.	9 de octubre de 2015.
<b>Yucatán</b>	Ley de Voluntad Anticipada del estado de Yucatán.	18 de junio de 2016.
<b>Tlaxcala</b>	Ley de Voluntad Anticipada del estado de Tlaxcala.	20 de diciembre de 2016.
<b>Jalisco</b>	-Código Civil del estado de Jalisco. -Ley de Salud del estado de Jalisco.	Reformas el 5 de diciembre de 2018 en materia de "directrices anticipadas".
<b>Zacatecas</b>	Ley de Voluntad Anticipada del estado de Zacatecas.	07 de julio de 2018.
<b>Veracruz</b>	Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Veracruz	16 de noviembre de 2018.

**Fuente:** Elaboración propia con base en investigación documental.

De manera general, dichas legislaciones buscan regular la manifestación libre y consciente de un individuo, a través de un documento o testamento vital en el que se dan instrucciones con relación al tratamiento médico que desean recibir, en caso de llegar a padecer una enfermedad terminal y/o quedar en un estado que les impida expresar su voluntad. Para poder ejercer la voluntad anticipada existen dos modalidades legalmente establecidas:

- a) El documento, se tramita ante notario público.
- b) El formato, se otorga en instituciones de salud públicas, privadas y sociales.

La mayoría de los 18 estados coinciden con el concepto de enfermedad terminal como una enfermedad reconocida, avanzada, incurable, degenerativa, cuyo pronóstico de vida es menor a seis meses. Aguascalientes señala lo mismo, pero con un pronóstico de vida de tres a seis meses, mientras que el Estado de Coahuila no menciona un período de tiempo, sino que señala la enfermedad terminal como un padecimiento producto de una enfermedad o accidente, donde la muerte es inminente y no hay posibilidad de recuperación de las capacidades físicas, intelectuales, orgánicas, cerebrales, afectivas o de relación, Oaxaca tampoco hace referencia al pronóstico de vida acotándolo solamente a un diagnóstico de vida "corto".



De manera general pueden suscribir un documento, cualquier persona con capacidad de ejercicio, cualquier enfermo en estado terminal o los familiares o tutores del enfermo si éste se encuentra impedido para hacerlo o es menor de edad, la mayoría coinciden en que sea por escrito, ante notario público. Prácticamente todos los estados señalan que ante la ausencia de un notario, el suscribiente podrá elaborar el documento delante del personal de salud correspondiente. En cuanto a su costo, para San Luis Potosí, Guanajuato y Jalisco es gratuito, para la Ciudad de México, Nayarit y Veracruz será el menor costo posible, Tlaxcala establece el arancel acordado entre el colegio de notarios y el gobierno del estado, Colima y el Estado de México indica que será el que establezca el notario y el resto de los estados no hacen alguna mención al respecto. Acerca del número de testigos necesarios para la suscripción del documento o formato, la mayoría de las entidades requieren de dos testigos (mayores de edad) como mínimo y por ejemplo el estado de Hidalgo dentro de sus requisitos indica una restricción para los familiares hasta el cuarto grado.

De manera expresa, por lo menos la mitad de los estados que tienen regulación en la materia (voluntades anticipadas) manifiestan la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido, por ejemplo: Coahuila, Veracruz, Guanajuato, San Luis Potosí, Nayarit, Colima, Yucatán, Zacatecas y Veracruz.

Ello no cobra gran relevancia ya que ninguna legislación local debe contraponerse con lo dispuesto en la legislación federal. Por otro lado, los códigos penales de todas las entidades de la República y de la Ciudad de México, establecen una regulación uniforme, con respecto a la prohibición de la eutanasia activa y el suicidio médicamente asistido y suicidio asistido, solo existen variaciones respecto de las penas que establecen.



Fuente: Elaboración propia Cesop Oaxaca

Sobre muerte digna, el único estado que ha tenido un avance abismal en razón de su legislación, es la Ciudad de México, dado que en febrero de 2017, la Asamblea Constituyente de la Ciudad de México aprobó la inclusión, dentro del capítulo II, relativo a los derechos humanos, en el artículo 6 titulado “Ciudad de libertades y derechos”, apartado A, número 2, se establece el derecho Constitucional a la autodeterminación personal estableciendo que: **“La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”**.

Actualmente en el Estado de Oaxaca se ha presentado una iniciativa del diputado Gustavo Díaz Sánchez del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional (PRI), con fecha 16 de enero del año 2019, en donde se pretende reformar el artículo 12 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, en materia **de reconocimiento del derecho humano a una muerte digna**, bajo la siguiente propuesta:

**Artículo 12:**

*(...) En el ámbito territorial del Estado Libre y soberano de Oaxaca...*

*Se reconoce que el derecho a una vida digna refiere implícitamente el derecho a una muerte digna, por lo que se respetará en todo momento el derecho humano de las personas a la autodeterminación y toma de decisiones libres y voluntarias, referentes a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento su dignidad. Para ello, se estará a lo que disponga esta Constitución y el marco normativo vigente.*

*(...)*

Son pocas la legislaturas de los estados que han propuesto iniciativas de ley con respecto a la muerte digna reivindicada como derecho humano, en el que se regulen y brinden a los enfermos terminales todas las opciones que este derecho implica.

Es de notarse que en muchos casos los legisladores confunden los términos muerte digna y eutanasia o suicidio asistido, o también muerte digna con voluntad anticipada.

