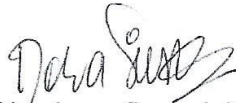

Ciudad de México a 19 de octubre de 2018.

Mae. Claudia del Socorro Villanueva Sáenz
P r e s e n t e.

Estimada Mtra. Villanueva

Por medio de la presente, informo a la coordinación académica de la Maestría en Bioética del CIBUP que la alumna Sara Elena Villanueva Sáenz me presentó a revisión su tesis de grado titulada "El Derecho a una muerte digna en la Constitución Política de la Ciudad de México. Análisis Bioético y Jurídico" de la que soy Tutor.

Después de una lectura y análisis de los contenidos y forma de la Tesis, y habiéndose hecho las correcciones pertinentes, doy mi aprobación para proceder a su impresión y defensa.



Nombre y firma del Tutor
Dra. Dora María Sierra Madero



Nombre y firma del Co-Tutor
Dr. José Antonio Sánchez Barroso.

Universidad Panamericana



Maestría en Bioética
Estudios Incorporados a la SEP RVOE 20100494

Centro Interdisciplinario de Bioética
Escuela de Medicina

Facultad de Ciencias de la Salud

“EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA EN LA CONSTITUCION POLITICA DE LA
CIUDAD DE MEXICO. ANALISIS BIOÉTICO Y JURIDICO”

Tesis Profesional que presenta:

Sara Elena Villanueva Sáenz

Para obtener el título de:

Maestra en Bioética

Director(a) de Tesis:

Dra. Dora María Sierra Madero

Dr. José Antonio Sánchez Barroso

“No tengo ninguna necesidad de reclamar como un derecho lo que poseo ya de todos modos como un hecho. (...) Al ser todo hombre digno, la muerte de todo hombre es digna. Es nuestra mirada sobre el moribundo lo que puede hacerla indigna (...) Mi dignidad, nadie me la puede quitar. Ésta depende de que soy una persona, no del estado en que me encuentre.

Rémi BRAGUE, Filósofo Le Figaro, 6 de febrero de 2014

TABLA DE CONTENIDO

<u>INTRODUCCION Y METODOLOGIA.</u>	1
<u>CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL SEMANTICO Y LEGAL</u>	
A. <u>MARCO CONCEPTUAL SEMANTICO</u>	
1. <u>Concepto de eutanasia, suicidio asistido y ortotanasia.</u>	18
2. <u>Concepto de dignidad y muerte digna.</u>	23
3. <u>Concepto de cuidados paliativos.</u>	29
4. <u>Concepto de encarnizamiento terapéutico o distanasia.</u>	34
5. <u>Concepto de limitación del esfuerzo terapéutico.</u>	34
6. <u>Concepto de voluntad anticipada.</u>	35
B. <u>MARCO CONCEPTUAL LEGAL</u>	
1. <u>La Eutanasia, el suicidio asistido y la ortotanasia.</u>	
1.1 <u>Nivel Federal.</u>	37
1.2 <u>Nivel Local.</u>	39
2. <u>La Dignidad y la Muerte Digna.</u>	
2.1 <u>Nivel Federal.</u>	43
2.2 <u>Nivel Local.</u>	47
3. <u>Los Cuidados Paliativos.</u>	
3.1 <u>Nivel Federal.</u>	48
3.2. <u>Nivel Local.</u>	51
4. <u>El encarnizamiento terapéutico y la distanasia.</u>	
4.1 <u>Nivel Federal.</u>	53
4.2 <u>Nivel Local.</u>	53
5. <u>La limitación del esfuerzo terapéutico.</u>	

5.1 Nivel Federal.....	54
5.2 Nivel Local.....	54
6. <u>La Voluntad Anticipada ante la Ley</u>	
6.1 Nivel Federal.....	55
6.2 Nivel Local.....	55
<u>CAPITULO II. MARCO TEORICO. BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS</u>	
A. <u>MARCO TEORICO BIOETICO</u>	
1. La eutanasia y la muerte digna en el Principialismo.....	60
2. La eutanasia y la muerte digna en el Utilitarismo	68
3. La eutanasia y la muerte digna en el Personalismo.....	72
B. <u>MARCO TEORICO LEGAL. DERECHOS HUMANOS</u>	
1. Derecho al libre desarrollo de una personalidad.....	77
2. Derecho a la autodeterminación.....	80
3. Derecho a una muerte digna.....	84
<u>CAPITULO III. MUERTE DIGNA Y EUTANASIA. ANALISIS SEMANTICO Y BIO- JURIDICO.</u>	
A. Argumentación semántica de las diferencias entre eutanasia y muerte digna.....	88
B. Argumentación jurídica de las diferencias entre eutanasia y muerte digna.....	93
C. Argumentación bioética y jurídica de las diferencias entre eutanasia y muerte digna.....	97

CAPITULO IV. ACTUALIDAD SOBRE EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA Y LOS

CUIDADOS PALIATIVOS

A. Sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en relación con la acción de inconstitucionalidad promovida por varios actores políticos en contra de la Constitución

Política de la Ciudad de México.....110

B. El Consejo de Salubridad General, la Secretaria de Salud de la Ciudad de México y

los cuidados paliativos116

RECOMENDACIONES.....121

CONCLUSIONES.....124

FUENTES CONSULTADAS..... 128

Para Miguel, mi amado y querido esposo por su apoyo y cariño.
Gracias por tu ayuda incondicional en éste y en todos los momentos que hemos
compartido juntos.

Con un enorme abrazo y beso les dedico a mis hijos Miguel y Roco este trabajo.

RESUMEN

Dra. Dora María Sierra Madero

Sara Elena Villanueva Sáenz

Dr. José Antonio Sánchez Barroso

EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA EN LA CONSTITUCION POLITICA DE LA CIUDAD DE MEXICO. ANALISIS BIOÉTICO Y JURIDICO

Conocer el alcance del derecho a la muerte digna, estableciendo que el concepto “eutanasia” escapa a la noción de “muerte digna” desde un punto de vista semántico, bioético y jurídico y que el término “muerte digna” plasmado en la Constitución Política de la Ciudad de México debe entenderse como una forma de morir en la que el enfermo terminal tiene derecho a acceder a los cuidados paliativos, por lo que es obligación constitucional del Estado garantizar que todos los individuos que así lo requieran en el territorio de la Ciudad de México, tengan acceso a los a los mismos.

EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA EN LA CONSTITUCION POLITICA DE LA CIUDAD DE MEXICO. ANALISIS BIOÉTICO Y JURIDICO

INTRODUCCIÓN

El derecho a la muerte digna nos remite indefectiblemente al tema de la eutanasia y el suicidio asistido. La cuestión es difícil de resolver no sólo porque, como veremos en el transcurso de este trabajo, existen una pluralidad de definiciones de estos conceptos que normalmente son incompatibles entre ellas, sino porque actualmente se pretende reivindicar el derecho de una persona de acortar su vida por considerarse indigna, otorgándose a otra la facultad de matarlo por amor, por compasión, para eliminar su sufrimiento.

En términos generales, los partidarios de la eutanasia y el suicidio asistido invocan el derecho a una muerte digna; en efecto, la vida no merece ser vivida si no es en unas condiciones de plenitud, sin sufrimiento. La calidad de vida argumentan, está por encima de la propia vida: es un detrimento de la dignidad humana vivir con un sufrimiento insoportable.

En un contexto jurídico, el tema del derecho a una muerte digna tiene una relevancia muy importante ya que una norma de este tipo, de nivel constitucional, crea una serie de derechos y obligaciones para los gobernantes y los gobernados, es por ello que es necesario delimitar el alcance del concepto “derecho a una muerte digna” que fue incluido en la Constitución de la Ciudad de México.

¿Es el derecho a la muerte digna el derecho de una persona a solicitar que otra termine con su vida por considerarla indigna o se debe entender más bien como una

forma a morir en donde se cubren todas las dimensiones de la persona en el momento de su muerte? ¿Es efectivamente el derecho a la muerte digna una autorización para practicar la eutanasia o se debe considerar como la obligación que tienen los gobernantes de garantizar el acceso adecuado a cuidados paliativos a los gobernados? ¿Cómo asegurar la dignidad de una persona en el final de su vida y que conductas se deben evitar?

Preguntas todas ellas de gran relevancia tanto en el ámbito jurídico como en el bioético. En efecto, por lo que respecta al ámbito bioético, la autonomía de la persona es un elemento de vital importancia de su dignidad ¿Cómo aplicar este principio en la situación de un paciente terminal? ¿La autonomía de un individuo se debe considerar como irrestricta e ilimitada? ¿Puede realmente una persona, en aras a esta autonomía, solicitar a otra que la prive de la vida? ¿Hasta qué punto es bioéticamente correcto mantener con vida a una persona que se encuentra en una situación terminal? Preguntas que trataran de resolverse en el presente trabajo.

Iniciaremos apuntado que el derecho a la muerte digna fue incluido en la nueva Constitución Política de la hoy Ciudad de México. Esta primigenia Constitución, fue aprobada por la Asamblea Constituyente el 31 de enero de 2017 y publicada en la Gaceta Oficial el día 5 de febrero del mismo año. Entró en vigor el 17 de septiembre de 2018, excepto en los supuestos expresamente establecidos en la misma y se prevé que tenga listas sus leyes, reglamentos y normas secundarias para el 2019.

La creación de una Constitución para la Ciudad de México, tiene su origen en la reforma política de 2015. En efecto, entre los años 2000 y 2015 se presentaron varias propuestas legislativas que pugnaban por el reconocimiento de una autonomía de gestión

para el Distrito Federal siendo hasta el 15 de diciembre de 2015 cuando fue aprobada finalmente por el Poder Revisor, la llamada reforma política de la Ciudad de México.

Previo a la mencionada reforma, la Ciudad de México era conocida como el Distrito Federal, una de las 32 entidades federativas de México y capital de los Estados Unidos Mexicanos. El Distrito Federal tiene su antecedente en la primera Constitución del México independiente que lo creó en 1824 como Capital de la Federación y sede de los poderes federales. Fue hasta 1847 que se declaró a la Ciudad de México como entidad federativa y que se les otorgó a los ciudadanos de la capital el derecho al voto para Presidente y para el nombramiento de senadores.

El Constituyente de 1857 estableció el principio de que el Distrito Federal sería el territorio sede de los poderes de la unión más no una entidad federativa y en 1861 fueron creadas las “municipalidades”, denominadas entonces partidos. Posteriormente, la Constitución de 1917 reguló que el Distrito Federal no sería una entidad federativa, siendo hasta 1928 que las municipalidades fueron convertidas en delegaciones políticas creándose entonces el Departamento del Distrito Federal.

En 1970, el Departamento del Distrito Federal, fue dividido en 16 delegaciones y en la década de los ochentas fue creada la Asamblea de Representantes, redactándose en 1993 el Estatuto de Gobierno de Distrito Federal. Es hasta 1997 cuando los habitantes de la Ciudad, tuvieron derecho a elegir por voto directo al Jefe de Gobierno otorgándose a la Asamblea de Representantes, facultades para legislar sobre ciertas materias, lo cual le dio el estatus de Asamblea Legislativa. En el año 2000 se eligió por primera vez a los jefes delegacionales por voto libre y secreto.¹

¹ Instituto Nacional Para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México*, México, 2017.

La reforma política del Distrito Federal, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de enero de 2016 y su objeto fue reformar varios artículos de la Constitución Federal con el propósito de otorgar a la Ciudad de México el carácter de entidad federativa con una autonomía de gestión, sede de los Poderes de la Unión y Capital de los Estados Unidos Mexicanos (artículos 43 y 44 Constitucionales).

Artículo 43. Las partes integrantes de la Federación son los Estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas; así como la Ciudad de México.²

Artículo 44. La Ciudad de México es la entidad federativa sede de los Poderes de la Unión y Capital de los Estados Unidos Mexicanos; se compondrá del territorio que actualmente tiene y, en caso de que los poderes federales se trasladen a otro lugar, se erigirá en un Estado de la Unión con la denominación de Ciudad de México.³

La reforma incluyó modificaciones al artículo 122 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo objetivo fue regular jurídicamente a la C México como una entidad federativa que goza de autonomía en todo lo concerniente a su régimen interior y a su organización política y administrativa en términos de lo dispuesto por su propia Constitución (la cual fue promulgada el 5 de febrero de 2017), y que establece entre otras muchas, las normas y garantías para el goce, disfrute y la protección de los derechos humanos en los ámbitos de su competencia.⁴

Finalmente, en el artículo séptimo transitorio de las reformas constitucionales federales, se establece que la Asamblea Constituyente, compuesta de 100 diputados

²Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, 20 de septiembre de 2018, art. 43.

³Ibídem, art.44.

⁴Ibídem, art. 122.

constituyentes, ejercería en forma exclusiva todas las funciones de Poder Constituyente para la Ciudad de México, instalándose el 15 de septiembre de 2016, debiendo aprobar la Constitución Política de la Ciudad de México, a más tardar el 31 de enero de 2017, por las dos terceras partes de sus integrantes presentes.⁵

Con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo transitorio antes referido, el 5 de febrero de 2016 el entonces Jefe de Gobierno integró un Grupo Redactor, apoyado por un Grupo de Asesores Externos, para contribuir en la elaboración del Proyecto de Constitución Política de la Ciudad de México.

La Asamblea Constituyente de la Ciudad de México se instaló el 15 de septiembre de 2016, día en que el Jefe de Gobierno de la Ciudad hizo entrega del Proyecto de Constitución⁶ que sirvió de base para los trabajos. Esta se integró por cien diputados constituyentes articulados en diez grupos parlamentarios. Los trabajos de esta Asamblea se realizaron a través de ocho comisiones que tenían por objeto elaborar un dictamen correspondiente a cada título del Proyecto.

Se realizaron 21 sesiones plenarias, se contó con 544 iniciativas de diputados y con 978 propuestas ciudadanas, así como con diversos mecanismos que posibilitaron la celebración de un gran número de audiencias públicas, la atención de más de diez mil personas y la realización de una consulta a los pueblos indígenas,⁷ siendo que finalmente

⁵ Decreto por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de la reforma política de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016, art. Séptimo transitorio.

⁶ Integrantes del Consejo Asesor Externo que fueron consultados y participaron en la elaboración del proyecto constitucional de la Ciudad de México, que el C. Jefe de Gobierno somete a la consideración de la Asamblea Constituyente, *Proyecto de constitución de la Ciudad de México*, Ciudad de México, 15 de septiembre de 2016.

⁷ Ciudad de México, *Mi Constitución CDMX: Razones y Avances*, Ciudad de México, 20 de septiembre de 2018, págs. 4-5.

el 31 de enero de 2017, la Asamblea Constituyente aprobó por más de dos terceras partes la versión final de la Constitución de la Ciudad de México, la cual fue publicada en la Gaceta la Oficial de la Ciudad de México el día 5 de febrero de 2017.

ANTECEDENTES DEL ARTICULO 6 INCISO A PUNTOS 1 Y 2 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LA CIUDAD DE MEXICO Y EN DONDE SE INCLUYE EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.

El proyecto de la Constitución, se integró por ocho títulos: principios constitucionales, carta de derechos, desarrollo sostenible de la ciudad, ciudadanía y ejercicio democrático, distribución del poder, buena administración, relación con el gobierno federal y reformabilidad, progresividad e inviolabilidad de la constitución.⁸

Por lo que respecta a los artículos contenidos en el título denominado de la “carta de derechos”, la Constitución Política de la Ciudad de México parece orientarse a una corriente totalmente “progresista” como la han llamado alguno de los Constituyentes, ya que establece un sistema de indicadores vinculado al presupuesto para el cumplimiento progresivo de los derechos y brinda mecanismos sencillos y accesibles a las personas para demandar antes los jueces el cumplimiento de los mismos, haciendo suya la reforma que en materia de derechos humanos se efectuó en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 2011, consagrando los derechos humanos y la dignidad humana como fundamento de la Constitución y reconociendo la jerarquía constitucional de los tratados internacionales para la protección de las personas.

El Proyecto de Constitución incorporó las prerrogativas contenidas en los instrumentos internacionales y propuso un amplio catálogo de derechos y garantías para

⁸ Ibídem, pág. 6.

los habitantes de la ciudad. Entre los derechos humanos que se reconocen en el capítulo denominado de la “Carta de Derechos” se encuentran:

- El derecho individual y colectivo a la memoria, a la verdad y a la justicia por hechos del pasado.
- El derecho a la autodeterminación personal y a la muerte digna.
- Los derechos plenos a las familias en todas sus manifestaciones y estructuras.
- Los derechos sexuales de las personas y garantiza el acceso a servicios integrales de educación y salud en la materia.
- Los derechos reproductivos de las personas.
- El derecho a defender derechos humanos y garantiza la protección a los defensores.
- El derecho a la buena administración pública y prevé un sistema de índices de calidad de los servicios públicos.
- Garantiza protección y seguridad para el libre ejercicio del periodismo, la disidencia y el pensamiento crítico.
- El derecho a la protesta social, prohíbe su criminalización y garantiza el respeto a los derechos de quienes lo ejerzan.
- El derecho a acceder a la información, así como a producirla, buscarla, recibirla y difundirla por cualquier medio. También protege los datos personales.
- El derecho a las personas originarias de la ciudad que viven en el extranjero el derecho a votar y ser votadas.

- El derecho a la educación en todos los niveles desde la educación inicial, a la lectura y a la escritura, al deporte y a la infraestructura que permita su ejercicio.

- Instaura un sistema local de educación orientado por un plan que asegure la universalidad, conforme a los valores y principios de la Constitución de la Ciudad.

- El derecho al acceso a la ciencia, la tecnología y la innovación y a disfrutar de sus beneficios.

- Los derechos culturales de toda persona, grupo o comunidad y obliga a las autoridades a su promoción y respeto.

- El derecho a un mínimo vital que permita a las personas vivir en condiciones materiales de dignidad.

- El derecho al cuidado, a la alimentación, a la salud y a la vivienda.

- Permite el uso médico y terapéutico de la marihuana.

- El derecho al agua, a su saneamiento, a su gestión social y prohíbe su privatización.

- El derecho humano al trabajo y establece un catálogo de prerrogativas para los trabajadores asalariados y no asalariados. Prohíbe el trabajo infantil, el esclavo y el forzado.

- Promueve la mejora constante en las condiciones de trabajo y el salario. Protege la libertad y la democracia sindicales y garantiza el seguro de desempleo.

- Reconoce derechos específicos a los siguientes grupos de atención prioritaria: mujeres, niñas, niños y adolescentes; personas con discapacidad; lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travesti, tran-sexuales e intersexuales;

personas migrantes y sujetas de protección internacional; víctimas, personas en situación de calle, personas privadas de su libertad, personas que residen en instituciones de asistencia social, afrodescendientes, personas de identidad indígena y minorías religiosas.

- El derecho a un medio ambiente sano para las generaciones presentes y futuras, y reconoce a la naturaleza como un ente colectivo sujeto de derechos.
- Incluye la protección a los animales y sanciona su maltrato.
- Reconoce el derecho al uso y disfrute del espacio público, al tiempo libre y a la convivencia social en condiciones de seguridad ciudadana.⁹

Ahora bien, en el Capítulo II denominado “De los Derechos Humanos” se plasma el artículo 6 con el título “Ciudad de libertades y derechos” Apartado A) el cual a la letra establece:

Artículo 6. A. Derecho a la autodeterminación personal.

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

2. ***Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.***¹⁰

Este artículo tiene su antecedente en el artículo 10 del Proyecto de Constitución Política de la Ciudad de México presentado por los integrantes del grupo de trabajo que apoyó al Jefe de Gobierno en la elaboración del Proyecto de Constitución con fecha 15 de septiembre de 2016 y que sirvió de documento base para ser discutido por la Asamblea Constituyente de la Ciudad de México.

⁹ Ibídem, págs. 8-10.

¹⁰ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Constitución Política de la Ciudad de México*, Ciudad de México, 5 de febrero de 2017, art. 6.

En el proyecto antes mencionado, se establecía en el artículo 10, lo siguiente:

Artículo 10. Ciudad de libertades y derechos

A. Derecho a la autodeterminación personal Toda persona tiene derecho a la autodeterminación, a la libertad de pensamiento, al libre desarrollo de su personalidad, a disfrutar de su tiempo libre, al ocio, a la recreación, a la elección de su identidad social y cultural, a disponer de su propio cuerpo y a manifestar públicamente sus afectos.¹¹

Cabe mencionar que en tal proyecto, el concepto de “muerte digna”, se plasmó en el artículo 16 “Ciudad Incluyente” en los derechos de las personas mayores en los siguientes términos:

Artículo 16

E. Derechos de personas mayores

1. Son personas mayores aquellas que tengan sesenta años de edad o más.
2. Tienen derecho a una ciudad accesible y segura, a la identidad y personalidad jurídica, a servicios integrales de salud generales y especializados, a la educación y vivienda adecuadas, a la movilidad, al trabajo digno y accesible, a la recreación, a la cultura, a la tecnología, al descanso, a cuidados paliativos, a una muerte digna y a una pensión económica a partir de la edad que determine la ley.¹²

Desde el mes de septiembre de 2016 y hasta el día 31 de enero de 2017, los integrantes de la Asamblea Constituyente presentaron sus propuestas, dictámenes y votos particulares a los artículos relacionados con la Comisión de la Carta de Derechos. El artículo 10 antes transcrito, sufrió cambios y modificaciones, siendo posteriormente artículo 11 hasta que finalmente y en la versión aprobada, fue definitivamente redactado como el artículo 6 el cual es el objeto de estudio del presente trabajo.

La redacción final del artículo 6 que ahora nos ocupa, tuvo su origen en una propuesta por parte del Constituyente Jesús Ortega Martínez¹³ del Partido de la

¹¹ Integrantes del Consejo Asesor Externo que fueron consultados y participaron en la elaboración del proyecto constitucional de la Ciudad de México, que el C. Jefe de Gobierno somete a la consideración de la Asamblea Constituyente, op.cit., nota 6, p. 28.

¹² *Ibidem*, pág. 47.

¹³ Ortega Martínez, J. Jesús, *Reserva artículo 11 del Dictamen de la Comisión de Carta de Derechos del Proyecto de Constitución Política de la Ciudad de México*, Asamblea Constituyente de la Ciudad de México, Gaceta Parlamentaria, 21 de diciembre de 2016, p. 5.