A nivel federal han existido esfuerzos legislativos para establecer dentro de la Constitución el derecho a una muerte digna; dentro de las iniciativas más recientes se cuentan la de la senadora Ma. Leonor Noyola Cervantes con aval del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática (PRD), presentada el día 2 de octubre de 2018, que consiste en una reforma constitucional que adiciona tres párrafos al artículo 1, teniendo por objeto elevar a rango constitucional la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, la eutanasia y la despenalización del aborto, para ello propone garantizar que todas las personas puedan ejercer libre y plenamente sus capacidades para vivir con dignidad, al estipular que la vida humana digna es el sustento del derecho de toda persona a una muerte libre y digna, por lo que no será punible la interrupción libre del embarazo (cuando se realice antes de las 12 semanas de gestación).<sup>63</sup> Dicha iniciativa aún se encuentra pendiente de dictaminación en comisiones unidas de Puntos Constitucionales, Derechos Humanos y Estudios Legislativos Primera.

---

<sup>63</sup> Proyecto de decreto por el que se adicionan tres párrafos y se recorre el quinto, para ser el octavo, del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2018-10-02-1/assets/documentos/Inic\\_Sen\\_Nayola\\_Art1\\_CPEUM\\_021018.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2018-10-02-1/assets/documentos/Inic_Sen_Nayola_Art1_CPEUM_021018.pdf)

La siguiente iniciativa ya fue aprobada en el Senado de la República el día 01 de julio de 2019 con 109 votos a favor y remitida a la Cámara de Diputados para su revisión y, en su caso, aprobación. El promotor fue el senador Miguel Ángel Mancera, con aval del Grupo Parlamentario del PRD, dicha iniciativa fue presentada el día 4 de diciembre de 2018, en la que propuso una reforma al párrafo cuarto del artículo 4 de la Constitución, dentro de su exposición de motivos toma como antecedente la iniciativa presentada por su compañera senadora Leonor Noyola Cervantes, pero no tiene los mismos alcances que la de su homóloga, ya que se limita a elevar a rango constitucional lo que ya establece la Ley General de Salud, que es la obligación de todas las instituciones de salud a brindar una muerte digna a través de los cuidados paliativos multidisciplinarios, en su etapa terminal de vida, evitando en todo momento el dolor y el sufrimiento.<sup>64</sup>

Se considera un avance al incluir por primera vez en la Constitución el concepto de “muerte digna” y al considerar dentro del derecho a la salud, el acceso a los cuidados paliativos y a tratamientos que impliquen medicamentos controlados. Aunque frente a la realidad de nuestro país en materia de servicios de salud y cuidados paliativos -planteada en anteriores apartados- representa un gran reto.



---

<sup>64</sup> Proyecto de decreto por el que se modifica el párrafo cuarto del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2018-12-04-1/assets/documentos/Inic\\_PRD\\_Art.4\\_CPEUM\\_041218.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2018-12-04-1/assets/documentos/Inic_PRD_Art.4_CPEUM_041218.pdf)

# 10. Opinión Pública

---

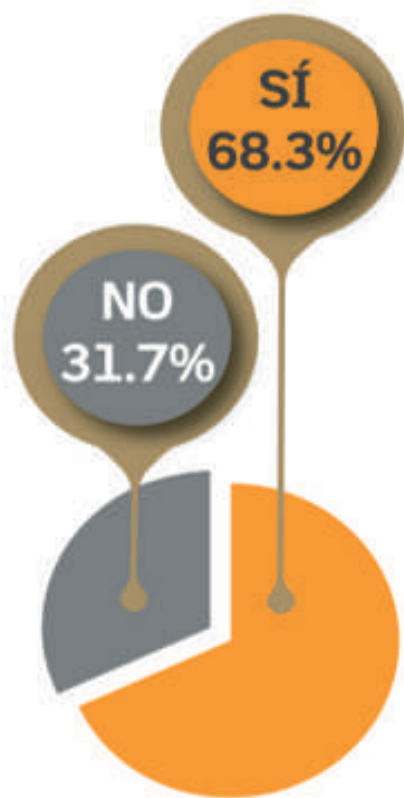
El debate acerca del final de la vida es público y está abierto; contando con la participación activa de los institutos de bioética, los profesionales de la salud, la sociedad civil a través de organismos de diferente perfil, los académicos y también las entidades religiosas, así como pacientes y familiares quienes viven de cerca la situación.

Existen pocos estudios demoscópicos sobre la materia que nos ocupa. La encuesta más reciente la llevó a cabo la Asociación Civil “Por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD)” en 2016, a través de la casa encuestadora Investigación en Salud y Demografía S.C., con el propósito de recabar la opinión de las y los mexicanos sobre la eutanasia y la ayuda para morir.

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos.

## Resultados gráficos

Un paciente que se encuentra en la **fase terminal** de su enfermedad, ¿cree que debería tener la opción de **decidir adelantar su muerte**?



Fuente: Encuesta nacional “Por el Derecho a Morir con Dignidad, México 2016”.



Un paciente que se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, si el paciente lo pide, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que su **médico lo ayude a morir** proporcionándole sustancias letales que el **paciente tomaría por sí mismo**?



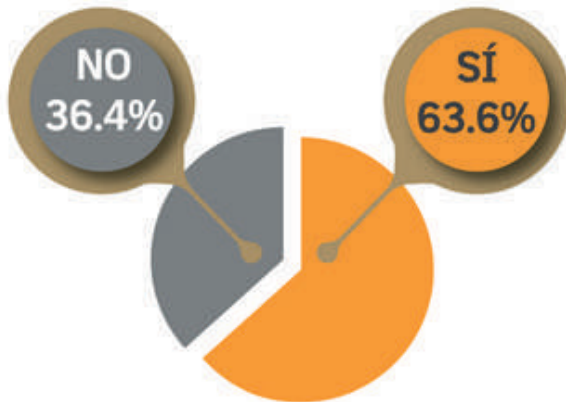
Fuente: Encuesta nacional "Por el Derecho a Morir con Dignidad, México 2016".

Un paciente que se encuentra en la **fase terminal** de su enfermedad, si el paciente lo pide, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con **que su médico lo ayude a morir** aplicándole **directamente** una dosis letal de medicamento?



Fuente: Encuesta nacional "Por el Derecho a Morir con Dignidad, México 2016".

En caso de que usted se encontrara en la **fase terminal** de una enfermedad, ¿le gustaría tener la posibilidad **de pedir ayuda a su médico** para adelantar su muerte, si usted así lo decidiera?

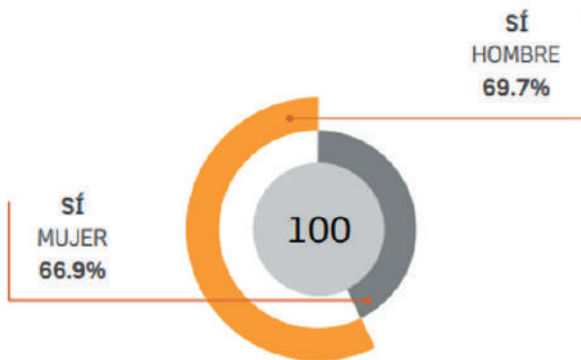


Fuente: Encuesta nacional "Por el Derecho a Morir con Dignidad, México 2016".

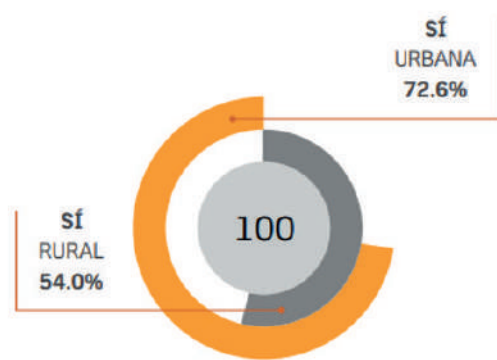
## Cruce de variables

Si un paciente se encuentra en la **fase terminal** de su enfermedad, ¿cree que debería tener la opción de **decidir adelantar su muerte**?

[POR SEXO]



[POR ÁREA DE RESIDENCIA]

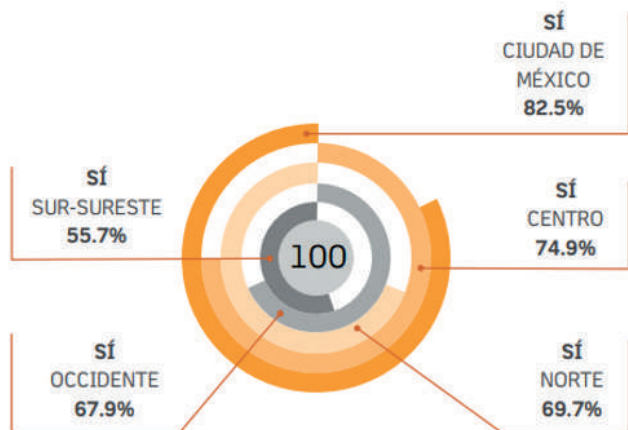


	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
Sí	69.7%	66.9%	68.3%
No	30.3%	33.1%	31.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

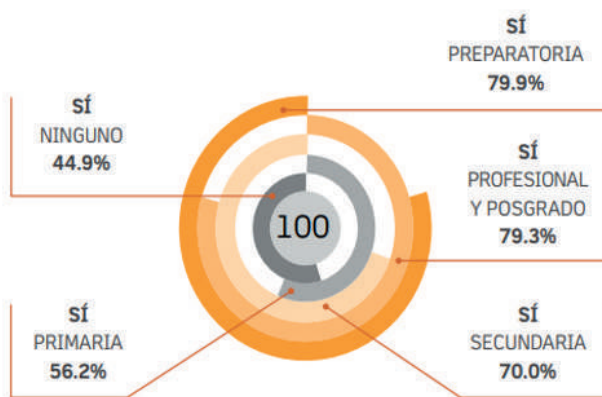
	ÁREA DE RESIDENCIA		Total
	Rural	Urbana	
Sí	54.0%	72.6%	68.3%
No	46.0%	27.4%	31.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Si un paciente se encuentra en la **fase terminal** de su enfermedad, ¿cree que debería tener la opción de **decidir adelantar su muerte**?