Revolución Democrática quien el día 4 de enero de 2017 sometió a votación una reserva al artículo 11 inciso a) mediante la cual propuso hacer un agregado al texto del dictamen de la Comisión de la Carta de Derechos, para incluir el derecho a una muerte digna.

Textualmente manifestó ante la Asamblea Constituyente:

...la personalidad se va construyendo conforme se va desarrollando la vida y cada persona va construyendo una personalidad, no hay una personalidad definida, la vida va construyendo las personalidades de cada persona y cada persona va construyendo una personalidad. Este derecho humano fundamental el de la autodeterminación y el del libre desarrollo de una personalidad deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna. No hay una vida con dignidad si el Estado no genera las mayores posibilidades para que las personas también puedan ejercer el derecho a morir con dignidad. Implícitamente la dignidad de las personas se va a considerar a partir de las condiciones para tener una muerte con dignidad. Reitero toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”.¹⁴

El día 5 de enero de 2017, después de una larga discusión en la que se desecharon diversas reservas para incluir el derecho a la vida,¹⁵ fue aprobada la propuesta del diputado Jesús Ortega, quien enfatizó que todos los debates sobre la Constitución deben estar al margen de cualquier moral religiosa. Esta reserva fue aprobada por 56 votos a favor, 27 en contra y una abstención.

La inclusión de la palabra “muerte digna”, desde un principio generó confusión en su alcance, lo anterior auspiciado por el propio Diputado Jesús Ortega quien

¹⁴ Inserto Jesús Ortega de fecha 4 de enero de 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=QsQw9gLPspg>.

¹⁵ Este voto particular fue emitido por los diputados Luis Alejandro Bustos Olivares, Hugo Eric Flores Cervantes, Carlos Gelista González, Lisbeth Hernández Lecona y Cecilia Romero Castilla en donde proponían incluir: Artículo 11 Derecho a la vida. Todo ser humano tiene derecho a la vida desde el momento de la concepción, hasta la muerte natural. Este derecho estará protegido por la ley” Ponen a consideración de los constituyentes, la inclusión del texto antes mencionado y que consagre de manera categórica el reconocimiento del derecho a la vida en todas las instancias del ser humano y que incluye el que todo ser humano tiene el derecho intrínseco a la vida, que la calidad de persona es inherente a todo ser humano desde que tiene existencia biológica como ente diferenciado y que este derecho debe ser garantizado en todo tiempo, sin discriminación ni arbitrariedad alguna. Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados, *Dictámenes, votos particulares y reservas de las Comisiones, Comisión de Carta de Derechos*, Ciudad de México, 11 de diciembre de 2016

reiteradamente manifestó ante los medios de comunicación, que al reconocer el derecho a una muerte digna, se aprobaba la aplicación de la eutanasia.

Los diarios de mayor difusión en la Ciudad de México publicaron notas tales como: [*Constituyente aprueba el derecho a la eutanasia en la capital. Incluyen en el documento para CdMx la posibilidad de una muerte digna, la Asamblea Legislativa decidirá en qué circunstancias se aplicará el concepto*] (Milenio, 5 de enero de 2017, Ciudad, Pág. 14); [*Abre Constituyente puerta al derecho a la eutanasia...*] El perredista Jesús Ortega, impulsor de la propuesta, señaló que la circunstancias (sic) para que se aplique el derecho a la muerte digna tienen límites muy precisos ¿Cuáles son estas circunstancias? “Las va a determinar la ley, personas desahuciadas que están sufriendo, que no tienen la posibilidad de estar sedadas, personas que pueden decidir libremente el morir”. Agregó que aunque ya existe en la Ciudad una ley sobre el derecho a la muerte por voluntad anticipada, la Asamblea Legislativa deberá realizar una ley secundaria para adecuar lo aprobado en la Constitución”. (Reforma, 5 de enero de 2017, Ciudad, Pág. 1); [*Constituyente aprueba derecho a muerte digna.*] La Asamblea Constituyente aprobó una reserva al artículo 11 inciso A. que reconoce el derecho “a una muerte digna” y con ello se aprueba la aplicación de la eutanasia, dijo Jesús Ortega, diputado del PRD e impulsor de la propuesta” (El Universal, 5 de enero de 2017, Metrópoli, Pág. 2). “¿Por qué no incluir la palabra eutanasia tal cual? Porque hay palabras que generan suspicacias o malas interpretaciones, como dijo una diputada del PAN (en la tribuna) de que estábamos a favor de la muerte y en contra de la vida y no es tal” (Jesús Ortega en entrevista a la Jornada el miércoles 4 de enero de 2017 al periodista Raúl Llanos Samaniego).

En entrevista al Canal del Congreso, sobre el tema Crónicas del Constituyente, el diputado Jesús Ortega Martínez ante la pregunta ¿Qué podría destacar de su participación en el Constituyente? manifestó lo siguiente:

“Pues yo quisiera poner énfasis en dos puntos uno es el tema del derecho a una vida digna que contiene implícitamente el derecho a una muerte digna. Me parece que debemos de entender el tema de que la vida no existe sin la muerte y que una vida digna debe de procurar la búsqueda de una muerte con dignidad... la eutanasia. Eso fue incluido a propuesta mía en la Constitución de la Ciudad de México”¹⁶

Cabe mencionar que hubo varios proyectos de decreto presentados mayormente por el Partido de la Revolución Democrática que tenían como objetivo incluir el derecho a la eutanasia en la Constitución Política de la Ciudad de México, tales como la del Constituyente Isidro H. Cisneros Ramírez, quien mediante escrito fechado el día 10 de diciembre de 2016 y en relación con el Proyecto de Dictamen de la Comisión de Carta de Derechos, había presentado un voto particular en relación con el entonces artículo 11 en el que expresamente solicitaba la inclusión, en el referido precepto legal, de la eutanasia activa y pasiva redactándola en el tenor siguiente:

“Toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad, a la autodeterminación, y a decidir sobre su propio cuerpo, así como al ejercicio de su derecho humano a una buena muerte a través de la eutanasia pasiva y activa”.¹⁷

¹⁶ Ortega Martínez J. Jesús, *Crónicas del Constituyente*, Canal del Congreso, Ciudad de México, 27 de septiembre de 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=hJwzHr4Z2ow&t=185s>.

¹⁷ Cisneros Ramírez, Isidro H, *Reserva artículo 11 del Dictamen de la Comisión de Carta de Derechos del Proyecto de Constitución Política de la Ciudad de México*, Asamblea Constituyente de la Ciudad de México, Gaceta Parlamentaria, 21 de diciembre de 2016, págs 6 -7. Voto particular. Consideraciones.1.Uno de los derechos humanos que debe de tener toda persona es la libertad de elegir morir con dignidad. El Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos precisa: “Queda prohibida toda la discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. 2. Si la persona es mayor de edad y considera que es preferible terminar con su vida antes de una muerte derivada del deterioro de su salud por padecimientos que comprometan su calidad de vida y, elegir libremente la opción de asistir a un proceso psicoterapéutico con personal certificado, decide morir, es necesario que disponga de los apoyos médicos y hospitalarios en su caso, para acceder a una Eutanasia

Esta manipulación de las palabras ha generado, la errónea percepción en la sociedad mexicana, de que la eutanasia y la muerte digna son sinónimos, que efectivamente en la Ciudad de México se ha legalizado la práctica de la eutanasia y que la Asamblea Legislativa en términos de lo dispuesto en el Artículo Octavo Transitorio¹⁸ de la Constitución deberá elaborar una ley secundaria para regular lo referente a la misma; sin embargo, tal y como se argumentará en el presente trabajo, el concepto de eutanasia no puede entenderse contenido dentro de la noción de muerte digna, por lo que la Constitución Política de la Ciudad de México no contempla el derecho a la eutanasia aunque erróneamente el legislador considere lo contrario. “En esencia, la eutanasia no es sinónimo de muerte digna. Se entiende por eutanasia el acto en sí de producir la muerte en un paciente que padece sufrimiento físico o psicológico insoportable, se encuentra en estado terminal, y que es solicitada por él mismo. Entre tanto, el morir con dignidad es el derecho que tienen todas las personas de decidir y manifestar su deseo de aceptar o rechazar procedimientos ya sea médicos o quirúrgicos, cuando padece una enfermedad irreversible e incurable y que se encuentra en un estado de salud

Pasiva o Activa con dignidad y con el mayor bienestar posible durante esta intervención médica. Esta decisión debe estar respaldada en términos de lo que implica vivir en un Estado laico. 3. Existen cinco países en donde ya se autoriza la Eutanasia Activa: Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Colombia. En estados (sic) Unidos se permite el Suicidio Asistido en cinco estados: Washington, Oregón, Montana, Nuevo México y Vermont. Los avances de la tecnología nos permiten prolongar la vida de formas que eran inimaginables hace décadas. Pero ¿se debe obligar a las personas a prolongar vidas que son insoportablemente dolorosas o que en efecto están “sin vida”? Por tales motivos, presento este voto particular al artículo 11 del Proyecto de Dictamen para garantizar constitucionalmente el derecho a la muerte digna en la Ciudad de México. Por lo expuesto y fundado, solicito se me tenga presentado este voto particular para los efectos señalados en el mencionado artículo 39 reglamentario.

¹⁸ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Constitución Política de la Ciudad de México*, Ciudad de México, 5 de febrero de 2017, art. Octavo Transitorio.- Los derechos humanos reconocidos en la Ciudad de México antes de la entrada en vigor de esta Constitución mantendrán su vigencia y se aplicaran conforme al principio de progresividad en todo lo que no se oponga a la misma. La ley constitucional en materia de derechos humanos y sus garantías desarrollará los derechos humanos, principios y mecanismos de exigibilidad reconocidos por esta Constitución. Esta ley deberá entrar en vigor el 1 de febrero de 2019.

terminal. Puesto en palabras más simples, el morir con dignidad es el derecho de cualquier persona a morir sin necesidad de ser sometido a procedimientos que invadan su cuerpo y aumenten el sufrimiento, en un ambiente cálido, sin dolor y en compañía de sus familiares y amigos más cercanos, si así lo deseara.”¹⁹

PROYECTO DE INVESTIGACION

Definición de la pregunta de investigación.

¿El derecho a la muerte digna reconocido en la nueva Constitución de la Ciudad de México en el artículo 6 inciso A punto 2, incluye el derecho a la eutanasia?

Hipótesis

El concepto de muerte digna establecido en la Constitución Política de la Ciudad de México no debe incluir el concepto eutanasia, ya que ello transgrede el sentido semántico, bioético y jurídico del término muerte digna. El derecho a la muerte digna debe entenderse como una forma de morir en la que el enfermo terminal tiene derecho a acceder a los cuidados paliativos, derecho humano fundamental al final de la vida, por lo que es obligación constitucional del Estado garantizar que todos los habitantes de la Ciudad de México que así lo requieran tengan acceso a los mismos.

Objetivo General

Conocer el alcance del derecho a la muerte digna, estableciendo que el concepto “eutanasia” escapa a la noción de “muerte digna” desde un punto de vista semántico, bioético y jurídico y que el término “muerte digna” plasmado en la Constitución Política de la Ciudad de México debe entenderse como una forma de morir en la que el enfermo

¹⁹ Gempeler Rueda, Fritz Eduardo, “Derecho a morir dignamente”, *Universitas Médica*, España, abr-jun 2015, Vol. 56, Issue 2, pág. 179.

terminal tiene derecho a acceder a los cuidados paliativos, por lo que es obligación constitucional del Estado garantizar que todos los individuos que así lo requieran en el territorio de la Ciudad de México, tengan acceso a los a los mismos.

Objetivos Particulares

- Definir semánticamente los términos dignidad, muerte digna, eutanasia, suicidio asistido, ortotanasia, voluntad anticipada, encarnizamiento terapéutico, limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos.

- Establecer los conceptos que de dignidad, muerte digna, eutanasia, suicidio asistido, ortotanasia, voluntad anticipada, encarnizamiento terapéutico, limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos se plasman dentro del marco jurídico mexicano.

- Analizar los conceptos muerte digna y eutanasia desde las principales corrientes de la bioética.

- Analizar los derechos humanos que fundamentan el concepto de muerte digna en la Constitución Política de la Ciudad de México y que son el derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de la personalidad.

- Precisar que el concepto eutanasia escapa a la noción de muerte digna mediante una argumentación semántica, bioética y jurídica.

- Establecer que el concepto muerte digna al que se refiere la Constitución Política de la Ciudad de México se refiere como una forma de morir en la que el enfermo terminal tiene derecho a acceder a los cuidados paliativos, por lo que es obligación constitucional del Estado garantizar que todos los individuos que así lo requieran en el territorio de la Ciudad de México, tengan acceso a los mismos.

Selección de enfoque, método y técnicas

Se trata de un trabajo especulativo de análisis de fuentes documentales, tales como legislación nacional y literatura mediante la argumentación jurídica y la deliberación bioética.

Propuesta

El derecho a la muerte digna contemplado en el artículo 6 inciso A punto 2 de la Constitución de la Ciudad de México, se refiere a una forma de morir en la que el enfermo terminal tiene derecho a acceder a los cuidados paliativos, por lo que es obligación constitucional del Estado garantizar que todos los individuos que así lo requieran en el territorio de la Ciudad de México, tengan acceso a los mismos. Consecuentemente, el reconocimiento constitucional del derecho humano a la muerte digna, obliga al Gobierno de la Ciudad de México a adoptar las medidas administrativas y legislativas necesarias a fin de garantizar el acceso a los cuidados paliativos a todos los individuos dentro de la Ciudad de México, con el objeto de evitar cualquier acto eutanásico y proteger a las personas del encarnizamiento terapéutico.

CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL SEMANTICO Y LEGAL

A. MARCO CONCEPTUAL SEMANTICO.

1. CONCEPTO DE EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y ORTOTANASIA.

Se iniciará el presente trabajo con una definición de los conceptos que se estarán utilizando, ello con el objeto de establecer términos comunes que nos permitan realizar el análisis bioético y legal que se llevará a cabo en los capítulos posteriores. Es importante llevar a cabo esta precisión terminológica, ya que no se puede hacer un análisis crítico argumentado si desde un principio partimos de una ambigüedad en los términos básicos.

Existen tantas definiciones de los conceptos a los que nos estaremos refiriendo, como autores pero es importante establecer que existen elementos comunes a todas ellas siendo que los mismos son términos unívocos que no deberían dar lugar a interpretaciones; de ahí la importancia de definirlos conceptualmente desde un principio.

Eutanasia

Eutanasia proviene del griego: *eu* = bueno, *thánatos* = muerte. Aunque etimológicamente significa “buena muerte”, esta definición a la fecha dista mucho del sentido que actualmente se le da. La Asociación Médica Mundial define a la eutanasia como el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares.²⁰ Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro, ya sea con consentimiento

²⁰Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la eutanasia adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, Octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015. Considera la eutanasia contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

del paciente o con el consentimiento de los familiares. Se infiere que por motivos bien intencionados, como aliviar un sufrimiento, y/o por respetar la autonomía del paciente ya que en caso contrario, estaríamos ante un homicidio. “La finalidad de la eutanasia es acabar con una vida enferma, por ello la muerte ha de ser el objetivo buscado, ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia. En definitiva, se realiza una acción (administrar sustancias tóxicas mortales) u omisión (negar la asistencia médica debida) sobre el enfermo, con intención de quitarle la vida, se trata pues, de un homicidio. El objeto de la actuación es causar muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna. Esta acción está intencionalmente dirigida a terminar con la vida de un paciente, por razones compasivas y en un contexto médico, con el fin de minimizar su sufrimiento. El sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas es elemento necesario de la eutanasia; de lo contrario estaríamos ante otras formas de homicidio. También ha de buscarse la muerte de otro, no la propia, por ello no se considera el suicidio como eutanasia.

Elementos esenciales de la eutanasia.

1. Naturaleza del acto (acción u omisión):

- Efectivamente causa o acelera la muerte.

2. Sujeto (sobre quien recae la acción):

- Padece un sufrimiento (importante).

3. Agente (el que realiza la acción):

- Doble intencionalidad:

- Causar o acelerar la muerte.

- Aliviar un sufrimiento (importante)²¹

Doctrinalmente, se habla de diversos tipos de eutanasia, por ejemplo:

Eutanasia por una acción: Se trata de provocar intencionalmente la muerte de una persona que sufre mediante uno o varios (gestos).²² La conducta va dirigida a producir intencionalmente la muerte (dolo directo)²³.

Eutanasia por omisión: Consiste en no dar a un enfermo un cuidado normalmente debido, proporcionado y bien tolerado por él, con el fin de provocar intencionadamente su muerte.²⁴.

Eutanasia no querida por el enfermo. Es una eutanasia realizada de oficio. Ha sido querida por los familiares o cuidadores. A veces es el médico quien la decide por sí solo. Es una actitud gravemente contraria a los derechos humanos²⁵ ya que matar a una persona sin su consentimiento es un asesinato.²⁶

Eutanasia a petición del enfermo. Es realizada a petición de una persona que sufre y con el consentimiento del enfermo.²⁷

²¹Martínez Selles, Manuel, *La muerte: Reflexiones desde la Bioética, Trabajo galardonado con el premio Hipócrates 2010 del Colegio Oficial de Médicos de Madrid*, Madrid, España, octubre 2009, págs. 8-9.

²² Fundación Jerome Lejeune, *Manuales de la Cátedra de Bioética, Bioética al final de la vida*, España, 2017, pág. 6 Por ejemplo. Al administrar conscientemente una dosis letal de un producto para provocar la muerte (esto incluye la sobredosis voluntaria de calmantes prescritos en dosis mortales para acelerar la muerte del enfermo).

²³ Martínez Selles, Manuel, op.cit., nota 21, pág. 9.

²⁴ Fundación Jerome Lejeune, op.cit., nota 22, pág. 6. Por ejemplo. No dar a un anciano su tratamiento para el corazón (para provocar un paro cardíaco), ya que su vida nos parece carente de sentido. Interrumpir los medios de apoyo vitales (alimentación, oxígeno, respirador, hidratación, etc.) a las personas dependientes pero que no están al final de la vida.

²⁵ Ibídem, pág. 8.

²⁶ Martínez Selles, Manuel, op.cit., nota 21, pág. 10.

²⁷ Ibídem, pág. 8.

En opinión de los expertos²⁸ y en la propia, estos conceptos, especialmente los términos eutanasia activa y pasiva, generan confusión tanto en la opinión pública como en los profesionales de la salud, por lo que para efectos del presente trabajo, no se utilizarán términos como eutanasia activa, pasiva, a petición del enfermo, etc., sino que tomaremos como definición de eutanasia la que propone la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en el documento denominado: “Declaración Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones” generado como resultado del grupo de trabajo de atención médica al final de la vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), refrendada por la Asamblea General de la Corporación médica el 19 de septiembre de 2015.

“Eutanasia. Es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico”.²⁹

Normalmente la petición para solicitar la eutanasia, tiene que ver con la imposibilidad del enfermo para hacer frente tanto a una serie de dolores físicos como de sufrimientos morales. En este sentido cobran una gran importancia los cuidados paliativos y el acompañamiento, de los cuales hablaremos en un apartado posterior, en donde sí se recurre a un equipo multidisciplinario y en voz de los expertos, es posible

²⁸ Cfr. Sánchez Barroso, José Antonio, *La Voluntad Anticipada*, Editorial Porrúa, México, 2012, pág. 185-187.

²⁹ Declaración de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones*, Madrid, España, firmado el 19 de septiembre de 2015, pág. 1.

aliviar la mayor parte de los dolores y sufrimientos de las personas. “Los cuidados paliativos, son todo lo que hay que hacer cuando ya no hay nada que hacer”³⁰

Suicidio asistido

El suicidio asistido consiste en proporcionar a un paciente los medios adecuados para que él mismo, en el momento que lo desee, ponga fin a su vida. Para realizar un suicidio asistido el paciente debe tener intactas sus capacidades mentales y un grado de autonomía física suficiente para llevarlo a cabo.

En el suicidio médicamente asistido se proporciona por parte del médico o alguien de su equipo de salud, un método o medios para que el paciente, quien es físicamente capaz pueda quitarse la vida, haciéndolo con plena libertad y en consecuencia, actuando bajo su propia responsabilidad.

En algunas legislaciones (Estado de Oregón en Estados Unidos) se ha legalizado sólo el suicidio médicamente asistido y no la eutanasia.³¹

Ortotanasia

El concepto ortotanasia designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable en fase terminal, incluyendo los cuidados paliativos. “A diferencia de los anteriores procedimientos que ayudan a morir, la ortotanasia ayuda *en* el morir. La ortotanasia también contempla la elección y renuncia a tratamientos de la persona con una enfermedad grave, probablemente irreversible o de muy difícil curación. El enfermo puede optar por los tratamientos que se consideren

³⁰ Vanier Therese, citado por Fundación Jerome Lejeune, op.cit., nota 22, pág. 46.

³¹ Martínez Selles, Manuel, op.cit., nota 21, pág. 11.

proporcionados, pudiendo rechazar responsablemente medios excepcionales, desproporcionados o alternativas terapéuticas con probabilidades de éxito dudosas.”³²

2. DIGNIDAD Y MUERTE DIGNA

Dignidad

La dignidad más que un concepto como tal, se puede definir como un principio. Según este, solo el hombre, de entre todos los seres de la tierra, es racional y es un fin en sí mismo; precisamente por eso, el más valioso y merece ser respetado cualquiera que sea su estado físico o su grado de desarrollo. El hombre supera en valor a todo lo material. Los bienes que existen en la naturaleza, cualquiera que sea su cualidad o cantidad, son siempre inferiores al bien que es el hombre. El pertenecer a la especie humana es el bien más estimable que posee el hombre y el que le confiere la máxima dignidad. La dignidad es un valor intrínseco y denota siempre un concepto de igualdad entre todos los hombres ya que todos los hombres, participamos del mismo bien fundamental y que es precisamente la dignidad humana: sin distinción de raza, nacionalidad, credo, estado de salud, orientación política o sexual.

La dignidad humana es el fundamento de los derechos humanos y es inherente al ser humano y de tal forma es protegida y reconocida por numerosos instrumentos internacionales, algunos de los cuales, México es parte.