[POR REGIÓN]



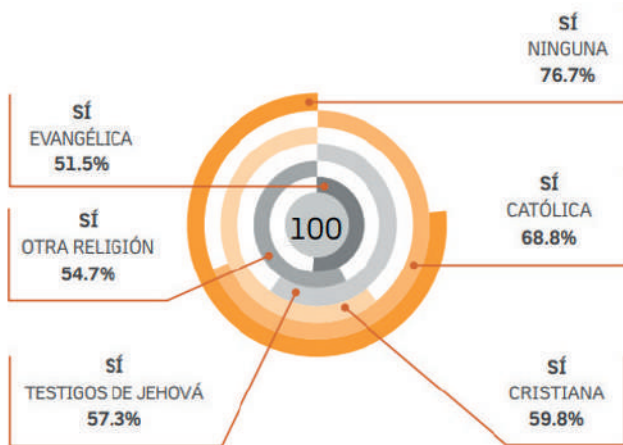
[POR NIVEL DE ESCOLARIDAD]



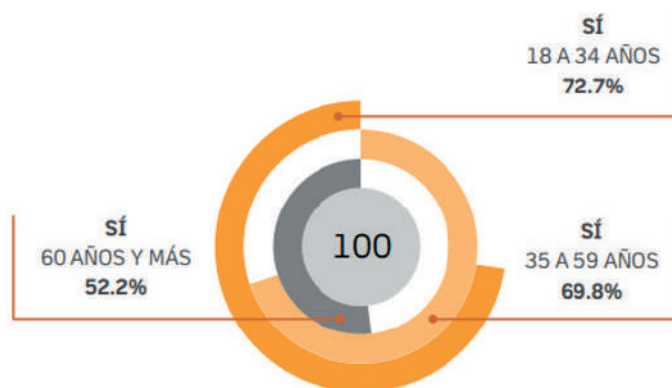
REGIÓN						
	Norte	Occidente	Centro	Ciudad de México	Sur-Sureste	Total
Sí	69.7%	67.9%	74.9%	82.5%	55.7%	68.3%
No	30.3%	32.1%	25.1%	17.5%	44.3%	31.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

NIVEL DE ESCOLARIDAD						
	Ninguno	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional y posgrado	Total
Sí	44.9%	56.2%	70.0%	79.9%	79.3%	68.2%
No	55.1%	43.8%	30.0%	20.1%	20.7%	31.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

[POR RELIGIÓN]



[POR GRUPOS DE EDAD]



RELIGIÓN							
	Ninguna	Católica	Evangélica	Cristiana	Testigos de Jehová	Otra religión	Total
Sí	76.7%	68.8%	51.5%	59.8%	57.3%	54.7%	68.3%
No	23.3%	31.2%	48.5%	40.2%	42.7%	45.3%	31.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

GRUPOS DE EDAD				
	18 a 34	35 a 59	60 años y más	Total
Sí	72.7%	69.8%	52.2%	68.3%
No	27.3%	30.2%	47.8%	31.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

En caso de tomar la decisión de **adelantar su muerte**, ¿elegiría que **el médico le aplicara directamente** una dosis letal de medicamentos, o preferiría que solo se la entregara para que **usted mismo(a) se la tomara**?



POR USTED MISMO	
	Porcentajes
Que la aplicara directamente el médico	57.0%
Tomarla por sí mismo(a)	32.7%
Ninguna de las dos opciones	4.6%
Sin preferencia por una opción	5.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>



	RELIGIÓN						Total
	Ninguna	Católica	Evangélica	Cristiana	Testigos de Jehová	Otra religión	
• Que la aplicara directamente el médico	54.7%	57.4%	56.1%	59.6%	50.6%	58.1%	57.1%
Tomarla por sí mismo(a)	37.6%	31.9%	29.3%	30.3%	40.2%	33.2%	32.7%
Ninguna de las dos opciones	3.2%	4.7%	9.6%	6.3%	3.7%	4.0%	4.6%
Sin preferencia por una opción	4.5%	6.0%	5.0%	3.7%	5.6%	4.7%	5.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

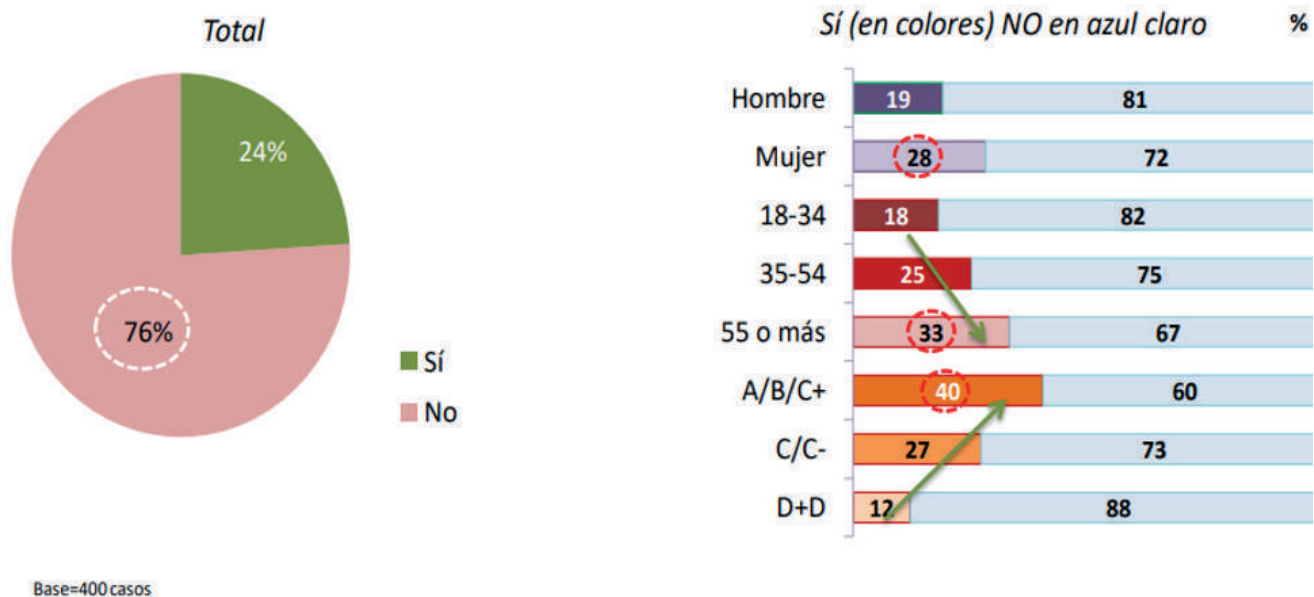
Por otra parte, existe otro tema intrínsecamente relacionado con el proceso final de la vida: los cuidados paliativos. En general, las asociaciones de profesionales de la salud consideran los cuidados paliativos como la mejor práctica para evitar el sufrimiento al final de la vida, sin acelerar ni posponer la muerte.

En este sentido, DMD<sup>65</sup> realizó también una encuesta para conocer la opinión de los habitantes del área Metropolitana de la Ciudad de México al respecto.

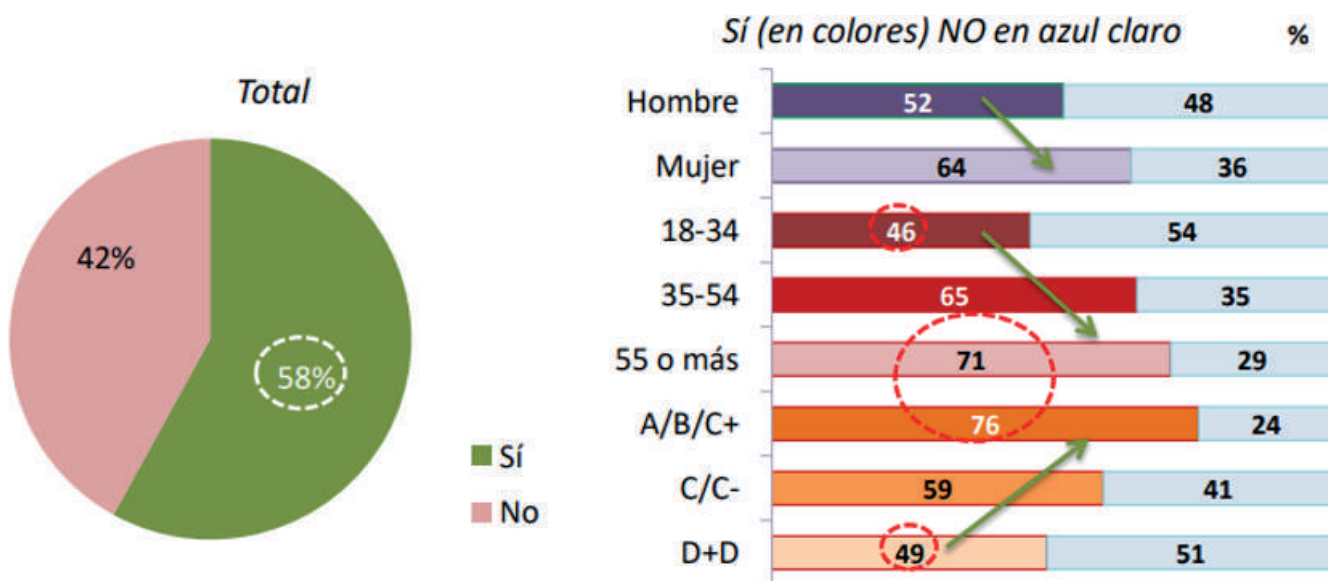
Los principales resultados se muestran a continuación.

<sup>65</sup> Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. a través de Factum mercadotécnico, empresa especializada en la elaboración de estudios de mercado y de opinión pública con presencia nacional e internacional.

¿Conoce o **ha oído hablar** de los **cuidados paliativos**? Antes de leer el concepto a los entrevistados.