Efectivamente, en la Declaración de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948 se establece expresamente que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana y se afirma en el Artículo 1 que

³² *Ibíd*em, págs. 12-13.

todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.³³

“El adjetivo “intrínseco”, que la Declaración Universal de Derechos Humanos utiliza para calificar a la dignidad humana, significa “íntimo o esencial... la dignidad es considerada como algo inseparable de la humanidad misma de todo individuo; no es una cualidad accidental (como la de ser hombre o mujer, joven o anciano, sano o enfermo, rico o pobre), sino que es algo esencial. En otras palabras, no hay ser humano cuya vida esté desprovista de valor intrínseco.”³⁴

En la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) del 22 de noviembre de 1969, en el artículo 5 inciso 2, se reconoce el carácter intrínseco de la dignidad humana al establecer que toda persona privada de la libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano y en el artículo 11 se reconoce la dignidad como un derecho de toda persona.³⁵

El Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina: Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 4 de abril de 1997 (Convenio de Oviedo), en donde se reconoce la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y garantizar su dignidad, estableciendo en el

³³ Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*, París, Francia, firmada el 10 de diciembre de 1948.

³⁴ ANDORNO, Roberto, *El principio de dignidad humana en el Bioderecho Internacional*, en Enciclopedia de Bioética, Universidad Católica de Cuyo, Argentina, 2011.
Enciclopedia de Bioética, URL: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/184-el-principio-de-dignidad-humana-en-el-bioderecho-internacional>

³⁵ Organización de los Estados Americanos, *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)*, San José, Costa Rica, firmado el 22 de noviembre de 1969, arts. 5 y 11.

capítulo I, artículo 1 como objetivo del convenio proteger al ser humano en su dignidad e identidad, garantizando a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.³⁶

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada el 19 de octubre de 2005 por la Conferencia General de la UNESCO, reconoce el debido respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales como principios rectores de la declaración teniendo como objetivo promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales de conformidad con el derecho internacional (artículo 2. Incisos c y d). De igual manera se reconoce a la dignidad humana y a los derechos humanos como principios rectores, (artículo 3) así como la igualdad de todos los seres humanos tanto en dignidad y derechos (artículo 10) por lo que de ninguna manera pueden ser discriminados o estigmatizados.³⁷

Siguiendo a José Luis Soberanes³⁸, podemos decir que por lo menos existen cuatro exigencias éticas que se derivan de la dignidad humana y que son: inalienabilidad, ininstrumentabilidad, inviolabilidad y la insustituibilidad de la persona humana.

³⁶ Consejo de Europa, Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, Oviedo, Asturias, firmado 4 de abril de 1997, art. 1.

³⁷ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, 19 de octubre de 2005.

³⁸ Soberanes, José Luis, *Reflexiones sobre el concepto de dignidad humana y su proyección en el campo de la Bioética en Perspectivas de Bioética*, Coordinadora Juliana González Valenzuela, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, Fondo de Cultura Económica, 2008, pag. 247- 253

Ninguna de estas exigencias éticas pueden entenderse de manera aislada y autónoma, se encuentran interrelacionadas entre sí y son formulaciones de carácter abstracto e universal.

Inalienabilidad del ser humano. El término inalienable se refiere a aquellas cosas que están fuera del comercio, lo que no se puede vender válidamente. Los derechos naturales no pueden ser objeto de enajenación. En bioética, esta característica del ser humano prohíbe que se comercialice con el mismo y que sea cosificado pues en virtud de su propia naturaleza tiene un valor intrínseco sin importar sus limitaciones intelectuales o sus capacidades físicas.

Ininstrumentabilidad. Nunca utilizar a un ser humano como un medio para cumplir nuestros propios fines e intereses. Ningún ser humano vale más que otro y su valor no puede ser reducido bajo ningún concepto.

Inviolabilidad de la voluntad de la persona. Esta exigencia está vinculada al principio de autonomía exigiendo que cada ser humano debe ser tomado en cuenta en cualquier decisión que atañe a su vida o que le pueda afectar.

Insustituibilidad de la persona. Cada persona es única, irrepetible e irremplazable y; por lo tanto, merecedora de respeto y de protección. Ello obliga a que cada ser humano sea respetado independientemente de sus características genéticas o cualquier otra.

La muerte digna

Hay mucha confusión sobre la muerte digna o la muerte con dignidad. En algunos países se ha cambiado el término eutanasia por el concepto muerte digna, derivado que éste último término tiene mayor aceptación entre la población porque tiene una connotación mayormente humanitaria y de compasión. Sin embargo, el término eutanasia

entendido como muerte digna o muerte dulce es solo un eufemismo para enmascarar lo que en realidad es la eutanasia.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, un eufemismo es “una manifestación suave o decorosa de ideas cuya recta o franca expresión sería dura o malsonante”.³⁹ “Las funciones del eufemismo en el pasado se hallaban bastante claras y respondían a una noción perfeccionista y estética de la lengua; sin embargo en la actualidad nos enfrentamos a una realidad socio lingüística muy distinta. El empleo del eufemismo como forma de evitar el tabú se ha reducido enormemente; en la actualidad los eufemismos son utilizados como armas de cambio social por grupos políticos, económicos o sociales con el objetivo de manipular a la sociedad”.⁴⁰

Efectivamente, por lo que respecta a los conceptos muerte digna y eutanasia, esta manipulación ha sido muy clara aun cuando se trata de realidades diferentes: En la eutanasia, estrictamente considerada, se pretende la supresión del sufrimiento y el dolor mediante la inducción de la muerte; en la muerte digna se busca, entre otros objetivos y como analizaremos más adelante, eliminar el dolor a través de la analgesia.

La supresión de la vida en el período agónico, según una opinión muy generalizada, debería admitirse. No hay porque dejar continuar sufriendo a un individuo cuya muerte es inevitable a corto plazo, que ha cumplido anteriormente con todos sus deberes, incluidos los religiosos, y hasta se ha despedido del mundo dejando resueltos

³⁹ Diccionario de la Real Academia Española, bajo la voz *eufemismo*. <http://dle.rae.es/?id=H5kEJUG>

⁴⁰ Gallaud Jardiel, Enrique, *El eufemismo como instrumento de manipulación social*, Revista Comunicación y Hombre, Madrid, Espal, Número 1, Año 2005, pág. 122

todos sus asuntos, sin embargo, la inminencia de la muerte, no excusa del delito de matar.

Según Jorge Gispert en su libro *“Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica”*, morir con dignidad “es morir con pleno conocimiento del trascendental acto que se aproxima, esperarlo con serenidad, tranquilidad, participación y pasividad. Desde luego, debe haber un padecimiento o proceso en fase letal irreversible y a corto plazo. Es generalmente factible lograr una muerte digna con tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos, aunados a psicoterapia e información adecuada y precisa con base en humanitarismo, amor al prójimo y buena relación médico-paciente”⁴¹

Por su parte Martínez Selles la define de la siguiente manera “Los pacientes con enfermedades terminales tiene derecho a tener una serie de cuidados y atenciones en los últimos momentos de su vida, incluyendo: no sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer la verdad de su situación, decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter, mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares, amigos y recibir asistencia espiritual.”⁴²

Desde nuestro punto de vista, la muerte digna es una forma de morir naturalmente sin dolor y sufrimiento, en la que el paciente ha asumido y aceptado el hecho de la muerte en paz, disminuyendo con esto su angustia y temores, en un ambiente cálido, familiar y con asistencia médica, psicológica y espiritual si ese fuera el caso. Morir dignamente implica que en el hecho natural e inexorable de la muerte, todas las dimensiones del ser

⁴¹ Gispert Cruells, Jorge, *Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica*, Editorial El Manual Moderno, México DF, 2001, pág. 153.

⁴² Martínez Selles, Manuel, op.cit., nota 21, pág. 69

humano han sido cubiertas tanto por la familia como por los profesionales de la salud, tratándose al paciente como un ser integral.

Para lograr esta forma de morir dignamente, la medicina paliativa ofrece una respuesta y una alternativa, ya que con ella se controla el dolor y el sufrimiento de los enfermos y de la familia, se concentra en mejorar la calidad de vida y en aliviar los síntomas en el marco de un equipo multidisciplinario coordinado, formado por médicos de diversas especialidades, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.

La muerte digna considera al ser humano en todas sus dimensiones; como una sustancia con características accidentales inherentes y en donde cada una de estas últimas es atendida de forma correcta en el proceso de morir; de aquí la importancia de un equipo de varios profesionales que atenderán, dentro del ámbito de su competencia, al paciente en un hecho tan trascendental como es la muerte.

3. CUIDADOS PALIATIVOS

Según el Instituto Nacional del Cáncer, los cuidados paliativos son los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes. El objetivo no es curar la enfermedad. Los cuidados paliativos también se llaman cuidados de alivio, cuidados médicos de apoyo y control de síntomas.⁴³

⁴³Instituto Nacional del Cáncer, *Cuidados Paliativos durante el Cáncer*, Estados Unidos, 20 de octubre de 2017, pág. 1

Para la Organización Mundial de la Salud, “los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

Los cuidados paliativos:

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes;
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte;
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo;
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado;
- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la

radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas.”⁴⁴

La definición atribuye a los cuidados paliativos una aplicación que va más allá de los enfermos terminales, teniendo como pilar básico la visión global de la persona y la búsqueda del bienestar a través del cuidado que permita al profesional de la salud trabajar en un contexto muy cercano a su propia disciplina. Se estructura en un equipo multidisciplinar que facilita la toma de decisiones en varios aspectos integrales del enfermo terminal: manejo de la enfermedad, aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales, prácticos, cuidado en los últimos días, pérdida y duelo; esto facilita la participación de toma de decisiones activamente en beneficio del paciente. Los cuidados paliativos toman un papel más predominante conforme avanza la enfermedad y la persona deja de responder al tratamiento curativo.

Los cuidados paliativos ofrecen una atención individualizada y continuada tanto al paciente como a su familia cercana ya que la familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria, es por eso que la familia requiere medidas específicas de ayuda y educación. “Estos cuidados ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad”.⁴⁵

En los cuidados paliativos, la promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas teniendo gran importancia que el paciente se encuentre en una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación que influyen

⁴⁴Organización Mundial de la Salud, *Cuidados Paliativos*, Madrid, España, 21 de septiembre de 2018, pág. 1.

⁴⁵ Martínez Selles, Manuel, op.cit., nota 21, pág. 33.

de manera decisiva en el control de síntomas; la cual es creada mayormente por los profesionales de la salud y de la familia.

Hablando de cuidados paliativos y precisamente por el objeto de este trabajo, no podemos dejar de mencionar los conceptos de sedación paliativa y sedación paliativa en la agonía utilizados en esta materia, tomando como referencia la Guía de Sedación Paliativa emitida por la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos de fecha 29 de octubre de 2011.

“La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

La sedación paliativa en la agonía es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.”⁴⁶

“Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación, es preciso considerar los siguientes criterios:

⁴⁶ Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Guía de Sedación Paliativa*, Madrid, España, 29 de octubre de 2011, págs. 2-3. La situación de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días. Un síntoma refractario es aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia. Por otro lado, un síntoma difícil se refiere a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

1. La aplicación de sedación paliativa exige del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

- a. Que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios.
- b. Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa.
- c. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

2. En el caso de la sedación en la agonía se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.⁴⁷

De los conceptos antes mencionados se desprende que, en algunas ocasiones, para liberar al paciente de dolores insoportables, se le suministran fármacos cuya consecuencia, además de aliviar su dolencia, es también la de acortar su vida, como en el caso de la sedación en agonía. Esta práctica es completamente diferente a la eutanasia; ya que en esta sedación, no se intenta de manera alguna terminar con la vida del enfermo terminal sino aliviar el dolor. En el paciente terminal es francamente maleficiente permitir el sufrimiento por miedo de que se pueda adelantar la muerte. Cabe aplicar entonces, en este caso, el principio de la causa de doble efecto, la cual supone la condición de no intentar el mal sino solo tolerarlo, no existiendo otra posibilidad y siendo absolutamente necesario intervenir.⁴⁸

⁴⁷ *Ibidem*, pág. 5.

⁴⁸ Consejo de Salubridad General, *Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos*, Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 2014. Principio ético (llamado voluntario indirecto o doble efecto), que señala las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos —uno bueno y uno indeseable— sea lícito. Las condiciones del doble efecto son: que la acción sea por sí misma

Ni la sedación paliativa ni la sedación en agonía son eutanasia encubierta. Las diferencias recaen en el objetivo, la indicación, el procedimiento, el resultado y el respeto a la dignidad de la persona.

4. CONCEPTO DE OBSTINACION TERAPEUTICA O DISTANASIA

Es una prolongación exagerada del proceso de morir, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios, desproporcionados o fútiles (que previsiblemente no lograrán el efecto buscado). Se refiere a aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información. Detrás de la obstinación médica se suelen encontrar dos causas principales: el déficit de competencia profesional y la desviación del auténtico fin de la medicina hacia otros intereses que no son los del paciente (científicos, políticos, económicos, sociales, etc.). Es una conducta que siempre se ha considerado y se sigue considerando como contraria a la ética profesional.⁴⁹

5. CONCEPTO DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en la retirada o no inicio de las terapias de soporte vital, cuando parece claro que son inútiles o fútiles, porque lo único que hacen es mantener la vida biológica, pero sin posibilidad de recuperación funcional

bueno o al menos indiferente, que el efecto malo previsible no sea directamente buscado sino tolerado, que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo y que el bien buscado sea proporcional al eventual daño producido. Es necesario, por lo tanto, distinguir claramente entre el acto en sí, la intencionalidad de la acción, el efecto deseado y los efectos secundarios.

⁴⁹ Declaración de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, op.cit., nota 28, pág. 2.

del paciente con una calidad de vida mínima. Por lo tanto, es la enfermedad la que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional.⁵⁰

La limitación del esfuerzo terapéutico en las etapas finales de la vida se justifica cuando las circunstancias del paciente nos dan la certeza de que no existen posibilidades terapéuticas. “La limitación de esfuerzo terapéutico es la decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente”.

Esta debe ser aplicada a aquellos pacientes que, según el juicio médico, cursan un estado de irrecuperabilidad, ya sea porque son enfermos terminales, o bien, que sin serlo, a raíz del curso de su enfermedad, se ven cercanos a la muerte a pesar de la terapia aplicada.⁵¹

6. CONCEPTO DE DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

El documento de voluntad anticipada es el documento escrito por el cual, previo análisis y deliberación entre los sujetos de la relación clínica, una persona mayor de edad, con capacidad suficiente, de manera libre y de acuerdo a los requisitos legales, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que por las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En él se puede designar a un representante, que será el interlocutor válido y necesario con

⁵⁰ Simón, Lorda P, Barrio Cantalejo I.M. *El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas*, Revista de Medicina Intensiva, 2008; 32 (9), Madrid, España, págs. 444-451.

⁵¹ Fernández R, Baigorri F, Artigas A., *Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?* Revista de Medicina Intensiva 2005; 29(6), Madrid, España, págs. 338-334.

el médico o equipo sanitario, y que le sustituirá en caso que no pueda expresar su voluntad por sí misma.⁵²

Según Sánchez Barroso, la voluntad anticipada debe ser producto de un proceso de comunicación y deliberación entre todos los sujetos participantes de la relación clínica en el cual, por su trascendencia, se exigen ciertas formalidades. Por lo tanto, 1) es parte del acto médico de comunicación, entendimiento, ayuda, asistencia, acompañamiento 2) se expresa por medio de un documento de voluntad anticipada parte integrante de la historia clínica. En ese sentido, se puede distinguir el proceso que es el aspecto ético médico y el documento que es el aspecto jurídico y el que le da validez.⁵³

Es importante señalar que el documento de voluntad anticipada no puede contener el mandato a una persona para que acabe con la vida del suscriptor en caso de que esté gravemente enfermo o con fuerte dolores. Tal documento sería nulo en términos de la legislación mexicana aplicable porque nadie puede obligar a otro a aplicar la eutanasia ya que tal práctica está prohibida según analizaremos en el siguiente apartado; en cambio, puede contener la voluntad de una persona de renunciar a que le sean aplicados medios desproporcionados para alargarle artificialmente la vida.

B. MARCO CONCEPTUAL LEGAL

Definiremos en este capítulo los conceptos que la legislación mexicana ha plasmado respecto de cada uno de los términos que estamos analizando en el presente trabajo. Es importante mencionar que nos referiremos al nivel federal y al nivel local, aplicado éste último únicamente a la Ciudad de México.

⁵² Sánchez Barroso, José Antonio, *Voluntad Anticipada*, Editorial Porrúa, México, 2012, pág. 218.

⁵³ *Ibidem*, pág. 217.

1. LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

1.1 Nivel Federal

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4, cuarto párrafo, establece que las personas que habiten en el territorio nacional tienen 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.⁵⁴

Es importante mencionar que la materia de salubridad general, en el sistema jurídico mexicano, es una facultad de las llamadas concurrentes, esto implica que las entidades federativas, los Municipios y la Federación, puedan actuar respecto de una misma materia, pero será el Congreso de la Unión el que determine la forma y los términos de la participación de dichos entes a través de una ley general, sin que las entidades federativas puedan contravenir sus disposiciones. (Artículos 4o., párrafo cuarto y 73, fracción XVI).⁵⁵

En esta tesitura, es la Ley General de Salud la que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos del artículo 4 Constitucional y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. En el artículo 13 de la mencionada ley, se establece el mecanismo de distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas siendo el Apartado A el que hace el

⁵⁴ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 2, art. 4.

⁵⁵ Ibídem, art. 73.

reparto de las materias que se encuentran a cargo de la Federación y el Apartado B las que se competen a los estados.⁵⁶

Respecto a las materias que son consideradas de salubridad general, es el artículo 3 de la Ley General de Salud la que enumera las mismas. Cabe hacer mención que el 5 de enero de 2009 se llevó a cabo una reforma en la que se incluyó, en la fracción XXVII bis del artículo 3 antes mencionado, como una materia que compone la salubridad general, además del listado ahí señalado, el tratamiento integral del dolor.

Con esta incorporación del tratamiento integral del dolor, este concepto forma parte del derecho a la protección de la salud establecida en el artículo 4 constitucional y en términos de lo dispuesto en la fracción I Apartado B, del artículo 13 de la Ley General de Salud, la materia de tratamiento integral del dolor es una competencia de los gobiernos estatales quienes tienen la obligación de organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad en esta materia de conformidad con las disposiciones aplicables.

Una vez descrito brevemente el reparto competencial en materia de salubridad general en nuestro sistema jurídico, nos referiremos a lo que la Ley General de Salud regula en materia de eutanasia y suicidio asistido estableciendo que tal ordenamiento expresamente los prohíbe según se establece en los artículos 166-Bis-16 y 166-Bis-21. Tales preceptos fueron incluidos mediante la reforma a la Ley de fecha 5 de enero de 2009 por la cual se adicionó el Título Octavo Bis denominado “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”, que consta de cuatro capítulos y 22 artículos.

⁵⁶ Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Ley General de Salud*, México, Distrito Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, art. 3.

Artículo 166-Bis-16. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aun cuando (sic), 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. Podrán hacer uso, de ser necesario de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo. En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

Artículo 166-Bis-21. Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley.⁵⁷

Las disposiciones legales contenidas en la Ley General de Salud, a su vez son congruentes con el artículo 312 del Código Penal que establece que:

Artículo 312. El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.⁵⁸

En términos de lo anterior, podemos afirmar que por lo que respecta a nivel federal, las leyes correspondientes son claras al establecer el concepto de eutanasia y suicidio asistido, definiéndolo en sus términos tratándose de términos unívocos que no admiten interpretación y que se trata de prácticas prohibidas por la legislación federal.

1.2 Nivel Local

En concordancia con lo establecido en la Constitución Federal, la Constitución de la Ciudad de México, reconoce que toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental así como al acceso a servicios de salud de calidad (artículo 9 inciso D). Se establece que en todo momento se respetará el derecho fundamental a la autodeterminación personal, la autonomía, así como las decisiones libres y voluntarias

⁵⁷ *Ibíd*em, art. 166-Bis-16 y 166-Bis-21.

⁵⁸ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión LXIV Legislatura, *Código Penal Federal*, México, Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931, art. 312.

del paciente a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento su dignidad.⁵⁹

La Ley General de Salud es una ley general, y tal como hemos manifestado en el inciso que antecede, puede incidir válidamente en los órdenes jurídicos del Estado Mexicano, incluida por su puesto la Ciudad de México. Al tener su origen en una cláusula constitucional, una vez promulgada y publicada debe ser aplicada por las autoridades federales, locales y municipales. En este sentido podemos colegir que la prohibición que de la eutanasia y el suicidio asistido se hace en la Ley General de Salud, aplica consecuentemente a la Ciudad de México.

De igual manera y en concordancia con lo antes manifestado, el Código Penal para el Distrito Federal sanciona la eutanasia en el artículo 127 que se encuentra en el libro segundo, parte especial, título primero denominado “Delitos contra la vida, la integridad corporal, la dignidad y el acceso a una vida libre de violencia” capítulo I, bajo el rubro homicidio:

ARTÍCULO 127. Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años. Los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.⁶⁰

Y el suicidio asistido en el capítulo IV del mismo libro bajo el título “Ayuda o inducción al suicidio”

⁵⁹ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 10, art. 9.

⁶⁰ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Código Penal para el Distrito Federal*, México, Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 16 de julio de 2002, art. 127

ARTÍCULO 142. Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de uno a cinco años, si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión. Al que induzca a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de tres a ocho años, si el suicidio se consuma. Si el suicidio no se consuma, por causas ajenas a la voluntad del que induce o ayuda, pero sí se causan lesiones, se impondrá las dos terceras partes de la pena anterior, sin que exceda de la pena que corresponda a las lesiones de que se trate. Si no se causan éstas, la pena será de una cuarta parte de las señaladas en este artículo.

ARTÍCULO 143. Si la persona a quien se induce o ayuda al suicidio fuere menor de edad o no tuviere capacidad de comprender la relevancia de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión, se impondrán al homicida o inductor las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.⁶¹

Es importante hacer mención que tanto en el artículo 127 como en el 142 y siguientes, se establece que las conductas ahí tipificadas, no constituirán delito cuando sean realizadas por el personal de salud o por el solicitante o representante, en términos de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. El artículo 26 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, establece claramente que el personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.⁶²

Es decir, la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, en consonancia con los demás ordenamientos legales locales, prohíbe la práctica tanto de la eutanasia como

⁶¹ Ibídem, arts. 142, 143, 143 bis.