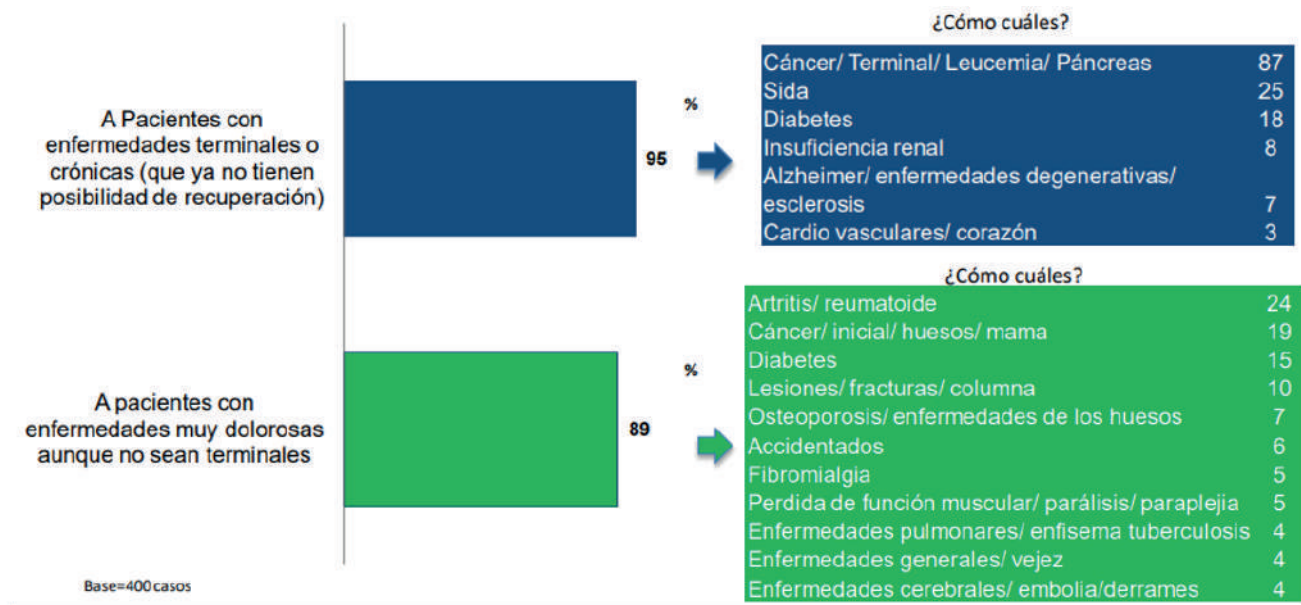


¿Conoce o **ha oído hablar** de los **cuidados paliativos**? Después de leer el concepto a los entrevistados.



Fuente: Reporte de Investigación Cuantitativa. Actitudes y opiniones sobre los cuidados paliativos en la Ciudad de México, 2019.

## ¿A qué tipo de pacientes se les debería dar los cuidados paliativos?



## ¿Qué dice la opinión pública?

- El 68.3% (7 de cada 10) de los encuestados cree que un paciente en fase terminal debería tener la opción de decidir adelantar su muerte.
- En caso de estar en la fase terminal de una enfermedad, al 63.6 % de los encuestados le gustaría tener la posibilidad de pedir ayuda a su médico para adelantar su muerte.
- En la CDMX es mayor la aprobación de que los pacientes en fase terminal puedan decidir adelantar su muerte (82.5%) en comparación al sur-sureste, donde la aprobación es del 55.7%.
- La población que muestra mayor aprobación de que los pacientes en fase terminal puedan decidir adelantar su muerte se encuentra entre los 18 y 35 años de edad (72.7%).
- A mayor nivel de escolaridad también es mayor la preferencia a favor de la decisión de poder adelantar su muerte.
- En el caso de la religión los testigos de Jehová y evangélicos mostraron menor apoyo a decidir sobre adelantar su muerte, que los católicos.
- Los resultados reflejan que la mayoría de los mexicanos está a favor de la eutanasia activa y del suicidio médicamente asistido, en casos de enfermos terminales.
- Para 2019, en la Ciudad de México el 58% de 400 encuestados, dijo haber oído hablar sobre los cuidados paliativos; el 95% señaló que dichos cuidados deberían recibirlos pacientes con enfermedades terminales o crónicas.

# En la opinión de...

Autor	Frase histórica
<b>Marco Tulio Cicerón</b>	"La premeditación sobre la vida es la premeditación sobre la libertad; aquel que ha aprendido a morir ha desaprendido a ser esclavo".
<b>Alberto Radicati di Passerano.</b> <i>Texto 1732 una disertación filosófica sobre la prohibición de la muerte</i>	"No hay un miedo natural a la muerte, sino que ha sido introducido en la mente humana por las tres principales tradiciones monoteístas"
<b>David Hume.</b> <i>On Suicide, 1777, Londres.</i>	<p>"Quitarse la vida cuando sobreviene una enfermedad incurable es una acción liberadora de todo daño o miseria e introduce el inicio de la valoración de la calidad de vida como objetivo que se debe buscar".</p> <p>"El deseo de una persona enferma terminal, con frecuencia es buscar no tanto la felicidad como la muerte con dignidad sin el sentimiento de que se ha cometido un acto ilegal o inmoral"</p>
<b>Tomás Moro.</b> <i>En su Utopía, publicada en 1516.</i>	"Quienes sufren de enfermedades curables deben ser tratados y asistidos; pero cuando la enfermedad, no sólo sea incurable, sino también terriblemente dolorosa, los jueces y los sacerdotes deben concederles la merced de la muerte".
<b>Francisco Bacon, el famoso canciller inglés, creador del término "eutanasia"</b>	"Parece que la función de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas de dolor. Y esto debe hacerse, no sólo cuando el alivio del dolor produzca la curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte".
<b>Mohamed Abdel Aziz Badr.</b> <i>L'influence du consentement de la victime sur la responsabilité pénale, París.</i>	"¿Por qué hemos de negar la muerte a un incurable o a un agonizante que la reclama cuando la muerte es para él la liberación de sufrimientos intolerables? Nada más absurdo que el sufrimiento inútil y nada es más legítimo que tratar de desembarazarse de él".
<b>Joseph Galtier</b>	"Nada más lógico que conceder el derecho de matarse a los miserables que imploran la muerte a gritos. Permitirlo es una obra pía".