⁶² Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*, México, Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero de 2008, art. 26.

la del suicidio asistido. Ahora bien, la salvedad que se hace en el artículo 143 bis del Código Penal para el Distrito Federal, debe entenderse referida a la sedación paliativa y sedación en agonía, prácticas totalmente válidas y legales en la práctica de los cuidados paliativos según analizamos en el apartado correspondiente y que por lo tanto, no son constitutivas de delito. El artículo 2 fracción XV de la Ley de Voluntad Anticipada prevé tales prácticas, definiendo el sedo o analgesia controlada como la prescripción y administración de fármacos por parte del personal de salud para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y psicológico, del enfermo en etapa terminal.⁶³

Adicionalmente, el artículo 84 del Reglamento de la Ley de Salud para el Distrito Federal prevé de igual manera la sedación paliativa y la sedación paliativa en la agonía y prohíbe la administración de fármacos con la finalidad de disminuir el sufrimiento a través de la muerte o para acortar la vida.

Artículo 84.- Los médicos con capacitación avanzada en cuidados paliativos, podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal con posibilidad de muerte inminente y síntomas refractarios, con el objeto de aliviar el sufrimiento a través de la administración de medicamentos que puedan reducir el nivel de conciencia mínimamente necesario, para aliviar el síntoma. En ningún caso se suministrarán fármacos con la finalidad de disminuir el sufrimiento a través de la muerte o para acortar la vida.”⁶⁴

Finalmente, el artículo 85 segundo párrafo establece que en caso de presencia de síntomas refractarios⁶⁵ en pacientes con posibilidad de muerte inminente, se debe

⁶³ *Ibíd*em, art. 2.

⁶⁴ Jefe del Gobierno del Distrito Federal, *Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal*, México, DF., publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el día 7 de julio de 2011, art. 84.

⁶⁵ *Ibíd*em, art. 85. El Síntoma Refractario, es el síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente, una vez que se hayan evaluado todos los factores potencialmente reversibles, realizando las interconsultas y agotando todas las medidas científicamente aprobadas. En caso de presencia de síntomas refractarios en pacientes con posibilidad de muerte inminente, se debe acordar con el paciente y la familia los aspectos de hidratación, nutrición, órdenes de resucitación, diálisis, transfusiones o terapias que se llevarán a cabo para no acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso, se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables

acordar con el paciente y la familia los aspectos de hidratación, nutrición, ordenes de resucitación, diálisis, transfusiones o terapias que se llevarán a cabo para no acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso, se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

Afirmamos consecuentemente, que en materia local, de igual manera se encuentra prohibida la eutanasia y el suicidio asistido por las leyes correspondientes.

2. LA DIGNIDAD Y LA MUERTE DIGNA

1.1. Nivel Federal

El 10 de junio de 2011 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, una serie de reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Derechos Humanos, cuyo objeto básicamente se puede resumir en tres puntos. El primero, fue incluir en nuestra Carta Magna el término de “derechos humanos”, y con ello subrayar el carácter de derechos diferenciados de la naturaleza del Estado, al que corresponde solamente reconocerlos y protegerlos, ello en concordancia con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Según se lee en la Exposición de Motivos, “se trata, más allá de una modificación a los términos, de un cambio conceptual del sistema jurídico que tiene como consecuencia el fortalecimiento de los derechos de la persona y la protección de su dignidad.”⁶⁶ El segundo, fue actualizar la Constitución para incorporar a la misma el derecho internacional de los derechos humanos ya que en opinión de los autores de las iniciativas “existe la necesidad de armonizarla bajo los más

⁶⁶Comisiones Unidas de Puntos Constitucionales y de Estudios Legislativos, *Exposición de motivos respecto al Proyecto de Decreto que modifica la denominación del Capítulo I y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de derechos humanos*, 7 de abril de 2010, pág. 9.

altos estándares del derecho internacional de protección a la dignidad de la persona humana”⁶⁷ y; el tercero, relacionado con los mecanismos de protección de los derechos humanos, “los cuales tienen, como todo derecho, un carácter exigible y corresponde a la Constitución establecer estos mecanismos y garantizar permanentemente su eficacia”.⁶⁸

Así, en varios artículos de la Constitución Federal, se establece el concepto de “dignidad humana” tales como el artículo primero, segundo, tercero y veinticinco, siendo la reforma al artículo primero el punto medular pues en éste último, se reconocen los derechos humanos como derechos inherentes al ser humano diferenciados y anteriores al Estado, dándosele el más amplio reconocimiento y protección constitucional. En el título Primero, Capítulo I denominado De los Derechos Humanos y sus Garantías se establece que:

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.⁶⁹

⁶⁷ Ídem.

⁶⁸ Ídem.

⁶⁹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 2, art. 1.

No existe una definición en la legislación mexicana del término “dignidad humana”, sin embargo, nuestro Máximo Tribunal Judicial, se ha pronunciado en varias ocasiones acerca de lo que se debe considerar como tal:

En efecto, la dignidad humana es el origen, la esencia y el fin de todos los derechos humanos;⁷⁰ es un valor supremo establecido en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en virtud del cual se reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo, cuya plena eficacia debe ser respetada y protegida integralmente sin excepción alguna.⁷¹

El orden jurídico mexicano reconoce el valor superior de la dignidad humana, es decir, que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso, constituyéndose como un derecho absolutamente fundamental, base y condición de todos los demás: el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad de la persona humana, y del cual se desprenden todos los demás derechos, en cuanto son necesarios para que los individuos desarrollen integralmente su personalidad, dentro de los que se encuentran, entre otros, el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre desarrollo de la personalidad, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal.

Además, aun cuando estos derechos personalísimos no se enuncian expresamente en la Constitución General de la República, están implícitos en los tratados internacionales suscritos por México y, en todo caso, deben entenderse como derechos

⁷⁰ Tesis I.5o.C.J./30 (9ª.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Tomo 3, octubre de 2011, p. 1528.

⁷¹ Tesis 1.5o.C.J./31 (9ª.) Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro I, Tomo 3, octubre de 2011, p. 1529

derivados del reconocimiento al derecho a la dignidad humana, pues sólo a través de su pleno respeto podrá hablarse de un ser humano en toda su dignidad.⁷²

Finalmente, la dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral sino que se proyecta en nuestro ordenamiento como un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica, reconocido actualmente en los artículos 1o., último párrafo; 2o., apartado A, fracción II; 3o., fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En efecto, la dignidad humana funge como un principio jurídico que permea en todo el ordenamiento, pero también como un derecho fundamental que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así las cosas, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta -en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada.⁷³

Por lo que respecta al concepto de muerte digna, tal concepto no se encuentra definido como tal en legislación alguna en materia federal.

⁷² Tesis P. LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Tomo, Novena Época, t. XXX, Diciembre de 2009, p. 8.

⁷³ Tesis 1a./J.37/2016, (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro 33, Tomo II, agosto de 2016, p. 633.

2.2. Nivel local

La Constitución de la Ciudad de México al igual que la Constitución Federal incorpora la jerarquía constitucional de los tratados internacionales para la protección de las personas, incluyendo las prerrogativas contenidas en los mismos y reconoce la dignidad humana como principio rector supremo de los derechos humanos. En el preámbulo, asume un compromiso perdurable con la dignidad y la igualdad de sus pobladores.⁷⁴

Según el artículo 3 punto 1, la dignidad humana es principio rector supremo y sustento de los derechos humanos y se reconoce a toda persona la libertad y la igualdad en derechos. La protección de los derechos humanos es el fundamento de la Constitución siendo que toda actividad pública estará guiada por el respeto y garantía a éstos.⁷⁵

El concepto dignidad es mencionado en diversas ocasiones como por ejemplo en el artículo de igualdad y no discriminación prohibiéndose cualquier acto que atente contra la dignidad humana; como un objetivo del Sistema Integral de Derechos para eliminar las barreras que vulneran la dignidad de las personas; en relación con los profesionales de la información, los miembros de la comunidad escolar, de los niños y adolescentes en situación de calle, los agentes policiales y al personal doméstico así como para mejorar el nivel de vida y dignidad de los habitantes de la Ciudad.

Al igual que en la Constitución Federal, la Constitución de la Ciudad de México reconoce la dignidad humana como un valor supremo en virtud del cual se reconoce una

⁷⁴ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 10, preámbulo.

⁷⁵ *Ibíd*em, art. 3.

calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo cuya plena eficacia debe ser respetada y protegida integralmente sin excepción alguna.

Por lo que respecta a la muerte digna y tal y como se ha señalado en la Introducción del presente trabajo, en el Capítulo II denominado “De los Derechos Humanos” de la Constitución de la Ciudad de México, encontramos el artículo 6 “Ciudad de libertades y derechos” Apartado A. incisos 1 y 2 el cual establece que el derecho humano a la autodeterminación y al desarrollo de una personalidad, deberá posibilitar que todas las personas pueden ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad y por lo tanto, el derecho a una muerte digna.

La redacción final del artículo 6 tuvo su origen en una propuesta por parte del Constituyente Jesús Ortega Martínez del Partido de la Revolución Democrática quien propuso incluir el derecho a una muerte digna, propuesta que fue votada y aceptada por la Asamblea Constituyente el 5 de enero de 2017, siendo por lo tanto el derecho a la muerte digna elevado a nivel constitucional.

3. CUIDADOS PALIATIVOS.

3.1 Nivel Federal

En el artículo 27 de la Ley General de Salud se establece que la atención médica integral comprende, entre otras, actividades paliativas y el 33 inciso IV las define como aquellas actividades de atención médica que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.⁷⁶

⁷⁶ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 55, art. 27 y 33.

Por su parte, el artículo 138 bis 2 VI del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica define como plan de cuidados paliativos: el conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse en función de los padecimientos específicos del enfermo otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados a su padecimiento. Puede incluir la participación de familiares y personal voluntario.⁷⁷

El marco jurídico federal de los cuidados paliativos en México, se regula en los siguientes ordenamientos legales:

- Ley General de Salud que dedica el Título Octavo Bis a la regulación de los cuidados paliativos de los enfermos en situación terminal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2009.
- Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- La Norma Oficial Mexicana 011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de diciembre de 2014.
- Acuerdo General emitido por el Consejo de Salubridad General en donde se declara la obligatoriedad de los de los esquemas de manejo integral de

⁷⁷ Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, México, Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, art. 138 bis 2

cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos el cual fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 26 de diciembre de 2014 y el 26 de diciembre de 2016, complementado con el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, recientemente actualizados mediante publicación en el Diario Oficial de 14 de agosto de 2018.

La Ley General de Salud dedica el Título Octavo Bis a la regulación de los cuidados paliativos definiendo en el artículo 166-Bis-1, el concepto de cuidados paliativos como el cuidado activo y total de aquéllas (sic) enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Se define el objeto de los cuidados paliativos (artículo 166 bis) y los derechos de los pacientes enfermos en situación terminal (166-Bis-3) así como la posibilidad de que el paciente que esté recibiendo éstos puede solicitar nuevamente su tratamiento (artículo 166-Bis-7). Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista (artículo 166-Bis-9).

Por su parte, el capítulo III y el capítulo IV enumeran las facultades y obligaciones de las instituciones de salud en materia de cuidados paliativos y los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario respectivamente.⁷⁸

⁷⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 55, Título Octavo Bis.

3.2 Nivel local

Los cuidados paliativos son considerados un derecho de las personas mayores, a nivel de la Constitución Política de la Ciudad de México, en artículo 11 “Ciudad Incluyente” inciso F.

F. Derechos de personas mayores Las personas mayores tienen los derechos reconocidos en esta Constitución, que comprenden, entre otros, a la identidad, a una ciudad accesible y segura, a servicios de salud especializados y cuidados paliativos, así como a una pensión económica no contributiva a partir de la edad que determine la ley. Tomando en cuenta las necesidades específicas de mujeres y hombres, la Ciudad establecerá un sistema integral para su atención que prevenga el abuso, abandono, aislamiento, negligencia, maltrato, violencia y cualquier situación que implique tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes o atente contra su seguridad e integridad.⁷⁹

La Ley de Salud para Distrito Federal, establece en el artículo 11 fracción XIX, que los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a recibir los cuidados paliativos por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

El artículo 17, que en materia de salubridad, el Gobierno ahora de la Ciudad de México, tiene entre otras muchas atribuciones, el desarrollo de programas de salud para el cumplimiento de la voluntad anticipada y para la aplicación de cuidados paliativos así como la prestación de cuidados paliativos que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario (fracciones v y w).⁸⁰

Es el Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal el que dedica el capítulo II a la reglamentación de los cuidados paliativos definiendo los mismos como el cuidado

⁷⁹ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 10, art. 11.

⁸⁰ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Ley de Salud para el Distrito Federal*, México, Distrito Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 15 de enero de 1987, art. 11 y 17.

activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control de dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente (artículo 2 fracción XIII), complementando la definición en el artículo 73 al establecer que son los cuidados centrados en el paciente y la familia para optimizar la calidad de vida a través de la anticipación, prevención y tratamiento del sufrimiento. Están dirigidos a valorar y controlar los síntomas físicos, emocionales, necesidades sociales y espirituales, así como facilitar la autonomía el acceso a la información y elección. Por su parte, el artículo 77 preceptúa que los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista o tratante.

Así como en materia federal, en la Ciudad de México, se define el objeto de los cuidados paliativos (artículo 72) y derechos de los enfermos en situación terminal (artículo 74) ⁸¹

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, en su artículo 2 fracción II define como cuidados paliativos al cuidado integral, que de manera específica se proporciona a enfermos en etapa terminal, orientados a mantener o incrementar su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social e incluyen las medidas mínimas ordinarias así como el tratamiento integral del dolor con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario, conformado por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de odontología, de rehabilitación, y de tanatología y; en la fracción XVII, define como tratamiento en cuidados paliativos la estrategia del equipo interdisciplinario de salud, para mejorar síntomas físicos, emocionales y bienestar social

⁸¹ Jefe de Gobierno del Distrito Federal, op.cit., nota 63, capítulo II.

en el contexto cultural de la población y la buena práctica médica; a través de la prevención temprana por medio de evaluación, identificación y manejo lo más óptimo posible para cada situación de acuerdo con la mejor evidencia disponible, con el fin de disminuir el sufrimiento y facilitar al paciente y su familia la autonomía, el acceso a la información, elección y la mejor calidad de vida posible en la etapa terminal.⁸²

4. ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO O DISTANASIA

4.1 Nivel Federal

La Ley General de Salud la define en la fracción V del artículo 166-Bis-1 como la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía. También es llamada obstinación terapéutica y es considerada casi por la mayoría de los profesionales de la salud como una práctica inadecuada.⁸³

4.2 Nivel Local

En el Reglamento de la Ley de Salud para el Distrito Federal, no define como tal el concepto de obstinación terapéutica, sin embargo, se define como un objetivo de los cuidados paliativos, el establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Sin embargo, en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal sí se define la obstinación terapéutica como la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía (artículo 2 fracción XI).⁸⁴

⁸² Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 61, art. 2.

⁸³ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 55, art. 166-Bis.1

⁸⁴ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 61, art. 2.

5. LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

5.1 Nivel Federal

La Ley General de Salud en el artículo 166-Bis-5, regula la limitación del esfuerzo terapéutico, al establecer 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 en la forma y términos previstos en la ley.

Por su parte, el artículo 166-Bis-6 menciona que 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, dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.⁸⁵

5.2 Nivel Local

El Reglamento de la Ley de Salud para el Distrito Federal la regula en su artículo 80 en idénticos términos que a nivel federal.⁸⁶

Como se puede apreciar de una lectura que se efectúe de los artículos antes mencionados, el concepto de limitación al esfuerzo terapéutico es el mismo tanto a nivel federal como a nivel local.

⁸⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 55, art. 166-Bis-5 y 166-Bis-6

⁸⁶ Jefe de Gobierno del Distrito Federal, op.cit., nota 63, art. 80.

6. LA VOLUNTAD ANTICIPADA.

6.1 Nivel Federal

La Ley General de Salud prevé en el artículo 166 Bis 4 que 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. En caso de menores, las decisiones son asumidas por el padre o tutor o por su representante legal.⁸⁷

6.2 Nivel Local

En el Reglamento de la Ley de Salud para el Distrito Federal, se prevé el otorgamiento de la voluntad anticipada en el artículo 75 y para que sea válida la misma, deberá apegarse a lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y demás disposiciones aplicables.⁸⁸

Es la Ley de Voluntad Anticipada y su Reglamento, los ordenamientos que regulan en la Ciudad de México el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona (artículo 1 de la Ley).

⁸⁷ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 55, art. 166-Bis.4

⁸⁸ Jefe de Gobierno del Distrito Federal, op.cit., nota 63, art. 75.

La Ley de Voluntad Anticipada fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de enero de 2008 siendo su última reforma el 27 de agosto de 2012 y, regula exclusivamente el acto jurídico de la declaración unilateral de voluntad expresada por el enfermo terminal y que es precisamente el llamado documento de voluntad anticipada (artículo 2 fracción III) suscrito ante Notario Público o el documento de instrucciones de cuidados paliativos suscrito por el enfermo terminal, “formato” que es el documento emitido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal (artículo 2 fracción V).⁸⁹

Es interesante referirnos al Dictamen que presentaron las Comisiones Unidas de Administración y Procuración de Justicia y Salud y Asistencia Pública a la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal y publicada en el Diario de los Debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal del día 4 de diciembre de 2007.

En efecto, de una lectura del documento, se desprende que el espíritu del legislador al aprobar la Ley fue precisamente el de cuidar la dignidad de la persona, considerando ésta como intrínseca a la naturaleza humana y consustancial a la esencia de su vida, por lo que, trasladando esa cualidad al escenario de un enfermo en etapa terminal, éste la puede hacer valer al momento de decidir si desea o no, someterse a tratamientos contra el dolor, si eso le permite disfrutar de una calidad de vida adecuada, a su propio juicio.

Se precisa en el documento, “...el derecho a la vida es fundamental; pero también lo es, que esa vida que se mueve y palpita, tenga una cierta calidad. Por tanto, la presencia de una enfermedad incurable en etapa terminal, que no ofrece más expectativas que las de una muerte inevitable y cercana, puede deteriorar esa calidad de

⁸⁹ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 61, art. 2

vida que el paciente tenía, sobre todo si implica que al enfermo se le apliquen tratamientos médicos que pretendan “a toda costa”, “cueste lo que cueste”, prolongar una vida que ya está destinada a extinguirse sin posibilidades reales de reversión. Estos tratamientos infructíferos, sin sentido, han sido considerados como crueles y los han llevado a ser comprendidos dentro de la expresión encarnizamiento terapéutico, o también denominada obstinación terapéutica, es decir, la utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo sin importar los posibles dolores que éstos le generen. Tratamientos que por pretender curar lo incurable desgarran, lastiman y debilitan al paciente. Es entonces cuando esta persona que padece de una enfermedad en etapa terminal, debe disponer del derecho a rechazar un tratamiento médico innecesario. Pero a la vez, tiene el derecho a que se otorguen cuidados paliativos y medidas mínimas ordinarias, entendiéndose a los primeros como las atenciones activas y totales de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente; y en cuanto a las segundas, consisten en la hidratación, higiene, oxigenación y/o nutrición del mismo, según lo determine el personal de salud correspondiente. Este derecho del enfermo en etapa terminal, a rechazar tratamientos médicos que busquen prolongar innecesaria e irremediablemente su vida, o cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, y que por añadidura, menoscaben o lastimen su dignidad como persona, es lo que esta Ley de Voluntad Anticipada para el

Distrito Federal reconoce a través de la ortotanasia, cuya conceptualización y alcances son distintos a los propios de la eutanasia, activa y pasiva”⁹⁰

Consideraciones de gran importancia que al interpretarlas conjuntamente con las demás disposiciones en la materia, refuerzan la idea de que la muerte digna debe entenderse como una forma de morir en donde el enfermo tenga acceso a los cuidados paliativos, protegiendo al paciente del encarnizamiento terapéutico y en total respeto del principio bioético de autonomía.

Ahora bien, la Ley conceptualiza algunas definiciones como cuidados paliativos, enfermo en etapa terminal, medidas mínimas ordinarias, sedo, tratamiento en cuidados paliativos, etc., sin embargo primordialmente norma los requisitos legales que el documento o el formato de voluntad anticipada deben contener, tales como: capacidad del otorgante, representante y de los testigos, formalidad en cuanto a su suscripción, medidas de coordinación entre las dependencias competentes, excusas y obligaciones de los representantes, nulidad, revocación y procedimiento para dar cumplimiento al documento y al formato. Siguiendo la misma línea, el Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada regula mayormente los requisitos legales pero del formato correspondiente y que es emitido por la Secretaría de Salud, incluyendo al final del ordenamiento, dos formatos de voluntad anticipada: uno para el enfermo en etapa terminal y otro para el suscriptor y representante del enfermo en etapa terminal.

Si bien es cierto, la expedición de estos ordenamientos en materia de voluntad anticipada son un principio y un acierto, también lo es que un acto tan trascendental es

⁹⁰ Comisiones Unidas de Administración y Procuración de Justicia y Salud y Asistencia Pública, *Dictamen a la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal*, publicada en el Diario de los Debates de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 4 de diciembre de 2007, pág. 14-16.

reducido en la ley, a la esfera jurídica únicamente, es por eso, que es de suma importancia que en un futuro, se incluyan dentro de estas reglamentaciones aspectos bioéticos relacionados con el fin de la vida para que el documento o formato, puedan cumplir cabalmente con su función y en su caso evitar ya la obstinación terapéutica ya las prácticas eutanásicas.

“Existen dos razones sumamente importantes por las cuales la voluntad anticipada no puede ser un mero formulario jurídico ajeno a la comunicación y deliberación propia de la relación clínica: la pluralidad moral y la diversidad biográfica. En el primer caso, las personas a pesar de vivir en una misma sociedad y bajo una misma ideología, no comparten los mismos valores, al menos aquellos que son de gestión privada, por ello no puede existir un prototipo moral de la voluntad anticipada aplicable a todas las personas y; en el segundo caso, se ha insistido mucho en que no hay enfermedades sino enfermos en razón de que cada persona en su esencia biológicamente diferenciada vive (padece o sufre) y asume de modo muy diferente una misma enfermedad, por ende, tampoco puede existir un prototipo médico rígido aplicable a todas las enfermedades. La voluntad anticipada debe confeccionarse conforme a la realidad biológica, moral y biográfica de cada persona en lo individual”.⁹¹

Uno de los aciertos del Reglamento es el derecho que tienen los enfermos en etapa terminal residentes en el Distrito Federal, a recibir atención y diagnósticos en la red hospitalaria gozando de los beneficios que otorga la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas que carecen de Seguridad Social laboral para el cumplimiento de la ley.