# Conclusiones

- En México hay una necesidad significativa de cuidados paliativos aún no satisfecha -a pesar de ser una obligación del Estado- derivado de profundas carencias en el sector salud, principalmente presupuestarias, que se ven reflejadas en la falta de infraestructura, profesionales de la salud debidamente capacitados, equipos médicos, medicamentos, campañas profilácticas, etc.
- La garantía real de acceso a cuidados paliativos y buena atención en salud deberá ser parte importante en las discusiones por venir con relación a la muerte digna, ya que el grueso de la población de México vive en situación de pobreza, lo que en términos reales se traduce en discriminación e injusticia social, pues son los que tienen recursos económicos los que disponen de medios para una mejor atención paliativa y mayores opciones de elección al final de la vida.
- La calidad de los cuidados paliativos y curativos dependen de su asequibilidad, del acceso a los medicamentos y a los opioides analgésicos, apoyo psicológico, lo cual incluye también el apoyo espiritual,
- Existe una correlación entre países ricos y mejor calidad de muerte, que se basan en un mayor desarrollo de políticas públicas y cuidados paliativos, así como altos gastos públicos en salud, subsidios para reducir el costo a pacientes en cuidados paliativos, mayor accesibilidad a opioides, una mejor concienciación social y suficientes recursos para formar a los profesionales de la salud. Por otro lado también los países en vías de desarrollo han demostrado poder mejorar sus estándares en cuidados paliativos, por ejemplo: Mongolia, Panamá, Uganda, Chile, Israel, Sudáfrica, Costa Rica y Lituania.
- Los países en los cuales se ha despenalizado la eutanasia se basaron en los principios constitucionales de dignidad humana, respeto por la autonomía personal y solidaridad.
- Los argumentos en contra de las decisiones hacia una muerte digna, se basan en la inviolabilidad de la vida.
- El marco legal mexicano contiene disposiciones respecto a evitar el sufrimiento innecesario de los pacientes en el final de su vida; al permitir el rechazo a tratamientos que prolonguen innecesariamente la vida. Existe, sin embargo, ambigüedad sobre los tratamientos que se pueden retirar, pues no hay acuerdo acerca de si la alimentación e hidratación artificial, sea parenteral o por sonda, deben considerarse tratamientos o cuidados básicos.
- El incremento de personas que desarrollan enfermedades degenerativas o con padecimientos en fase terminal se caracterizan por provocar intenso dolor, sufrimiento y agonía, lo que es uno de los principales motivos que hacen necesario el establecimiento de medidas vinculadas a conseguir una muerte digna.
- La necesidad de regular jurídicamente el final de la vida de personas con padecimientos incurables, es una situación que existe de hecho, ante el escándalo de su persistencia



en la clandestinidad.

- Actualmente existe una mayor exigencia de respeto a los derechos humanos como a la salud, al libre desarrollo de la personalidad y autonomía de los enfermos terminales.
- La participación ciudadana es importante para sensibilizar sobre el tema y promover que se normalice el conversar sobre la muerte y los deseos del final de la vida.
- Lo anterior revela la importancia de contar con normas jurídicas que permita acceder a todas las decisiones dentro del marco de una muerte digna, estableciendo estrategias consensuadas que satisfagan, en la medida de lo posible, a los actores sociales con posiciones encontradas.



# Bibliografía

- Brian, D. (2014). Thomas Aquinas's Summa Theologiae. New York, Estados Unidos de Norteamérica: Oxford.
- Dworkin, R. (1998). El dominio de la vida: una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual. Madrid, España: Ariel. <https://doi.org/9788434411159>.
- Hume, D. (2005). Escritos impíos y antirreligiosos. Madrid, España: Ediciones Akal.
- Hume, D. (1988). Sobre el suicidio. Madrid, España: Alianza.
- Kant, I. (1994). Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Espasa Calpe
- Kuhse, H. (1995). Eutanasia. Madrid: Alianza.
- Séneca. (1986). Cartas Morales a Lucilio. Madrid, España: Gredos.
- Servicio Canario de Salud. (2018). Enfermero/a (Vol. I). Madrid, España: CEP S.L.
- Soberón, G., & Feinholz, D. (2008). Muerte Digna una oportunidad real (2008.a ed.). D.F, México: Secretaría de Salud Comisión Nacional de Bioética.
- Ameneiros, E., Carballada, C. y Garrido, J.A. 2006. Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal. Revista Médica Paliativa 13(4):174-178.
- Arnoldo Kraus. 1995. Eutanasia: reflexión obligada, Revista de Investigación Clínica, (47)3: 45-47
- Callaway, M. & Ferris, F.D. 2007 Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. Foreword. Journal of Pain and Symptom Management, (5):483-485.
- Enrique Díaz-Aranda. 2003. Eutanasia (propuesta de solución jurídica en México), Revista de derecho penal, Rubinzal-Culzoni Editores, Buenos Aires: (1):299-309.
- Farrell, Martín. D. 1996. Apresurando la propia muerte. En Perspectivas Bioéticas en las Américas, 1(I), 92-99.
- Pérez-Sánchez, E. (2015). Eutanasia, autonomía y la libre disponibilidad de la propia vida. Astrolabio(15): 31.
- Partida-Bogarin, B. (2007). Encarnizamiento terapéutico. Publicación de investigación y análisis (2).
- Sarmiento-Medina, M. (2012, abril). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. Salud Pública, 1, 116-118.
- Jochemsen, H. (1999). Voluntary euthanasia under control: further empirical evidence from the Netherlands. Journal of Medical Ethics, 16-21. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC479162/>
- Centro de Documentación de Bioética. (2003, abril 11). Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Recuperado 10 de abril de 2020, de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/852/course/section/924/Recomendacion%25201418%25201999%2520del%2520Consejo%2520de%2520Europa.pdf>
- Andorno, R. (2012, marzo 10). Principios bioéticos, dignidad y autonomía. Recuperado 25 de marzo de 2020, de <http://www.bioetica.org/umsa/produccion/Andor-no.pdf>
- Gaceta UNAM. (2019, febrero 21). Legal, decidir sobre la propia muerte en CdMx y 13 estados. Recuperado 4 de abril de 2020, de <https://www.gaceta.unam.mx/legal-decidir-sobre-la-propia-muerte-en-cdmx-y-13-estados/>
- Colegio de Bioética, A.C. (s. f.). Voluntad anticipada. Recuperado 14 de marzo de 2020, de <http://colegiodebioetica.org.mx/voluntad-anticipada/voluntad-antici-pada/>
- Sarmiento-Medina, M. (2012, abril). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. Salud Pública, 1, 116-118.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (s. f.). StackPath. Recuperado 15 de abril de 2020, de <http://www.corteidh.or.cr>