⁹¹ Sánchez Barroso, José Antonio, op.cit. nota 51, pág. 226.

CAPITULO II. MARCO TEORICO. BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS

A. MARCO TEORICO BIOETICO

En este capítulo nos referiremos a las tres principales corrientes de la bioética que son el principialismo, el utilitarismo y el personalismo, anotando algunas de sus características principales y como abordan cada una de ellas el tema del derecho a la muerte digna y la eutanasia. Si bien es cierto existen otras corrientes en esta materia, nos referiremos exclusivamente a estas tres por considerar que son las que mayor relevancia tienen en la materia que nos ocupa.

1. Eutanasia y muerte digna en el principialismo.

El principialismo está fundamentado en los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia postulados por T. L. Beauchamp y J. F. Childress en su obra más conocida "*Principios de Ética Biomédica*", publicado en 1979 y posteriormente revisado en cinco sucesivas ediciones.

Tiene como antecedente el Informe Belmont de 1978, documento que contiene las conclusiones de la Comisión creada por el Congreso de los Estados Unidos en relación con la investigación con seres humanos⁹². El informe habla de tres principios básicos que son: el principio de respeto por las personas, el principio de la beneficencia y el principio de justicia.

Con este antecedente, Beauchamp y Childress retoman las conclusiones elaboradas por la Comisión en relación al Informe Belmont y proponen los cuatro principios que se han convertido en un referente obligado en la bioética y que son: la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia.

⁹² Comisión Nacional de Bioética, *Informe Belmont. Principios y Guías Éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*, 18 de abril de 1979.

Principio del respeto a la autonomía

Se refiere a la capacidad que tiene la persona para autodeterminarse, libres de presiones externas que condicionen sus actos (libertad externa) y libres de limitaciones individuales que impidan actuar intencionadamente (libertad interna).⁹³

El individuo autónomo obra libremente en conformidad con un plan de acción que él mismo ha elegido. Por otra parte, las acciones de una persona cuya autonomía está disminuida, están controladas, al menos en parte, por otras personas, así como si el sujeto es incapaz, por las razones que sean, de deliberar o de actuar en conformidad con sus deseos y planes. Beauchamp y Childress exigen tres condiciones para que una acción sea autónoma:

Una acción es autónoma si el agente moral obra: 1) intencionalmente, 2) con comprensión y 3) sin influencias externas que determinen o controlen su acción. Beauchamp y Childress opinan que la intencionalidad no admite grados. Está presente o no lo está.

Por el contrario, la comprensión y la libertad de controles externos admiten grados. Existen diversos grados de autonomía en las acciones humanas. Estas pueden ser más o menos autónomas. Para que la acción sea autónoma basta que el sujeto tenga una comprensión y una libertad de controles externos sustanciales. La comprensión no tiene que ser plena ni la libertad de control tiene que ser completa. Opinan que es posible establecer “umbrales” razonables, que marquen la autonomía de las decisiones en

⁹³ Ferrer, Jorge, Álvarez, Juan Carlos, *Para fundamentar la Bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2003, Editorial Desclée De Brouwer, pág. 127.

circunstancias específicas.⁹⁴ En ese sentido, para determinar si un sujeto tiene o no autonomía, se debe analizar minuciosamente el caso en lo particular.

El principio de respeto por la autonomía se puede formular de manera positiva y de manera negativa. En su formulación positiva, el principio exige, en el contexto biomédico, que se otorgue un trato respetuoso a las personas en la comunicación de informaciones, así como que se favorezcan sus decisiones autónomas. En algunos casos, puede obligar a incrementar el número de alternativas accesibles a una persona. En sentido negativo, el principio de respeto por la autonomía exige que las acciones autónomas de las personas no sean sometidas, por otras personas, a controles externos que las imiten o las impidan. Se trata de un principio *prima facie*, es decir, que obliga “en principio” o “en igualdad de condiciones, pero que puede ser rebasado por otras consideraciones morales o en situaciones de conflicto. En esos casos, se podría restringir legítimamente el ejercicio de la autonomía para salvaguardar otros valores morales que deberían prevalecer en la situación concreta. La autonomía personal no es el único valor moral y el respeto a la autonomía no es el único principio. La autonomía personal no prevalece siempre cuando entra en conflicto con otros valores y principios, ni ocupa el primado en una supuesta jerarquía de deberes”.⁹⁵

La aplicación práctica más clara del principio de autonomía la vemos en el consentimiento informado a la fecha de observancia obligatoria en la mayoría de los centros sanitarios. Tiene su origen en el Código de Núremberg⁹⁶ y plasmado

⁹⁴ *Ibidem*, pág. 128.

⁹⁵ *Ibidem*, pág. 129.

⁹⁶ Comisión Nacional de Bioética, Juicio de Núremberg, *Código de Núremberg*, Núremberg, Alemania, 20 de agosto de 1947.

posteriormente en diversos documentos tales como el Convenio Europeo de Bioética de Oviedo en 1997⁹⁷ y la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en el 2005.⁹⁸

El principio de no-maleficencia

Afirma esencialmente la obligación de no hacer daño a nadie intencionalmente. Se relaciona con el clásico *primum non nocere* y ha llegado a interpretarse como el fundamento de la ética médica. Probablemente sea el principio básico de cualquier sistema moral. Lo más fundamental en la vida moral y lo que nos vincula de modo más riguroso es la obligación de evitar el mal.

Beauchamp y Childress afirman que las obligaciones de este principio son negativas y claramente distintas de las que impone el principio de beneficencia que son positivas, es decir, las de no-maleficencia vinculan con más fuerza que aquellas.

El principio de no maleficencia impone, siempre, una obligación negativa: la prohibición de hacer el mal o daño. Se trataría siempre de prescripciones negativas, que prohíben una determinada acción.⁹⁹

El principio de no-maleficencia no prohíbe cualquier daño, sino sólo aquellos que constituyen un agravio, o sea, un injusto e intencionado perjuicio a los derechos e intereses fundamentales de las personas. Como el mismo principio, estas normas obligan *prima facie*. Ninguna de ellas es, por ende, absoluta.¹⁰⁰

⁹⁷ Consejo de Europa, op.cit., nota 35, artículo 5.

⁹⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, op.cit., nota 36, artículo 6.

⁹⁹ Ferrer, Jorge, Álvarez, Juan Carlos, op.cit., nota 92, pág. 130-132.

¹⁰⁰ *Ibidem*, pag. 134.

El principio de beneficencia.

La beneficencia exige que pongamos actos positivos para promover el bien y la realización de los demás, Beauchamp y Childress examinan dos principios bajo el título de beneficencia: el principio de beneficencia positiva y el principio de utilidad o proporcionalidad. La primera obliga a obrar benéficamente a favor de los demás y la segunda a contrapesar o hacer balance entre los beneficios y los inconvenientes, estableciendo el balance más favorable posible. Implica la obligación moral de actuar objetivamente en beneficio de los demás.

Beauchamp y Childress están convencidos de que hay acciones de beneficencia que son obligatorias y que se agrupan en las siguientes reglas: 1) proteger y defender los derechos ajenos; 2) prevenir los daños que podrían afectar a terceros; 3) eliminar las condiciones o situaciones que pudieran dañar a otros; 4) ayudar a las personas con discapacidades o deficiencias; y 5) rescatar a las personas que están en peligro.

Y finalmente, establecen diferencias entre no-maleficencia y beneficencia. Las normas de no-maleficencia: 1) son prohibiciones negativas; 2) se deben obedecer imparcialmente; y 3) pueden dar pie a prohibiciones sancionadas por la ley. Se trata de obligaciones perfectas que prohíben universalmente hacer el mal. En cambio, las de beneficencia: 1) imponen acciones positivas; 2) no siempre exigen una obediencia imparcial; y 3) en pocas ocasiones dan pie para establecer sanciones legales. En este caso se trata de obligaciones imperfectas, o sea, el qué, el cuándo y el cuánto, el dónde, el cómo y el quién lo determina cada sujeto.¹⁰¹

¹⁰¹ Quintana, Constantino, *Bioética. Principios Éticos*, Bioética desde Asturias, Asturias, España, 7 de enero de 2012.

El principio de justicia

Tiene que ver con lo que es debido a las personas, con aquello que les pertenece o les corresponde de alguna manera. En el ámbito médico la "especie" de justicia que interesa es la *justicia distributiva*, referida a la distribución equitativa de los derechos, beneficios, responsabilidades y cargas en la sociedad. Todo ello emerge como problema de distribución debido a la desproporción entre bienes escasos y múltiples necesidades, en particular cuando un determinado bien es insuficiente para todos. Para determinar la distribución de cargas y beneficios es necesario acudir a criterios de justicia. Los criterios materiales que especifican e identifican las características relevantes para recibir un trato igualitario, que según Beauchamp y Childress son los siguientes: 1) a cada persona una porción igual, 2) a cada persona según sus necesidades, 3) a cada persona según sus esfuerzos, 4) a cada persona según su aportación, 5) a cada persona según su mérito, y 6) a cada persona según las reglas de intercambio en un mercado libre.”¹⁰²

Beauchamp y Childress sostienen que sería plausible defender que cada uno de ellos recoge una obligación prima facie, que debe valorarse tomando en cuenta las circunstancias particulares en las que el principio se va a aplicar.

Diego Gracia presenta una propuesta con unas características especiales a las establecidas por Beauchamp y Childress. Los cuatro principios son como núcleos de confluencia de todo el universo de valores, girando todos los valores en torno a esos

¹⁰² Ibídem.

cuatro ejes. El lenguaje de los valores y de los derechos humanos se puede reducir a esas cuatro palabras.¹⁰³

Diego Gracia distingue dos niveles en los principios, cree que la no maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y de la voluntad de las personas implicadas y que, por tanto, tienen un rango superior a los otros dos.

En ese sentido, el nivel uno está constituido por los principios de no maleficencia y de justicia que son expresión del principio general de que todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto. Es el propio de la ética de mínimos y es exigible coercitivamente. Es la ética del deber, de lo correcto. Se hace corresponder con el derecho y se fundamenta en el principio de universalidad.

El nivel dos está constituido por los principios de autonomía y de beneficencia tienen un carácter individual, particular, frente a la no maleficencia y la justicia que representan el bien común. Es propio de la ética de máximos y depende del propio sistema de valores de cada individuo, del propio ideal de perfección y felicidad. Es la ética de la felicidad, de lo bueno. Este nivel es el específicamente moral y se basa en el principio de particularización.

Gracia además de afirmar la prioridad jerárquica del nivel de gestión pública de los principios de no maleficencia y de justicia, defiende la prioridad genética del nivel de gestión privada de los principios de autonomía y beneficencia. Así desde su punto de vista, las relaciones entre los dos niveles de principios se hallan gobernadas por dos

¹⁰³ Ferrer, Jorge, Álvarez, Juan Carlos, op.cit., nota 92, pág. 454.

reglas: la primera o genética dice que cronológicamente el primer nivel es anterior al segundo y la segunda o jerárquica afirma que en caso de conflicto entre deberes de esos dos niveles, los deberes de nivel público tienen siempre prioridad sobre los de nivel privado.

Concluye que no hay mandatos sin excepción, siempre que éstas se puedan justificar porque se consideren necesarias en ciertas circunstancias para respetar en lo posible al ser humano, por lo tanto los principios de la bioética tienen indudablemente el carácter de deberes *prima facie*. No se trata de negar las excepciones sino exigir que cuando se hagan se realicen correctamente, con prudencia, cargando con la prueba e intentando que sean las menos posibles; por lo tanto un sistema moral necesita ponderar en cada caso particular los principios por un lado y las consecuencias por otro. La evaluación de las consecuencias y las circunstancias es fundamental, es el lugar de la prudencia aristotélica. El único principio absoluto es el criterio formal de respeto de todos los seres humanos.¹⁰⁴

Desde el punto de vista del principialismo, la eutanasia y la muerte digna son dos conceptos diferentes; ahora bien, la eutanasia sí puede ser contemplada como una excepción, algo así como la solución de emergencia para casos muy extremos. “Son cada vez menos quienes no aceptarían la eutanasia en situaciones excepcionales”¹⁰⁵ pero de igual manera se habla de la dignificación de las condiciones de vida y muerte de los

¹⁰⁴ *Ibidem* págs. 454-462.

¹⁰⁵ Gracia, Diego, De nuevo la eutanasia a debate, Humanidades Médicas, Bioética, Madrid, España, pág. 60.

ancianos, de los enfermos terminales y de todos aquellos que se encuentran en situaciones de final de vida en una situación de vulnerabilidad.

“No sólo hay un “tener que” vivir sino también un “tener que” morir. La muerte es también una empresa, una tarea, tanto vital como moral. Morir, en ciertos momentos, es una obligación... es posible decir que hay personas que “tienen que” poner fin a su vida en un momento determinado, por propia coherencia biográfica. La muerte verdadera, plena, auténtica, no es un mero acontecimiento biológico ajeno a nosotros mismos sino un momento fundamental de nuestra biografía. Lo mismo que hay obligación de personalizar la vida, la hay también de personalizar la muerte. Esto no tiene por qué ser, salvo casos muy excepcionales, una justificación del suicidio o de la eutanasia. Todo lo contrario. Lo que significa es que la muerte no es un fenómeno natural sino cultural, humano, y que por tanto tenemos obligaciones morales para con ella. ¿Cuáles? Una, muy importante, hacer lo posible para que no llegue antes de que las personas hayan podido llevar a cabo su proyecto vital. La muerte de una madre que no puede ver desarrollarse a sus hijos es una tragedia, lo mismo que la de un joven en el campo de batalla. La muerte de un anciano que ha cumplido su ciclo vital es un motivo de dolor, pero no puede considerarse una tragedia... Una vez que han cumplido su proyecto vital, las personas tendrían que ser capaces de renunciar a procedimientos muy extraordinarios que tengan por objeto prolongarles un poco más la vida. Y los Estados deberían dirigir sus esfuerzos a promover un mejor cuidado de las personas mayores, en vez de invertir grandes sumas en terapias que en sus cuerpos ya gastados serán de muy escasa eficacia. Por otra parte, la investigación biomédica debería buscar remedio a las enfermedades que matan prematuramente a las personas, antes que empeñarse en controlar procesos degenerativos propios de organismos ya depauperados por la edad. Heidegger cita varias veces en su obra una sentencia de Jacobo Böhme que dice: “Tan pronto como el hombre entra en la vida, es ya bastante viejo para morir”. Es la visión tradicional, clásica, del problema. Si además de esta vida hay otra, la muerte es un tránsito y el que se produzca a edad temprana no tiene por qué verse como una tragedia. Hoy sería difícil estar de acuerdo con esto. Lo que se vivencia trágicamente es que alguien no pueda alcanzar una edad que le permita llevar a cabo sus planes de vida, su proyecto vital. Nosotros tenderíamos a decir: “Hasta que el hombre no ha conseguido llevar a cabo su proyecto de vida, lo cual probablemente no puede suceder antes de los 75 u 80 años, no es bastante viejo para morir”. La primera obligación ética es procurar a todos los seres humanos una buena vida. Y la segunda, conseguir que tenga una buena muerte” ¹⁰⁶

2. La eutanasia y la muerte digna en el utilitarismo.

El principio fundamental de este sistema ético es el principio de utilidad de actos. Por utilidad se entiende el placer o la felicidad. Para los utilitaristas solamente el placer es valioso por sí mismo, entendiendo el placer de modo amplio: incluyendo los placeres estéticos, intelectuales y morales. El principio de utilidad podría formularse de la siguiente manera “una persona debe obrar de tal manera que su acción produzca la mayor felicidad posible, teniendo en cuenta a todas las personas afectadas por la situación: el mayor bien

¹⁰⁶ *Ibídem.*

para el mayor número”. Para determinar lo que es bueno, el sujeto moral debe hacer un cálculo de los placeres y los dolores que su acción causaría según una ponderación razonable.

Debe elegir aquel curso de acción que, según su prudente previsión, maximizará la felicidad en el mundo, no sólo para sí mismo sino para todas las personas afectadas por su acción. En este esquema, solamente las consecuencias determinan la rectitud moral de una acción. No hay acciones buenas o malas en sí mismas.¹⁰⁷

Además del utilitarismo de actos existe hoy lo que se conoce como utilitarismo de reglas que podría formularse de la siguiente manera: “El sujeto moral debe obrar en conformidad con aquellas normas morales que, si se observan habitualmente, producen el mayor balance de felicidad, teniendo en cuenta a todas las personas implicadas.”¹⁰⁸ Los utilitaristas de reglas admiten la necesidad de tener normas morales en la sociedad por lo que la moralidad de las acciones se juzgará, en este modelo ético, por la bondad o maldad de las consecuencias que la observancia consuetudinaria de la regla en cuestión produce en la sociedad.¹⁰⁹

Un representante importante de la teoría utilitarista en nuestro tiempo es Peter Singer, filósofo australiano que ha formulado dentro del marco utilitarista, el principio de “igual consideración de intereses”.

Hoy por hoy la convicción de que todos los seres humanos somos iguales es reconocida universalmente; Peter Singer propone como principio básico de igualdad

¹⁰⁷ Ferrer, Jorge, Álvarez, Juan Carlos, op.cit., nota 92, pág. 111-112.

¹⁰⁸ *Ibidem*, pág. 113.

¹⁰⁹ *Ibidem*, pág. 298.

justamente el principio de igual consideración de intereses que exige que “otorguemos el mismo peso en nuestras consideraciones morales a los intereses iguales de todos los afectados por nuestras decisiones”.¹¹⁰ Conforme al principio de igual consideración de intereses, un interés es un interés, sin importar quien sea. La raza, el sexo, la simpatía o el cociente intelectual son irrelevantes a la hora de sopesar los intereses de las personas, la única característica relevante es, precisamente, la de tener intereses.¹¹¹ El principio de igual consideración de intereses es un principio mínimo y es el único criterio que puede garantizar la igualdad de los seres humanos a pesar de que entre ellos existen diferencias.

Las garantías de este principio no se pueden limitar a los seres humanos, por lo que, según el pensamiento de Singer, estamos obligados a otorgarle idéntica autoridad para la regulación de nuestras relaciones con los animales no humanos, ello porque el principio exige que respetemos los intereses fundamentales de las personas independientemente de su raza, su sexo, su cociente intelectual o cualquier otra capacidad o habilidad que posean, por lo tanto, no permite explotar a los seres sensibles que no pertenecen a nuestra especie porque sean menos inteligentes que nosotros.¹¹²

La capacidad de sufrir, para la felicidad y el disfrute son características vitales para estar amparado por el principio de igual consideración de intereses. Dichas capacidades son el requisito fundamental para poder tener intereses, la condición básica que es preciso satisfacer antes de que podamos hablar de intereses con propiedad. Si un ser

¹¹⁰ *Ibidem*, pág. 307.

¹¹¹ *Ibidem*, págs. 307-308.

¹¹² *Ibidem*, pág. 313.

puede sufrir, no hay ninguna justificación para ignorar su sufrimiento. Independientemente de la naturaleza de ese ser, el principio de igual consideración de intereses exige que su sufrimiento reciba la misma consideración que el sufrimiento de cualquier otro ser, en la medida en que se puedan hacer comparaciones en este ámbito. La capacidad para sentir es el único límite adecuado para determinar la extensión que dimana del principio de igual consideración de intereses.¹¹³

Singer intenta precisar lo que actualmente se entiende “vida humana” y por “ser humano”, y establece que el término ser humano tiene dos significados distintos: miembro de la especie *homo sapiens* desde el punto de vista biológico y otro sentido en relación con los denominados *indicadores de humanidad* que incluye los siguientes elementos: autoconciencia, autocontrol, sentido del futuro, sentido del pasado, capacidad relacional, interés por las demás personas, capacidad de comunicación y curiosidad entendiendo que quien tiene estas características es considerado una *persona*. Singer selecciona dos características como elementos nucleares del concepto de persona y que son: la autoconciencia y la racionalidad; por lo tanto, seguir confiriendo estatutos privilegiados por la sola pertenencia a la especie *homo sapiens* constituye incurrir en el especieísmo. La mera pertenencia a la especie humana no confiere ningún privilegio especial a la hora de aplicar el principio de igual consideración de intereses.¹¹⁴

Las corrientes utilitaristas suelen identificar los términos eutanasia y muerte digna, ya que uno de los criterios decisivos para determinar la moralidad de una acción es la

¹¹³ *Ibidem*, pág. 314.

¹¹⁴ Ferrer, Jorge, Álvarez, Juan Carlos, *op.cit.*, nota 92, pág. 316- 318.

eliminación del sufrimiento. Consecuentemente, al ser el sufrimiento y el dolor algo indigno y, por lo tanto, evitado a toda costa; una muerte digna para ellos sería aquella que evita el sufrimiento y el dolor terminando con una vida que carece de calidad para ser vivida, máxime si alguno de los “indicadores de humanidad” se encuentra ya mermado.