- H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. (2019, noviembre 29). Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca. Recuperado 1 de marzo de 2020, de [http://docs64.congresooaxaca.gob.mx/documents/legislacion\\_estatals/Ley\\_de\\_Voluntad\\_anticipada\\_para\\_el\\_Estado\\_de\\_Oaxaca..pdf](http://docs64.congresooaxaca.gob.mx/documents/legislacion_estatals/Ley_de_Voluntad_anticipada_para_el_Estado_de_Oaxaca..pdf)
- Hamilton, G. (2016, enero 15). First Quebec euthanasia case confirmed, two others reported. Recuperado 4 de abril de 2020, de <https://nationalpost.com/news/canada/first-quebec-euthanasia-case-confirmed-two-others-reported>
- Health Law Institute. (s. f.). Canadá. End-of-Life Law and Policy in Canada. Recuperado 2 de abril de 2020, de <http://eol.law.dal.ca/>
- Ayuso, S. (2018, agosto 7). Marie Humbert, la madre que reabrió el debate sobre la eutanasia en Francia. Recuperado 24 de febrero de 2020, de [https://elpais.com/internacional/2018/08/07/actualidad/1533638398\\_422720.html](https://elpais.com/internacional/2018/08/07/actualidad/1533638398_422720.html)
- McGreevy, P. (2015, octubre 6). After struggling, Jerry Brown makes assisted suicide legal in California. Recuperado 14 de abril de 2020, de <https://www.latimes.com/local/political/la-me-pc-gov-brown-end-of-life-bill-20151005-story.html>
- Álvarez, A. (202d. C.). Eutanasia y suicidio asistido. Opciones al final de la vida. Revista Investigación Clínica, (4), 295-298. Recuperado de <http://colegiodebioetica.org.mx/publicaciones-web/alvarez-004.pdf>
- Cifuentes, E. (s. f.). Sentencia C-239/97. Sobre el homicidio por piedad. Recuperado 19 de abril de 2020, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
- Comité de consulta de Bioética de Cataluña. (2006). Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2474332>
- Colegio de Bioética | Eutanasia: Hacia una muerte digna. (s. f.). Recuperado 21 de abril de 2020, de <http://colegiodebioetica.org.mx/editoriales/editoriales-2009/eutanasia-hacia-una-muerte-digna/>
- Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C., & Álvarez del Rio, A. (s. f.). La muerte asistida en México. Una opción más para morir con dignidad. Recuperado 11 de abril de 2020, de <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/libro-muerte-asistida.pdf>
- Gomes, E. D. C. (s. f.). Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. Recuperado 17 de abril de 2020, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000100006&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000100006&script=sci_abstract&lng=pt)
- Carpizo, J. (2019, febrero 16). Derechos humanos, aborto y eutanasia. Recuperado 19 de abril de 2020, de <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/11443>
- The Lancet. (s. f.). Informe The Lancet, Cuidados paliativos. Recuperado 12 de abril de 2020, de <https://secure.jbs.elsevierhealth.com/action/cookieAbsent?code=null>
- Human Rights Watch, 2009 "Por favor, no nos hagan sufrir más..." El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano.
- OMS 1990 Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). OMS, Ginebra, Suiza
- OMS 2002 National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed., OMS, Ginebra, Suiza.



**LXIV**  
**LEGISLATURA**  
**H. CONGRESO DEL**  
**ESTADO DE OAXACA**

EL CONGRESO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO

**Laura Jacqueline Ramírez Espinosa.**

Directora del Centro de Estudios Sociales y  
de Opinión Pública.

**Araceli Santiago Hernández.**

Departamento de Opinión Pública.

 [cesop@congresooaxaca.gob.mx](mailto:cesop@congresooaxaca.gob.mx)

 Centro de estudios Sociales y de  
Opinión Pública - Oaxaca

 @Cesop\_Oax

[www.congresooaxaca.gom.mx/centro-estudios/CESOP](http://www.congresooaxaca.gom.mx/centro-estudios/CESOP)