“Si empezamos pensando sobre el caso de un ser humano adulto normal, que sea completamente competente en su mente y capaz de pensar sobre las elecciones que enfrenta. Y si a esa persona la diagnostican con una enfermedad terminal y entonces, quizás, la calidad de su vida ya haya bajado a un nivel que no más la considere satisfactoria, creo que debería ser capaz de tomar la decisión sola si quiere seguir hasta el final y tener lo que se puede considerar una muerte natural, hasta donde alguien en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital puede tener una muerte natural, o si quiere pedir a un médico que le ayude a terminar su vida más temprano. Y yo diría, si eres un adulto competente, eso debería ser realmente una decisión tuya. Claro lo puedes consultar con miembros de tu familia y otras personas cercanas, pero no creo que sea interés del Estado decirte: no, debes seguir viviendo aunque tu calidad de vida no sea satisfactoria y aunque todo el equipo médico que te examinó esté de acuerdo en que nunca te vas a recuperar. No veo por qué el Estado puede forzarte a seguir viviendo de esa forma. Así que pienso, que ese es el caso más claro, por así decirlo, el caso más fácil en el que la eutanasia es justificable. Y ya lo vemos ocurriendo en algunos países como Holanda y Bélgica, así como en algunos estados de Estados Unidos, tales como Oregón, Washington y Montana, donde las personas pueden pedir a sus médicos que les ayuden a morir en dichas circunstancias. Casos más difíciles son en los que no hay un adulto competente, por ejemplo hay un niño que nació con deficiencias bastantes graves, quizás con daño cerebral grave. Es un caso más complejo, porque otra persona tiene que tomar la decisión en el lugar del niño. Pero creo que los padres están normalmente en la mejor posición de tomar esa decisión, especialmente si están consultando con médicos y si los médicos están de acuerdo en que las perspectivas para este niño son bastante pobres. Así que creo que los padres y los médicos en conjunto también son capaces de tomar la decisión de realizar la eutanasia en el caso de tal niño.”¹¹⁵

3. La eutanasia y la muerte digna en el personalismo.

Mounier es considerado el fundador de la filosofía personalista y la bioética personalista está representada preponderantemente por Elio Sgreccia. La propuesta central del personalismo radica en que el valor de una vida humana está en su propia existencia. Su dignidad va inseparablemente unida a su naturaleza.

¹¹⁵ Singer, Peter, Programa Fronteiras Do Pensamiento, *A eutanasia justificável*, 14 de septiembre de 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=2LVAO4o4o1A>

El concepto de persona constituye el elemento central de la antropología, lo cual significa, no solamente que se menciona o se utiliza, sino que constituye el pilar central de la arquitectura conceptual o, en otros términos, que el resto de las dimensiones humanas se establecen en dependencia del concepto de persona. Partiendo de esta base, se pueden señalar, además, las siguientes características:

- Distinción entre cosas y personas y necesidad de tratar a éstas últimas con categorías filosóficas propias.

- Carácter autónomo, originario y estructural de la afectividad. El personalismo estima que la afectividad es una estructura esencial, originaria y autónoma de la persona y que, al menos en algunos aspectos, posee una dimensión espiritual

- Las relaciones interpersonales. El personalismo ha asumido plenamente la aportación realizada por la filosofía del diálogo acerca del carácter y de la importancia de las relaciones interpersonales.

- Relevancia de la libertad y el amor. Aunque la inteligencia es una realidad fundamental en la vida del hombre, para el personalismo no es la potencia fundamental; por encima del conocimiento están los valores morales y religiosos o, en términos de potencias, la libertad y el corazón, de quien dependen las decisiones morales y la capacidad de amar. La insistencia del personalismo en la relación y en la actividad moral del hombre le orienta, por el contrario, al estudio de las múltiples dimensiones en las que se despliega la actividad humana.

- Corporeidad y sexualidad. El hombre como varón y mujer. Otro elemento característico del personalismo es la tematización de la corporeidad humana.¹¹⁶

Uno de los representantes del personalismo, es el filósofo Robert Spaemann, quien en su libro “Personas. Acerca de la distinción entre algo y alguien”,¹¹⁷ da numerosas razones por las cuales considera que todos los hombres, independientemente de las características de la racionalidad o la autoconciencia, son personas.

Efectivamente, enumera seis razones por las cuales llega a esta conclusión:

1. Todos los hombres están emparentados entre sí en una relación genealógica, es una relación constitutiva ya que no existiría un ejemplar singular de la especie si no hubiera otros con los cuales se encuentra relacionados, siendo de igual manera una comunidad de reproducción. En los hombres, las relaciones de parentesco y las funciones biológicas se encuadran en un contexto personal: en una relación personal que generalmente dura toda la vida. “Humanidad no es, como animalidad, tan sólo un concepto abstracto para designar un género, sino simultáneamente el nombre de una concreta comunidad personal, a la que no se pertenece por poseer determinadas cualidades constatables fácticamente, sino por mantener una vinculación genealógica con la de familia humana”

2. No existe un tránsito paulatino desde algo a alguien. Precisamente por tratar a las personas como alguien, la mayoría de ellas desarrolla las cualidades que se justifican

¹¹⁶ Burgos Juan, Manuel, *Notas sobre la Bioética personalista*, Asociación Española de Personalismo, Madrid, España. <http://www.personalismo.org/recursos/articulos/burgos-notas-sobre-la-bioetica-personalista/Burgos>

¹¹⁷ Spaemann Roberto, *Personas. Acerca de la distinción entre algo y alguien*, Ediciones Universidad de Navarra, España, 2000, pág. 230-236.

posterior a este trato. Es decir hacemos a las personas con nuestro trato auténtico y espontáneo.

3. El acto racional como racional implica siempre una valoración, solo podemos conocer la intencionalidad de las acciones gracias a su racionalidad, pero alguien puede obrar racionalmente sin que esto sea percibido y es que la responsabilidad y la conciencia de las acciones son dos características que deben separarse: podemos tener certeza sobre la existencia de la intencionalidad en una comunicación personal, sin embargo aunque no se puede determinar con igual certidumbre cuándo esta comunicación no existe, no implica que no se tenga una racionalidad.

4. Los disminuidos psíquicos son considerados no como algo sino como enfermos que necesitan ayuda, lo propio de la naturaleza humana es ser tenida de modo personal, el ayudar a estas personas implica que vivimos en una comunidad personal, ya que el amor y cuidado va dirigido a él como persona no por las cualidades que éste tenga: lo que está en juego es el reconocimiento de la identidad, no la apreciación de cualidades útiles o agradables.

5. En el caso de los niños, el ser personal no es resultado de un desarrollo, sino la estructura característica de ese desarrollo, somos una unidad a través del tiempo. Esta unidad es la persona.

6. La persona no es un concepto específico, sino el modo como son los individuos de la especie hombre. Son de tal manera que cada uno de ellos ocupa un lugar irrepetible en la comunidad de personas que llamamos humanidad y solo como titulares de ese lugar son percibidos como personas por alguien que ocupa asimismo un lugar semejante.

En el personalismo, eutanasia y muerte digna tienen acepciones diferentes, siendo la eutanasia no ética porque atenta contra la propia dignidad de la persona

enferma, al considerar su dignidad en relación a unos criterios de calidad, según los cuales, cuando el paciente no supere ese control de calidad, podría solicitar la muerte; y por tanto renunciar a su dignidad y libertad definitivamente por el hecho de padecer sufrimientos físicos y psíquicos, frente a los que, por otro lado los cuidados paliativos pueden ofrecer medios eficaces para atenuarlos, si no eliminarlos.

La razón fundamental por la que el personalismo está en contra de la eutanasia es porque todos tenemos una dignidad, un valor intrínseco y absoluto, por el mero hecho de nuestra naturaleza humana.

En ese sentido y paralelamente, una muerte digna para el moribundo es aquella en la que él mismo asume y decide cómo quiere que ocurra, que le permite planear con libertad, como toda su vida anterior, sus últimos días y horas. Una muerte digna para una sociedad es aquella a la que se le ha proporcionado los medios materiales, humanos y espirituales necesarios para que el tránsito hasta la muerte se haya realizado sin sufrimiento y con el apoyo necesario. Todo encaminado a modificar el “como”, pero no el “cuando”.

“Para la condición de ser personal sólo puede y debe haber un criterio: la pertenencia biológica al género humano. De ahí que tampoco se puede separar el comienzo y el fin de la existencia de la persona del comienzo y el fin de la vida humana. Si existe “alguien”, existe desde que existe un organismo humano individual, y seguirá existiendo mientras el organismo este vivo. El ser de la persona es la vida de un hombre. Por eso no tiene sentido decir, por ejemplo, que la muerte cerebral acaso no sea la muerte del hombre, pero si la de la persona, pues la persona es el hombre, no una cualidad del hombre. Por eso no puede la persona morir antes que el hombre. De ahí que sean competentes en el problema acerca del comienzo y el fin de la persona aquellos que son competentes en el problema del comienzo y el fin biológicos de vida humana.

Los derechos de la persona son derechos del hombre, y si en el universo hubiera otras especies naturales de vivientes que poseyeran una interioridad capaz de sentir y cuyos ejemplares maduros dispusieran comúnmente de racionalidad y autoconciencia, deberíamos reconocer como personas a todos los ejemplares de esta especie, no solo a los que dispusieran de esas cualidades, o sea, por ejemplo, pongamos por caso, a todos los delfines”¹¹⁸

¹¹⁸ *Ibíd*em, pág. 236.

B. MARCO TEORICO LEGAL. DERECHOS HUMANOS

1. Derecho al libre desarrollo de la personalidad.

En este apartado estudiaremos el derecho al libre desarrollo de la personalidad como un derecho humano fundamental, que está íntimamente relacionado con el principio de dignidad humana y que es inherente a la misma calidad de persona.

Entenderemos como personalidad el conjunto de cualidades constitutivas de la persona humana que abarca tanto aspectos jurídicos como sociales, psicológicos y morales y en donde el individuo tiene libertad de decisión y de actuación. La personalidad abarca tanto el ámbito de las relaciones sociales (modo de hablar, actitudes, interacción), como las propiamente inherentes a la persona (creencias, motivaciones, deseos, pasiones). En ese sentido, la personalidad abarca todos los atributos y dimensiones del ser humano.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha resuelto que el derecho al libre desarrollo de la personalidad constituye la expresión jurídica del principio liberal de "autonomía de la persona", de acuerdo con el cual al ser valiosa en sí misma la libre elección individual de planes de vida, el Estado tiene prohibido interferir en la elección de éstos, debiéndose limitar a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno elija, así como a impedir la interferencia de otras personas en su persecución. En la Constitución Federal, el libre desarrollo de la personalidad es un derecho fundamental que permite a los individuos elegir y materializar los planes de vida que estimen convenientes, cuyos límites externos son exclusivamente el orden público y los derechos de terceros.¹¹⁹

¹¹⁹ Tesis P. LXVI/2009 Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXX, diciembre de 2009, p. 7.

De la dignidad humana, como derecho fundamental superior reconocido por el orden jurídico mexicano, deriva, entre otros derechos personalísimos, el de todo individuo a elegir en forma libre y autónoma su proyecto de vida. Así, acorde a la doctrina y jurisprudencia comparadas, tal derecho es el reconocimiento del Estado sobre la facultad natural de toda persona a ser individualmente como quiere ser, sin coacción ni controles injustificados, con el fin de cumplir las metas u objetivos que se ha fijado, de acuerdo con sus valores, ideas, expectativas, gustos, etcétera. Por tanto, el libre desarrollo de la personalidad comprende, entre otras expresiones, la libertad de contraer matrimonio o no hacerlo; de procrear hijos y cuántos, o bien, decidir no tenerlos; de escoger su apariencia personal; su profesión o actividad laboral, así como la libre opción sexual, en tanto que todos estos aspectos son parte de la forma en que una persona desea proyectarse y vivir su vida y que, por tanto, sólo a ella corresponde decidir autónomamente.¹²⁰

Para alcanzar su plenitud, el ser humano debe tener la facultad de desarrollar su personalidad a lo largo de su vida y es ahí en donde otros derechos humanos tienen cabida. Por ejemplo, el derecho a la educación, derecho al trabajo, derecho al deporte, a la cultura, a la libertad de expresión, a profesar cualquier credo, etc. El Estado al reconocer tales derechos como inherentes al ser humano, debe garantizar los mismos a todos los individuos, teniendo como único límite el orden público y los derechos de terceros.

¹²⁰ Tesis 1a./J.28/2015 Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 20, Tomo I, julio de 2015, p. 570.

El derecho a la libre personalidad fue reconocido por primera vez en la Declaración de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 en el artículo 6 que establece que todo ser humano tiene derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica, en el 22 al tener toda persona derecho a la satisfacción de los derechos económicos sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad, haciendo hincapié que las personas de igual manera tienen deberes con la comunidad puesto que solamente en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad (artículo 29), con una referencia a la educación que tendrá por objeto el desarrollo de la personalidad.¹²¹

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 19 segundo párrafo, contempla el derecho al libre desarrollo de la personalidad de todas las personas¹²² y se considera como un delito grave: la corrupción, pornografía, turismo sexual, lenocinio, trata de personas de personas menores de dieciocho años de edad o de personas que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o de personas que no tienen capacidad para resistirlo; el lenocinio y trata de personas, la provocación de un delito y apología de éste o de algún vicio y de la omisión de impedir un delito que atente contra el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana o la integridad física o mental y la pederastia. (Código Penal Federal. Título Octavo. Delitos Contra el Libre Desarrollo de la Personalidad).¹²³

¹²¹ Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, op.cit., nota 32, arts. 6, 22 y 29.

¹²² Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 2, art. 19.

¹²³ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, op.cit., nota 57, título octavo.

A nivel local y tal y como hemos venido mencionando, el artículo 6 inciso A punto 1 de la Constitución Política de la Ciudad de México, expresamente menciona el derecho al libre desarrollo de la personalidad, que junto con el derecho de autodeterminación, posibilita que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. En el inciso C del mismo artículo se reconoce el derecho a la personalidad jurídica y finalmente en el artículo 11 “Ciudad Incluyente” en el inciso E. que habla de los derechos de las personas jóvenes, se establece el derecho que tienen al libre desarrollo de su personalidad.¹²⁴

De igual manera el Código Penal para el Distrito Federal, dedica el título sexto a los delitos contra el libre desarrollo de la personalidad cometidos en contra de las personas mayores y menores de dieciocho años de edad o personas que no tengan capacidad para comprender el significado del hecho o personas que no tengan la capacidad de resistir la conducta, tales como corrupción de menores, turismo sexual, pornografía, trata de personas, lenocinio, explotación laboral de menores, personas con discapacidad física o mental y adultos mayores.¹²⁵

2. Derecho a la autodeterminación.

El libre desarrollo de la personalidad es un derecho fundamental que permite a los individuos elegir y materializar los planes de vida que estimen convenientes, cuyos límites externos son el orden público y los derechos de terceros. Para poder ejercer este derecho, es necesario que el individuo sea capaz de tomar las decisiones que le permitan

¹²⁴Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 10, arts. 6 y 11.

¹²⁵ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 59, título sexto.

dirigir su vida y llevar a cabo esos planes según sus deseos, objetivos, intereses, inclinaciones, gustos, metas; es decir, que sea capaz de autodeterminarse.

Cada hombre tiene una dignidad intrínseca que entre otras características, le hace ser único e irrepetible, es por ello, que para ejercer esa individualidad y para que pueda dirigir su vida según sus proyectos, es necesario que tenga la facultad de autodeterminación y con ello estar en posibilidad de tener un libre desarrollo de su personalidad.

La autodeterminación, permite la libre y lícita realización del individuo de su proyecto de vida en forma integral; de tomar sus decisiones con libertad y responsabilidad. Esta libertad incide en todas las facetas del individuo e incluye un sin número de ámbitos de su vida: social, moral, económico, jurídico, cultural, etc.

Es decir, la autodeterminación es considerada un derecho humano y como tal requiere una serie de condiciones que el Estado debe proporcionar para que sus habitantes puedan ejercerlo; se debe garantizar a los individuos, pese a las limitaciones que pueden llegar a existir, el que tomen sus decisiones en ejercicio de su voluntad y libertad responsables dentro de los límites marcados por el ordenamiento jurídico y los derechos de terceros.

Podemos decir entonces, que el derecho a la autodeterminación otorga a las personas la capacidad de elaborar sus propios planes de vida protegiendo las decisiones de los individuos en torno a su vida pues estas son manifestaciones del libre desarrollo de su personalidad.

El derecho de autodeterminación y el de autonomía son dos conceptos interrelacionados y que son reflejos el uno del otro. Es decir, en cuanto los individuos alcancen mayores niveles de autodeterminación, mayor será su autonomía, entendida

como se ha desarrollado anteriormente, como la capacidad de tomar decisiones personales libres de presiones y coerciones externas

Ejemplos de autonomía son claros en el ámbito de la bioética y el derecho. En efecto, el principio de autonomía en bioética y el de autonomía de la voluntad en derecho son reconocidos, con sus limitaciones, en ambas disciplinas como medulares en la toma de decisiones de los individuos en ejercicio de su libertad y de su dignidad.

En el principio de autonomía en bioética, el paciente tiene derecho a tomar decisiones respecto a su salud sin presiones externas previa la adecuada comunicación de las informaciones por parte de los profesionales de la salud y el principio de autonomía de la voluntad en derecho tiene reflejo en el derecho de propiedad y en la libertad de contratación y en cuya virtud las partes de una relación jurídica son libres para gestionar su propio interés y regular sus relaciones, sin injerencias externas.¹²⁶

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, no se incluye el derecho a la autodeterminación como un derecho humano sino como un principio normativo que rige la política exterior mexicana, (artículo 89 fracción X)¹²⁷. La Constitución Política de la Ciudad de México por su parte y tal y como se ha reiterado anteriormente, la plasma como un derecho humano consagrado en el artículo 6 inciso A punto 1 así como en el artículo 9 inciso D punto 6.¹²⁸

Ahora bien, es importante señalar que el derecho de autodeterminación y la autonomía tienen limitaciones en su aplicación que no deben ser pasadas por alto y que

¹²⁶ Tesis 1a. CDXXV/2014 (10ª.) Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, diciembre de 2014, p. 219.

¹²⁷ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 2, art. 89.

¹²⁸ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, op.cit., nota 10, art. 6 y 9.

son el orden público y los derechos de terceros. Efectivamente, una de las dimensiones del ser humano es precisamente que es un ser social, que vive inmerso en una comunidad, por lo que cuando el derecho de autodeterminación de una persona entra en conflicto con el de otra, la autonomía se ve limitada, por lo que no puede considerarse de manera alguna como un principio absoluto.

En el ámbito de la bioética especialmente, cuando el derecho de una persona, entra en conflicto con el derecho de otras, surgen varias limitaciones a los mismos: por ejemplo el derecho del médico a su propia autonomía (objeción de conciencia) ya que tanto el profesional de la salud como el paciente están obligados a respetar las decisiones e integridad de la otra persona; o cuando un paciente tiene una enfermedad contagiosa y por lo tanto es necesario informarlo a la Autoridad pese a la negativa del individuo; o el caso en que el médico tenga evidencia fundada en que un tutor o representante legal ya sea de un menor, de un adulto mayor o de un incapaz está tomando decisiones en contra de los intereses de los representados o vulnerando sus derechos podría solicitar la intervención del Estado quien tendría que analizar la situación correspondiente.

Es decir, el derecho a la autodeterminación y la autonomía de ninguna manera pueden considerarse como ilimitados, por lo que es importante siempre considerar las circunstancias de modo, tiempo y lugar de las decisiones de los individuos así como sus consecuencias para poder tomar decisiones informadas: “Llevado a sus últimos extremos, el derecho de autonomía moralmente justificable podría minar el carácter comunitario de la existencia humana. La autonomía convertida en un derecho absoluto conduce al atomismo moral, al privatismo y a la anarquía. Los seres humanos son

animales sociales; no pueden realizarse sino en las relaciones sociales, como lo ha señalado Aristóteles de forma tan sabia.”¹²⁹

3. Derecho a una muerte digna

En la actualidad es común escuchar que los individuos reivindican gran cantidad de derechos y el “derecho a la muerte” no es la excepción.

Sin profundizar demasiado en el tema de los derechos subjetivos, de los derechos objetivos, de la estructura de la norma jurídica, de la ley de la causalidad jurídica, o de la teoría del hecho y el acto jurídico entre muchos otros y el por qué con fundamento en estos conceptos la muerte no puede ser considerada como un derecho, por no ser materia de este trabajo, sí es importante mencionar que desde el punto de vista jurídico, el planteamiento de la muerte como un derecho es una novedad completamente errónea.

El hecho de la muerte no puede considerarse como un derecho: el morir es un hecho natural del hombre que el orden jurídico toma en cuenta para otorgarle consecuencias de derecho: es un hecho protegido por el derecho, un hecho jurídico. Efectivamente, como ejemplos de hechos puramente naturales podemos citar precisamente el nacimiento, la mayoría de edad y la muerte de las personas. Y estos hechos naturales generan consecuencias de derecho y por ello son regulados por el ordenamiento jurídico: en efecto, por ejemplo, la personalidad se inicia con el nacimiento y termina con la muerte¹³⁰

¹²⁹ Pellegrino, Edmund, *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*, Bol of Sanit Panam, 108(5-6), 1990, pág. 379-389.

¹³⁰ Artículo 22.- La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código.

Ahora bien, la muerte como hecho jurídico (no como un derecho), tiene importancia desde tres puntos de vista: de su prueba, del momento en que tiene lugar y de los efectos que produce¹³¹, es por ello que el Derecho regula este acontecimiento en la mayoría de los ordenamientos legales, pero insisto como un hecho protegido por el derecho; no como un derecho subjetivo de las personas para solicitar que otro le quite la vida ya que esto implicaría el deber positivo de matar a alguien.

Siguiendo a Paulina Taboada¹³², lo que se debe entender por derecho a una muerte digna, es el derecho a vivir humanamente el hecho de la propia muerte. Es un acto humano, en donde nuestra libertad puede intervenir en alguna manera en relación con la actitud que adoptemos ante ella.

El derecho a la muerte digna es una forma de morir en la que el enfermo terminal tiene derecho a acceder a los cuidados paliativos para que en base a sus preferencias, a sus valores culturales, a sus creencias religiosas intervenga activamente en el proceso de la muerte y en donde por lo menos es imperativo que sea aliviado del dolor y del sufrimiento y con el auxilio espiritual correspondiente si es el caso que su contexto así lo requiere.

En la Constitución de la Ciudad de México el acceso a los cuidados paliativos se consagra como un derecho de las personas mayores en el artículo 11 como un grupo de

¹³¹ Galindo Garfias Ignacio, *Derecho Civil*, Editorial Porrúa, México, 1990, pág. 314-317 a) La prueba de la muerte de una persona, implica la comprobación del hecho biológico de la cesación de toda vida orgánica, b) El momento del fallecimiento determina la apertura de la sucesión hereditaria y c) Los efectos de la muerte son la cesación de la personalidad, la extinción de los derechos y obligaciones que dependan de la vida de la persona y la apertura de su sucesión hereditaria.

¹³² Taboada, Paulina, *El derecho a morir con dignidad*, Acta *Bioethica*, 2000, Madrid, España, añoVI, No. 1, pág., 91-101.

atención prioritaria. En el artículo 6, que es materia de este trabajo, se establece expresamente como un derecho de los habitantes, el derecho a la muerte digna.

Para poder materializar y hacer efectivo el derecho de todas las personas a una muerte digna, es imperativo que el acceso a los cuidados paliativos sea extendido no sólo a las personas mayores según lo establece el artículo 11 antes mencionado, sino a todos los habitantes de la Ciudad que lo requieran por estar padeciendo tanto una enfermedad terminal como enfermedades crónico degenerativas con dolores considerables y cuyo pronóstico de vida no sea mayor a seis meses.

CAPITULO III. DIFERENCIA ENTRE MUERTE DIGNA Y EUTANASIA. ARGUMENTACION SEMANTICA Y BIO-JURÍDICA.

Hoy por hoy, es indudable que debido a una descontextualización de los términos, conceptos como eutanasia, muerte digna, derecho a una muerte digna o dignidad en el morir tienen significados divergentes, variados y hasta contradictorios según el foro en el que se utilicen, la corriente metodológica o ideológica que las aplique, el ambiente político y social en el que se viva y hasta en el ejercicio de la llamada progresividad¹³³ de los derechos humanos.

Se han creado confusiones tales en el uso de tales conceptos, que se hace necesaria la tarea de definir el alcance de los mismos: este es el objeto del presente capítulo, argumentar, desde el punto de vista semántico, legal y bioético, que el término eutanasia tiene un significado muy preciso y que ha de diferenciarse del concepto de muerte digna o dignidad en el morir; que se trata de términos unívocos que no dan lugar a la interpretación y que es un deber de los actores políticos, del aparato legislativo y judicial y de los medios de comunicación, dar el debido sentido a los conceptos con el objeto de garantizar a todos los habitantes de la Ciudad de México, el cumplimiento de los derechos humanos consagrados en la Constitución Política de la Ciudad de México y consecuentemente, de la legislación secundaria correspondiente.

¹³³ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos*, Ciudad de México, septiembre 2017, pág. 11-12. El principio de progresividad de derechos humanos implica el gradual progreso para lograr su pleno cumplimiento, es decir, que para el cumplimiento de ciertos derechos se requiera la toma de medidas a corto, mediano y largo plazo, pero procediendo lo más expedita y eficazmente posible. El principio de progresividad se ha relacionado particularmente con los derechos económicos, sociales y culturales, pero aplica también para los civiles y políticos, procurando por todos los medios posibles su satisfacción en todo momento. Este principio se relaciona de forma estrecha con la prohibición de retrocesos o marchas atrás injustificadas a los niveles de cumplimiento alcanzados, la “no regresividad” en la protección y garantía de derechos humanos.

Iniciaremos argumentando la diferencia que existe del concepto eutanasia y muerte digna desde una aproximación gramatical, para llevar a cabo posteriormente un acercamiento desde la hermenéutica jurídica terminando en última instancia con una argumentación bioética y legal

A. Argumentación semántica de las diferencias entre eutanasia y muerte digna.

Semánticamente y según la Real Academia de la Lengua, la eutanasia es la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura, médicamente es una muerte sin sufrimiento físico.¹³⁴ Por otra parte, el término muerte digna o dignidad en el morir no se encuentra definido conceptualmente con ambos vocablos, sino cada uno por separado: así tenemos que muerte es la cesación o término de la vida¹³⁵ y digno es un adjetivo que puede ser utilizado, entre otros, en primer lugar como propio de la persona; en segundo lugar como dicho de una cosa y en tercer lugar referido a una calidad aceptable¹³⁶ Dicho de una persona decimos entonces que una persona es digna; dicho de una cosa nos referiríamos por lo tanto a una vivienda digna y finalmente de calidad aceptable nos referiríamos a una vida digna o a una muerte digna.

Semánticamente, de un simple análisis lingüístico y a pesar de la deficiencia que del concepto de eutanasia se plasma en el Diccionario de la Real Academia Española, el término eutanasia y muerte digna o muerte con dignidad, de ninguna manera son equiparables o sinónimos. La eutanasia según una definición literal implica la intervención

¹³⁴ Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua bajo la voz *eutanasia* <http://dle.rae.es/?id=H7n2lXw>

¹³⁵ Ibídem, bajo la voz *muerte* <http://dle.rae.es/?id=Q0MaZUb>

¹³⁶ Ibídem bajo la voz *digno* <http://dle.rae.es/?id=DldD5zV>

deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura y la muerte es la cesación de la vida la cual es calificada como de calidad aceptable cuando utilizamos el adjetivo “digna”.

Bajo esta aproximación, la eutanasia implica la intención de poner fin a una vida; la muerte digna es el fin de la vida ocurrida naturalmente con una calidad aceptable. Ciertamente, la dignidad en el morir no se reduce a una muerte simple y sencillamente con “calidad aceptable”; pero el objetivo que se pretende con este ejercicio es establecer que pese a lo simplista que de los conceptos se plasman en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua es claro que de una simple lectura literal y semántica de los conceptos eutanasia y muerte digna ambos distan mucho de ser sinónimos; más bien se trata de dos términos completamente polares.

Esta simple aclaración de términos no es suficiente para una debida construcción de argumentos y una deliberación sobre ellos, pero es el punto de partida sobre el cual he empezado este trabajo ya que hay actores políticos en la Ciudad de México, que deliberadamente utilizan erróneamente los términos eutanasia y muerte digna como sinónimos.

En efecto, la declaración que el Diputado Jesús Ortega expresó en su participación en el Programa Crónicas del Constituyente al manifestar que “debemos de entender el tema de que la vida no existe sin la muerte y que una vida digna debe de procurar la búsqueda de una muerte con dignidad... la eutanasia”¹³⁷ es completamente errónea ya que según hemos venido analizando, el concepto muerte con dignidad de ninguna

¹³⁷ Canal del Congreso. Crónicas del Constituyente. Jesús Ortega Martínez, 27 de septiembre de 2017.

manera puede equiparse a la eutanasia, siendo dos conceptos completamente diferentes.

A mayor abundamiento y especialización, en el Diccionario Latinoamericano de Bioética publicado en 2008 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Universidad Nacional de Colombia bajo la voz morir con dignidad se lee: “Con la expresión “morir con dignidad” se alude a la exigencia ética que atiende a la forma de morir –acorde con la dignidad humana– y al derecho con el que cuenta todo ser humano para elegir o exigir, para sí o para otra persona a su cargo, una “muerte a su tiempo”, es decir, sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) o cruelmente obstinadas (encarnizamiento o ensañamiento médico).”¹³⁸

El concepto morir con dignidad se encuentra estrechamente relacionado con los cuidados paliativos, siendo uno de sus objetivos, alcanzar para el enfermo en etapa terminal una muerte digna, es decir una muerte acompañada en donde el profesional de la salud junto con un equipo multidisciplinario encara todas las necesidades y dimensiones del paciente de manera integral.

En el lado contrario, “De conformidad con los conceptos dados por las asociaciones que defienden su práctica y por las leyes que la contemplan (v. gr. Holanda), reservamos el nombre de eutanasia –única y exclusivamente– para la acción médica con la cual se pone fin en forma directa a la vida de un enfermo próximo a la muerte y que así lo solicita, para lograr de este modo dar término a los padecimientos (dolor,

¹³⁸ Blanco, Luis Guillermo, *Homicidio piadoso*, Diccionario Latinoamericano de Bioética, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Universidad Nacional de Colombia, Colombia, 2008, pág. 532.

sufrimiento, angustia) de su agonía. En otros términos, la eutanasia significa la provocación de la muerte, efectuada por un trabajador de la salud (frecuentemente un médico), de un paciente portador de una enfermedad que le acarreará la muerte próxima (pudiendo contarse en horas o días en los casos agónicos o moribundos y en semanas o meses en los que estilan ser denominados como “terminales”), a su requerimiento (su voluntad explícita en tal sentido) y en su propio beneficio (evitar un deterioro de la calidad de vida o un padecimiento que ese paciente no desea soportar), por medio de un procedimiento absolutamente seguro en cuanto a que su aplicación producirá el resultado esperado en un tiempo mínimo y sin provocar sufrimiento: la administración de un veneno o una droga en dosis tóxica mortal (de ordinario, una inyección letal)”¹³⁹

Nuevamente, de una lectura que se realice de los conceptos antes mencionados, claramente podemos observar las diferencias que existen entre los conceptos muerte digna y eutanasia: la muerte digna es una muerte a su tiempo, una muerte acompañada, una muerte que vela por todas las dimensiones del ser humano; la eutanasia es una muerte provocada, una muerte intencionada, una muerte acelerada.

Habiendo dicho lo anterior, podemos colegir que el concepto de muerte digna que se plasma en el artículo 6 punto 2 de la Constitución Política de la Ciudad de México escapa del concepto de eutanasia por lo que de ninguna manera se puede considerar que la eutanasia haya sido legalizada en la Ciudad de México y que la Asamblea Legislativa deba elaborar una ley reglamentaria para regular la misma.

En las últimas décadas, los términos eutanasia y muerte digna han sido víctimas ellos mismos de una polisemia dura y deliberada¹⁴⁰, de un eufemismo que ha permitido

¹³⁹ *Ibíd.*, pág. 533.

manipular ambos conceptos con el objeto de persuadir principalmente a la sociedad con la idea equívoca de que la eutanasia permite al enfermo terminal morir con dignidad ya que su calidad de vida se encuentra mermada y disminuida. Esta manipulación es tal que actualmente encontramos organizaciones pro eutanásicas cuya denominación social incluye los vocablos “morir con dignidad” o “la muerte digna” tales como la Asociación Dying with Dignity en Canadá o Death with Dignity National Center en Estados Unidos¹⁴¹, solo por mencionar algunas, que generan confusión en la sociedad civil ya que la palabra eutanasia, deliberadamente queda fuera de su razón social.

Sería conveniente que tanto actores políticos como organizaciones civiles y medios de comunicación, fueran honestos en el uso correcto de los términos y evitaran el uso y abuso de los eufemismos en los discursos ya que en numerosas ocasiones son utilizados como un instrumento de manipulación social y que tienen por objeto, en el mejor de los casos, disfrazar las palabras para generar confusión mediante la utilización de palabras que no son utilizadas en el contexto correcto.

“Lo que es realmente grave es la utilización de eufemismos como armas de cambio social y, lamentablemente, de manipulación manifiesta. Ello es evidente en un alto número de casos originados por motivaciones sociales o clasistas o bien directamente causadas para facilitar fines políticos o económicos específicos. Concretando: un análisis previo nos encamina hacia una definición más precisa: Los eufemismos son nociones

¹⁴⁰ Herranz, Gonzalo, *Eutanasia y Dignidad en el Morir en Vida Digna, Muerte Digna*, Editorial Eunusa, Madrid, pág. 173.

¹⁴¹ Cfr. <https://www.deathwithdignity.org/>

adulteradas que tienden a edulcorar la realidad y a favorecer a los más diversos intereses.”¹⁴²

Es evidente que cualquier persona quiere morir con dignidad pero ello no quiere decir que morir con dignidad implique legalizar la aplicación de la eutanasia o que solamente se puede morir con dignidad si se realiza un acto eutanásico. Claramente estamos ante la presencia de un eufemismo que pretende suavizar y atenuar el contenido de la palabra eutanasia para con ello lograr mayor aceptación de esta práctica ante la sociedad en general.

“La lengua es uno de los instrumentos más preciados del ser humano y debemos usarla con respeto y sentido ético. Ni debemos mal emplearla para una manipulación egoísta ni debemos callar cuando otros intentan hacerlo”¹⁴³

No pretendo manifestar que con una simple aclaración de los términos los debates morales serán solucionados, pero es evidente que si de entrada partimos de una manipulación en los conceptos básicos, nuestro debate queda sin materia y resultaría infructuoso, “la discusión deviene en torre de Babel, en diálogo fracasado”¹⁴⁴

B. Argumentación jurídica de las diferencias entre eutanasia y muerte digna.

En una segunda aproximación y relacionada a una hermenéutica jurídica, el concepto de eutanasia y muerte digna en nuestro sistema jurídico mexicano tienen alcances y significados completamente diferentes, por lo que tampoco se puede

¹⁴² Gallaud, Jardiel, Enrique, *El eufemismo como instrumento de manipulación social*, Revista Comunicación y Hombre, Número 1, Año 2005, pág. 122.

¹⁴³ *Ibidem*, pág. 123.

¹⁴⁴ Gallaud, Jardiel Enrique *op.cit.*, nota 141, pág. 182.

considerar desde un punto de vista jurídico que ambos conceptos sean similares o que dentro del concepto de muerte digna se pueda englobar el concepto de eutanasia.

En efecto, en nuestro sistema jurídico, el método de interpretación adoptado por la Constitución vigente es el llamado método clásico: la letra de la ley, su interpretación jurídica, y a falta de ley, los principios generales de derecho. “El artículo 14 de la Constitución de 1917 y el artículo 19 del Código Civil de 1928 contienen substancialmente los mismos factores que el artículo 20 de nuestros Códigos antiguos y que el método clásico: la letra de la ley, su interpretación jurídica y, a falta de ley, los principios generales de derecho.”¹⁴⁵

El artículo 14 Constitucional en su segundo y tercer párrafo establecen que:

Art. 14

En los juicios del orden criminal queda prohibido imponer por, simple analogía, y aun por mayoría de razón, pena alguna que no esté decretada por una ley exactamente aplicable al delito de que se trata.

En los juicios del orden civil, la sentencia definitiva deberá ser conforme a la letra o interpretación jurídica de la ley, y a falta de esta se fundará en los principios generales del derecho.¹⁴⁶

Es decir, en primer lugar se utiliza como método de interpretación de la ley, la interpretación gramatical, que significa atender al significado literal de cada palabra en los textos legales. Esto es de especial importancia en materia penal ya que para que se actualice un tipo penal establecido en la ley correspondiente, la conducta debe adecuarse exactamente a lo establecido en la normativa jurídica sin que se pueda aplicar en esta materia la simple analogía y la mayoría de razón.

Atendiendo a esta primera regla que reza que cuando la ley se expresa claramente, el intérprete debe atenerse a su texto, el concepto muerte digna plasmado

¹⁴⁵ Borja Soriano, Manuel, *Teoría General de las Obligaciones*, Editorial Porrúa, México, 1991, pág.59 y 60.

¹⁴⁶ Suprema Corte de Justicia de la Nación, op.cit., nota 2, art. 14.

en el artículo 6 inciso 2 punto A de la Constitución Política de la Ciudad de México, debe ser interpretado en su sentido gramatical y por lo tanto no puede ser considerado como el derecho a la eutanasia. Según hemos analizado en los párrafos que anteceden, gramaticalmente el término eutanasia y muerte digna son completamente polares.

No es óbice para aseverar lo anterior, la regla bien sabida en derecho en materia de interpretación que establece que siempre es conveniente por parte del operador jurídico, reconstruir el pensamiento del legislador en base a la exposición de motivos y las discusiones parlamentarias, para concluir lógicamente el sentido de la ley, ya que de la redacción textual que se haga de los razonamientos que expresó el Diputado Jesús Ortega en su comparecencia de fecha 4 de enero de 2017 para incluir el derecho a la muerte digna en el artículo correspondiente, jamás se menciona la palabra eutanasia u otros similares que pudieran hacer pensar que lo que se pretendía aprobar era el derecho de los habitantes de la Ciudad de México a la práctica de la eutanasia o en su defecto a una despenalización de la misma. Pensar lo contrario sería atentar contra la voluntad de la totalidad de la Asamblea Constituyente que aprobó por 56 votos el artículo a favor del derecho a la muerte digna más no a la eutanasia.

Además, y como hemos mencionado en los antecedentes de este trabajo, hubo algunas iniciativas de diversos constituyentes para incluir expresamente el derecho a la eutanasia en la Constitución, las cuales no fueron aprobadas, lo que corrobora que la voluntad de la Asamblea Constituyente fue aprobar el derecho a una muerte digna, entendida como una forma de morir en la que el paciente terminal tiene derecho a que el Estado garantice el acceso a los cuidados paliativos y no está referido a prácticas eutanásicas.

En su participación en el programa Crónicas del Constituyente erróneamente el diputado Ortega hace una sinonimia entre muerte digna y eutanasia lo cual únicamente demuestra claramente la confusión de términos que intencionalmente el legislador pretende hacer no en tribuna sino ante la opinión pública.

Suponiendo sin conceder que esta primera regla de interpretación fuera insuficiente para desentrañar el sentido del artículo 6 inciso A punto 2, aplicamos consecuentemente la segunda regla de la interpretación que establece que cuando el sentido de la ley es dudoso, se deben aplicar los procedimientos del razonamiento lógico y de la interpretación sistemática; es decir si el texto de una disposición legal no es claro (en este caso referido a muerte digna como eutanasia), debemos situarla dentro del conjunto de normas que rigen al estado y entonces relacionar el texto a interpretar con otras disposiciones relativas a la misma materia o a análogos, debiéndose concluir que la norma que es objeto de interpretación debe ser coherente con todas las demás que se contemplan en los ordenamientos legales correspondientes.

En este sentido, de una interpretación sistemática que se efectúe tanto de la legislación en materia federal y local, claramente se aprecia que la práctica de la eutanasia está prohibida y penada tanto en la Federación como en la Ciudad de México, por lo que es claro que el concepto muerte digna no puede ser entendido como eutanasia ya que ello transgrede expresamente el conjunto de normas que rigen a la Ciudad de México.

En efecto según hemos analizado en el capítulo I, diversos ordenamientos tanto en materia federal como en materia local, prohíben la práctica de la eutanasia y la tipifican como un delito: En materia federal, la Ley General de Salud (artículo 166 Bis-16 y 166 Bis-21) y el Código Penal Federal (artículo 312) y en materia local, el Código Penal para

el Distrito Federal (artículo 127), la Ley de Voluntad Anticipada por el Distrito Federal (artículo 26) y el Reglamento de la Ley de Salud para el Distrito Federal (artículo 84). Si el derecho a una muerte digna fuera entendido como eutanasia sería evidente que el artículo 6 inciso A punto 2 de la Constitución Política de la Ciudad de México, sería nulo de pleno derecho ya que iría en contra de todos los ordenamientos jurídicos antes mencionados que consideran la eutanasia como una práctica prohibida y hasta tipificada como delito.

De lo antes expuesto podemos concluir que desde la hermenéutica jurídica, el concepto de eutanasia escapa a la noción de muerte digna tanto desde una interpretación gramatical y de la letra de la ley como de una interpretación lógica y sistemática.

C. Argumentación bioética y jurídica de las diferencias entre eutanasia y muerte digna.

1. En una tercera aproximación y desde el punto de vista de la bioética y el derecho, en su sentido más polar, el término derecho a una muerte digna es considerado como sinónimo de eutanasia. “Se podría traducir por aspiración individual, reivindicación de un bien desde la autonomía del sujeto, algo así como lo que sucede con expresiones como derecho al desarrollo económico de los pueblos, derecho a la felicidad, derecho al propio cuerpo, y en general el conjunto de declaraciones retóricas sobre aspiraciones, más o menos legítimas, que tienen poco o nada que ver con cualquier definición posible de Derecho”¹⁴⁷

¹⁴⁷ Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, *Eutanasia y vida dependiente, Inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001, pág. 93

Aquellos que confunden semánticamente el término derecho a una muerte digna con eutanasia pretenden fundamentar esta última en la autonomía de un individuo el cual tiene un derecho subjetivo: “El derecho a que otro le de muerte. Bajo el legítimo pretexto de rechazar el empeño terapéutico, la expresión estigmatizada avala el hecho positivo de matar a alguien”¹⁴⁸

En este contexto, el término derecho a la muerte digna se refiere a que el Estado no puede imponer a un individuo a vivir en condiciones de sufrimiento y se hace depender el mismo a una condición o a una determinada circunstancia: la pérdida de la calidad de vida y la consecuente pérdida de la dignidad derivada de la enfermedad. En ese sentido se considera que el paciente terminal en ejercicio del principio de autonomía tiene el derecho de solicitar el morir con dignidad o dicho como es a que se le practique la eutanasia.

La muerte con dignidad y la eutanasia bajo esta aproximación no pueden considerarse sinónimos por las siguientes razones:

a) Por lo que respecta a la pérdida de calidad de vida y consecuentemente de la dignidad derivada de la enfermedad terminal, podemos decir que este concepto ha sido introducido principalmente por la corriente utilitarista en donde se dividen conceptualmente vidas con calidad frente a vidas sin calidad y es en este último supuesto en donde entonces encuentra cabida una vida sin dignidad y por lo tanto una muerte con dignidad.

Este punto de vista parte de la idea que la dignidad humana se puede perder a lo largo de la vida de una persona, lo cual va en contra de todo el fundamento de los

¹⁴⁸ Íbidem, citando a Etienne Montero.

derechos humanos que tienen como principio rector precisamente el de la igual dignidad intrínseca e inherente del ser humano por el simple hecho de pertenecer a la especie humana. Así la Declaración de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, se establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; es una cualidad sustancial del individuo, es esencial: todos los seres humanos nacemos con un valor intrínseco que no es susceptible de desaparecer por ningún motivo o causa; en el mismo sentido se pronuncia la Convención Americana sobre Derechos Humanos al hablar de la dignidad inherente al ser humano así como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 19 de octubre de 2005.

En esa misma tesitura, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en consonancia la recientemente promulgada de la Ciudad de México, han incluido en su cuerpo legal el concepto de derechos humanos como derechos diferenciados del Estado al que corresponde solamente reconocerlos y protegerlos teniendo como base la dignidad intrínseca de la persona y en una tendencia pro persona.

Es por ello que resulta por demás contradictorio no solo de los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos sino de la propia legislación nacional, que se pretenda alegar que el ser humano pierde su dignidad en virtud de una enfermedad que deteriora la calidad de vida de una persona. En efecto, en tal sentido ya se ha manifestado la propia Suprema Corte de Justicia de la Nación al establecer que “la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta -en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser

tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada.”¹⁴⁹

Es claro que el argumento de la pérdida de la dignidad por una enfermedad, cae por su propio peso ya que la dignidad no se puede perder por ninguna causa al ser inherente al ser humano, la acompaña desde que nace hasta que muere. La legislación mexicana ha adoptado este principio y como tal debe ser aplicado a cabalidad.

b) En relación con el principio de autonomía del paciente si bien es cierto este principio ha cobrado gran auge en los últimos años y se ha considerado como un directriz que permite a los individuos actuar en pro de su autodeterminación en la toma de decisiones médicas y en la relación médico paciente, también lo es que no es un principio absoluto ya que cuando entra en conflicto con los derechos de otras personas, surgen limitaciones claras al mismo. De igual manera, cuando por la decisión de un paciente autónomo se pueden causar daños directos a otra persona o a la sociedad, este principio debe ser limitado indiscutiblemente.

El principio de autonomía en bioética encuentra su análogo en la llamada autonomía de la voluntad en el Derecho Civil. En efecto, los actos jurídicos en materia patrimonial, tienen su origen en la voluntad de las partes o la voluntad privada. En principio, los particulares son libres para llevar a cabo los negocios jurídicos que consideren pertinentes y establecer condiciones de modo, tiempo, lugar de la forma que mejor les convenga; las partes son libres para celebrar contratos o para no celebrarlos y

¹⁴⁹ Tesis 1a./J.37/2016 (10ª.) Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 33, Tomo II, agosto de 2016, p. 633.

en principio actúan sobre una base de igualdad en un concurso de voluntades, es decir, sobre un libre acuerdo de voluntad de los contratantes.

Sin embargo bien sabido es que tal autonomía no es irrestricta; la misma encuentra sus límites de igual manera en el respeto a los demás, en el interés público y en las buenas costumbres. “Así pues, el poder de la voluntad, la llamada autonomía de la voluntad o autonomía privada, no significa que como se pretendió en alguna época, sea absoluta, ni la voluntad soberana, porque encuentra ciertos límites que establece el orden público y las buenas costumbres y que circunscriben el concepto de licitud”¹⁵⁰

Actualmente el principio de autonomía de la voluntad sigue siendo la base de la materia contractual en Derecho Civil, recordemos la máxima que reza “la autonomía de la voluntad es la suprema ley de los contratos”, sin embargo esta autonomía tiene límites muy claros que están relacionados en primer lugar con un aspecto social en relación con los intereses colectivos y en segundo lugar por una cuestión de justicia en los contratos.

El estado en numerosas ocasiones debe intervenir en las relaciones entre particulares para evitar abusos de los ricos hacia los pobres, del fuerte hacia el débil, de los compradores y los vendedores, de los arrendadores y los arrendatarios, del patrón y el trabajador, de las grandes empresas y el consumidor final y esto en muchas ocasiones se lleva a cabo por medio de una limitación al principio de autonomía de la voluntad.

“Principalmente los abusos de los patrones frente a sus trabajadores, que provocaron grandes movimientos sociales y dieron nacimiento al Derecho Laboral, rama independiente del Derecho Civil en México, demostraron cómo la teórica igualdad jurídica no siempre es suficiente para asegurar la libertad y la justicia en el contrato, en vista de

¹⁵⁰ Galindo Garfias Ignacio, *Derecho Civil*, Editorial Porrúa, México, 1990, pág. 225.

las desigualdades económicas que en la práctica se dan entre una y otra parte. Así mismo, la aparición y generalización de los contratos de adhesión, que prescinden de toda discusión precontractual entre las partes y se reducen a la aceptación total por una de ellas de las condiciones propuestas unilateralmente por la otra, debilitaron también considerablemente el principio de autonomía de la voluntad. Además, las necesidades sociales y los requerimientos de las grandes mayorías de la población obligaron al Estado a intervenir en la formación y ejecución de diversos contratos, siendo ejemplo de ello las leyes moratorias en los pagos, las leyes protectoras de los inquilinos, las disposiciones para fijar precios máximos a los artículos de primera necesidad, la Ley Federal de Protección al Consumidor, etc.”¹⁵¹

Es más, aunque una persona libremente y sin coacción decidiera limitar su autonomía de la voluntad frente a otra, el Estado la protege ya que hay derechos que son irrenunciables y cualquier cláusula o convenio en contrario, se tiene por no puesta.

En bioética así como en derecho, la autonomía del paciente no es irrestricta; lo que debemos considerar desde el punto de vista bioético y legal, es que es un deber del operador jurídico mantener muy bien delimitada la delgada línea que divide la autonomía de un paciente en estado terminal del abuso del que puede ser objeto por parte de los individuos que los rodean y que indiscutiblemente pueden influir en la toma de decisiones de los pacientes. En efecto, un paciente que se encuentra en estado terminal se encuentra en una situación de vulnerabilidad incuestionable, puede ser influido fácilmente ya que su posición es de dependencia, de limitación y por consiguiente su capacidad para tomar decisiones puede ser manipulada fácilmente por factores y situaciones externas,

¹⁵¹ Sánchez Medal, Ramón, *Contratos Civiles*, Editorial Porrúa, México, 1993, págs. 5 y 6.

es totalmente coaccionable. El que una persona en un estado terminal solicite a otra que lo prive de la vida ¿Realmente puede considerarse como el ejercicio del derecho a una muerte digna? ¿Esa decisión puede considerarse tomada con serenidad, sin influencia de presiones externas, libre de limitaciones individuales? ¿Es realmente el ejercicio de un derecho de autodeterminación? ¿El paciente está actuando conforme a sus deseos y planes?

Una muerte en esas condiciones puede ser calificada con muchos adjetivos excepto de digna: el que una persona mate a otra, aún por motivos de compasión y para evitar sufrimiento no puede ser calificada como el derecho de un individuo a morir con dignidad menos aún si existe la posibilidad aunque sea remota, de que el paciente terminal haya estado sometido a una influencia externa que determinó o controló esa solicitud. Históricamente y por naturaleza humana, el ser humano tiende a abusar del débil, del que se encuentra en una posición desfavorecida, en un estado de vulnerabilidad. Estos casos no son la excepción: herencias, cobro de seguros de vida, reducción de gastos derivados de la atención al enfermo terminal, pensiones, tiempo, son factores determinantes para que las presiones externas sobre el paciente sean ejercidas para obtener un consentimiento para una práctica eutanásica.

Muchas veces existe más sufrimiento y desesperación en un familiar del enfermo terminal que hace que la persona sana proyecte sus propios deseos y malestares a la persona enferma: el llamado efecto espejo insoportable que “corresponde a la proyección de la persona sana sobre el moribundo, con todas las deformaciones que puede

conllevar”¹⁵², el enfermo siente que es una carga para los familiares y para la sociedad y prefiere pedir la eutanasia para fugarse de la realidad.

Ahora bien, las limitaciones que el principio de autonomía tiene, entre otros, por el simple hecho de que los seres humanos vivimos en sociedad, no significa que desaparezca el derecho de autodeterminación que los pacientes terminales tienen en la toma de decisiones respecto a la decisión de cómo desean manejar el tratamiento integral en las últimas etapas de su vida, lo que es muy diferente a solicitar que otra persona los mate. Sin caer en las exageraciones del principio de la autonomía ni tampoco en el paternalismo a ultranza, debe reconocerse que el derecho a la autodeterminación otorga a los pacientes terminales la capacidad de decidir qué tratamiento quieren recibir en las últimas etapas de su enfermedad y es aquí donde los cuidados paliativos cobran su total sentido y en donde el derecho de autodeterminación puede ser ejercido de manera plena.

En relación al argumento que afirma que el Estado no puede imponer a una persona el vivir en condiciones de sufrimiento y por lo tanto se debe regular el derecho a la muerte digna, diremos que la muerte es un hecho inexorable, no es un derecho que pueda ser reclamado como tal. La muerte en la teoría de los hechos y actos jurídicos, es un hecho protegido por el derecho y que es independiente de la actividad humana. “Los hechos jurídicos pueden consistir en hechos o en estados de hecho independientes de la actividad humana, o en acciones humanas voluntarias o involuntarias. Como ejemplos de hechos o estados de hecho puramente naturales podemos citar el nacimiento, la mayoría de edad o la muerte de las personas.

¹⁵² Fundación Jerome Lejeune. Delegación en España, *Manuales de la Cátedra de Bioética*, Bioética al final de la vida, España, 2017, pág. 19.

2. Aquellos que consideran que la eutanasia y la muerte digna son términos equiparables, argumentan principalmente que la calidad de vida de los enfermos terminales está tan deteriorada que ya han perdido la dignidad, lo que genera sufrimiento y dolor a los pacientes por lo que, por piedad y para terminar con ese sufrimiento, sería correcto aplicar la eutanasia o dicho de otra forma, que tengan el derecho a una muerte digna.

La idea que subyace a la ideología del derecho a una muerte digna entendida en un contexto pro eutanasia es precisamente que la pérdida de la dignidad ha sido deteriorada a tal grado por el sufrimiento, el dolor, la dependencia de otros, que es necesario “rescatar” a estas personas de tal situación por medio de la eutanasia.

Nada se aleja más del concepto de muerte digna que hemos venido defendiendo, que este argumento pro eutanásico ya que el mismo solo atiende a una dimensión de la persona y que es precisamente el aspecto físico y en algunos casos, el emocional de las personas: el sufrimiento, el dolor, la dependencia, la “indigna” calidad de vida.

Sin embargo, la persona es un ser que tiene múltiples dimensiones y no solo el físico y el emocional por lo que el morir con dignidad implica que todas las facetas del ser humano sean atendidas en el momento de la muerte y no solo el alivio del dolor y del sufrimiento. Precisamente los cuidados paliativos ofrecen una respuesta para atender las dimensiones del ser humano en el final de la vida para lograr una muerte digna y natural de los pacientes en estado terminal

En efecto, en la Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos emitida por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, se definen las bases terapéuticas en pacientes terminales la cual incluye la atención a los aspectos físicos, emocionales,

sociales y espirituales de la persona, estableciendo claramente que el enfermo y su familia son la unidad a tratar.¹⁵³

En ese sentido podemos decir que la muerte con dignidad sería aquella que efectivamente cubra estas dimensiones de la persona en sus últimos días:

Que exista atención de los aspectos físicos; tales como aliviar el dolor y controlar los síntomas;

Que exista atención de los aspectos emocionales; tales como alivio del sufrimiento, de la angustia, encontrar sentido a su vida aún en la situación en la que se encuentra, no abandono, cerrar ciclos con su familia y en general con su vida, necesidad de ser reconocido, tratado y valorado como persona con sus limitaciones y dependencias.

Que exista atención de los aspectos sociales de la persona; en relación con sus allegados, de amar y ser amado por su familia más cercana, amigos, en atender de igual manera a la familia ya que la tranquilidad de ésta repercute directamente sobre el bienestar del enfermo.¹⁵⁴

Que exista atención de los aspectos espirituales de la persona; necesidad de perdonar y ser perdonado, de reconciliación consigo mismo, con los demás, para ser consciente del mal que siente que ha hecho, de tener tranquilidad, de sanar, de esperanza.

¹⁵³ Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos, Madrid, España, 2014.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

Que exista atención a los aspectos religiosos de la persona según sus propias creencias; relación con un Ser Superior, de apertura a la trascendencia, de expresar sentimientos religiosos, de expresar su fe.

Los cuidados paliativos ofrecen al paciente y a su familia esta atención en todas las dimensiones de la persona y una dignidad en la muerte que definitivamente no puede ser alcanzada con un acto eutanásico en donde el objetivo es matar a otra persona, quitarle la vida... aunque sea por un acto de piedad y para eliminar el dolor y el sufrimiento de un ser humano.

Esta atención de todas las dimensiones del ser humano en el fin de la vida, el morir con dignidad, es obligatoria en nuestro Sistema de Salud de conformidad con el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos de fecha 26 de diciembre de 2014 y su reciente actualización del día 14 de agosto de 2018.

En el capítulo 2. Denominado Modelos de Atención se establece claramente que el objetivo del plan para atender al paciente en cuidados paliativos es el de organizar la prestación de atención médica para el enfermo con enfermedad avanzada con el objeto de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de su familia, cuando afrontan los problemas relacionados con una enfermedad potencialmente mortal que deterioran la función y el desempeño; atendiendo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales propios y de su entorno, con medidas de promoción, prevención,

rehabilitación y cuidado para el control de síntomas, garantizando la continuidad durante el proceso de la enfermedad.¹⁵⁵

Se definen las acciones a seguir en una atención en primer, segundo y tercer nivel. En las áreas de atención de los cuidados paliativos en tercer nivel las actividades que se desarrollan y que se ven reflejadas en las dimensiones del ser humano son las siguientes.

- Cuidado Global: Es considerar al enfermo de manera integral en el plano biopsicosocial (intelectual, social, financiero y espiritual).
- Manejo y control de síntomas: Proporcionar alivio al dolor físico-psíquico y a otros síntomas que aparecen a lo largo de la enfermedad, particularmente en la etapa terminal, mejorar calidad de vida, considerando el riesgo-beneficio.
- Apoyo psicosocial: Brindar estrategias para detectar y afrontar las causas del sufrimiento (abandono, disminución de la autoestima, temores, miedos, síntomas no tratados, etc.). Extender el apoyo a cuidadores y familia.
- Respeto y consideración de los aspectos, espirituales, culturales y económicos del paciente y la familia.
- Manejo del estrés y autocuidado del personal que provee los cuidados paliativos: No puede ser pasado por alto, ya que, para poder cuidar a otros, el personal de salud tiene que saber cuidar de sí mismo, conociendo sus posibilidades y limitaciones, entendiendo sus propias posturas emocionales, intelectuales y socioculturales ante la muerte de los pacientes, detectando a tiempo signos de desgaste (“burnout”) para así tomar las medidas que lo eviten. Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de que al personal de salud que participa en este programa reciba la atención necesaria para prevenir el desgaste.¹⁵⁶

Habiendo dicho esto, podemos concluir que efectivamente nuestro sistema jurídico regula de manera muy clara las dimensiones de la persona que deben ser satisfechas en los cuidados paliativos y con ello se establecen las bases para que los pacientes terminales puedan acceder a una forma de morir dignamente.

La eutanasia no satisface los criterios de cuidado global que son necesarios en la atención los pacientes terminales según lo hemos dicho anteriormente y por lo tanto de

¹⁵⁵Consejo de Salubridad General, op.cit., nota 47, capítulo 2.

¹⁵⁶ Ibídem.

ninguna manera se puede considera que tal práctica pueda ser considerada como una muerte con dignidad.

CAPITULO IV ACTUALIDAD SOBRE EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Este capítulo iniciará haciendo referencia al proyecto de sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en relación con diversas acciones de inconstitucionalidad promovidas por los partidos políticos MORENA y Nueva Alianza, la Procuraduría General de la República y la Comisión Nacional de Derechos Humanos en contra de la Constitución de la Ciudad de México publicada el 5 de febrero de 2017 y en donde nuestro Máximo Tribunal hace un pronunciamiento en relación al concepto de muerte digna, para posteriormente hacer una breve referencia al estado actual en el que se encuentran los cuidados paliativos tanto en la Federación como en la Ciudad de México.

A. Sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en relación con la acción de inconstitucionalidad promovida por varios actores políticos en contra de la Constitución Política de la Ciudad de México.

Como se ha mencionado en el presente trabajo, el 5 de febrero de 2017 fue publicada en la Gaceta Oficial la Constitución Política de la Ciudad de México. Los partidos políticos MORENA y Nueva Alianza, la Procuraduría General de la República y la Comisión Nacional de Derechos Humanos interpusieron sendas acciones de inconstitucionalidad en contra de la misma las cuales fueron radicadas bajo los números de expediente 15/2017, 16/2017, 18/2017 y 19/2017.

Las impugnaciones promovidas por tales actores políticos, plantean cuestiones de fondo de muy diversas materias que van desde las relacionadas con la validez del proceso legislativo en que se aprobó la Constitución, temas electorales, independencia de los poderes estatales hasta el tema de derechos humanos y específicamente el derecho a una muerte digna.

Al tratarse de impugnaciones muy variadas y complejas, el Tribunal en Pleno de la Suprema Corte, decidió estructurar el estudio de las acciones de inconstitucionalidad en dos grupos. Un primer conjunto de impugnaciones, se resolvió el día 17 de agosto de 2017 y son aquellas que están relacionadas con temas electorales y las relacionadas con el proceso legislativo de creación de la Constitución y un segundo grupo que es el que nos ocupa, relacionadas entre otros con los derechos humanos (la muerte digna), y que fueron discutidos y resueltos mediante sesión del día 23 de agosto de 2018.

En esta sesión, los Ministros integrantes de la Suprema Corte analizaron la porción normativa relativa al derecho a la muerte digna contemplada en el artículo 6 punto 2 de la Constitución Política de la Ciudad de México¹⁵⁷, considerando los argumentos esgrimidos por la Procuraduría General de la República.

La Procuraduría básicamente argumentó para considerar la inconstitucionalidad de la porción normativa relativa al concepto “la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna” que el reconocimiento del derecho a una muerte digna, abre la posibilidad de permitir la eutanasia y el suicidio asistido; que este es un tema de salubridad general y que la Ley General de Salud prohíbe expresamente tales conductas además que el Código Penal Federal tipifica como delitos tales actos. Considera básicamente la Procuraduría que la expresión muerte digna es una autorización a la eutanasia y suicidio asistido lo que evidencia la inconstitucionalidad de la norma impugnada porque implícitamente regula una autorización para que los médicos tratantes

¹⁵⁷ Artículo 6. A. Derecho a la autodeterminación personal.

1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad.
2. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna

y/o cualquier persona, así como para que los pacientes en situación terminal o sus familiares lo interpreten en el sentido de que les permite, a los primeros, practicarla y, a los segundos, solicitarla.

Estos razonamientos fueron analizados por los Ministros de la Suprema Corte, quienes después de exponer sus puntos de vista resolvieron, por medio de una votación de nueve votos a favor y dos en contra, que la frase “la vida digna contiene implícitamente el derecho a la muerte digna” es constitucional.

En efecto, la Suprema Corte de Justicia resolvió en relación con el concepto “muerte digna”, que el mismo no es inconstitucional ya que se encuentra dentro del marco del derecho a la autodeterminación personal y el libre desarrollo de la personalidad, derechos que permiten a las personas a ejercer sus capacidades para vivir con dignidad y por lo tanto morir con dignidad. Es decir, vivir con dignidad comprende de igual manera morir con dignidad, ambos derechos protegidos por el de autodeterminación personal y el libre desarrollo de la personalidad. La muerte digna no regula una institución en específico, ni una regla, política o principio “sino que únicamente reconoce el derecho a la muerte digna como parte del derecho a vivir dignamente en respeto al libre desarrollo de la personalidad.” Además, expresa la Asamblea Constituyente, desde el año 2008 se encuentra vigente en la capital la Ley de Voluntad Anticipada que regula cuestiones relativas a cuidados paliativos.

La expresión muerte digna no es forzosa y en automático eutanasia y suicidio asistido. Muerte digna conforme a los estudios y a los pronunciamientos de los tratados internacionales, es un concepto mucho más amplio que se refiere al buen morir y no una muerte rápida o anticipada o provocada. No incluye como una premisa automática la autorización para la eutanasia y el suicidio asistido sino que son cuestiones técnicas,

médicas, paliativos además de cuestiones administrativas, económicas y de integración social que son utilizadas para preservar la dignidad de las personas, evitando excesos que produzcan daño y dolor.¹⁵⁸

A continuación expondré brevemente algunos de los argumentos de los Ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación para votar tanto en favor como en contra de tal porción normativa.

El Ministro José Ramón Cossío Díaz, expresó no estar de acuerdo con lo establecido en la sentencia por la mayoría de los Ministros de la Suprema Corte, ya que considera que la Asamblea Constituyente de la Ciudad de México, no tiene atribuciones para legislar sobre el tema de muerte digna ya que los temas de salubridad pública competen en su definición a la Federación en términos de lo dispuesto en el artículo 4 y 73 Constitucional. En ese mismo sentido se pronuncia el Ministro Alberto Pérez Dayán al considerar de igual manera que el concepto muerte digna debe ser declarado inválido ya que corresponde a la Federación legislar sobre esta materia por provenir de las regulaciones de la Organización Mundial de la Salud y que se circunscriben a los Tratados que el Estado Mexicano ha celebrado por lo que corresponde a la Federación por haber sido así aprobados por el Senado, el hacerse cargo de esta materia. Considera que no está al alcance ni el permiso de la Ciudad de México establecer disposiciones acerca de la muerte digna. Además, considera que la expresión “la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”, que hasta puede considerarse axiomática, califica un tipo de vida: solo la vida digna. Es decir, el Constituyente ha calificado una vida, a la digna, a la cual le corresponde una muerte digna, esta es una

¹⁵⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 Y 19/2017*, proyecto de sentencia, pág. 126-132.

distinción inapropiada fuera del contexto que corresponde a la competencia de la Constitución de la Ciudad de México ya que cualquier tipo de vida merece una vida digna.

Por su parte la Ministra Margarita Beatriz Luna Ramos, es de la opinión que si bien es cierto el tema del derecho a la muerte digna es un tema reservado a la Federación, también lo es que el Constituyente no lo está legislando como tal sino que simplemente está estableciendo la posibilidad de una muerte digna y que el tema ya está regulado en la Ley General de Salud en el artículo 166 Bis 2 al prohibir expresamente este ordenamiento la eutanasia y el suicidio asistido. Simplemente es un concepto que se enuncia y enmarca en el derecho a la salud contemplado en la Constitución y en las leyes generales como parte de este sistema normativo.

El Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, considera que es un tema complicado ya que normalmente en la literatura especializada y la Filosofía se debate dentro del concepto muerte digna el tema de la eutanasia activa y pasiva, de tal suerte que de tomar este concepto en la forma más usual del término, sería inconstitucional por invadir la esfera competencial de la Federación y por ir en contra de preceptos expuestos de la Ley General de Salud, “de cuya constitucionalidad no me voy a ocupar en este momento porque no es el tema pero tampoco quiere decir que porque la Ley General de Salud establezca que está prohibida la eutanasia, necesariamente eso va a ser constitucional”. Por lo tanto, se busca una interpretación conforme “darle al continente muerte digna un contenido que no lo haga chocar con la Ley General de Salud y diciendo para los efectos de esta Constitución entendemos por muerte digna este concepto acotado y en ese concepto acotado no se vulnera la Ley General de Salud”.

Hay que reforzar las argumentaciones sobre porque es jurídicamente viable esta interpretación conforme, porque de lo contrario si existe un choque competencial. Hay

una línea muy tenue porque los conceptos jurídicos y filosóficos no tienen un contenido único, cambian de contenido del contexto, la forma y de cómo son estos interpretados.

En ese mismo sentido se pronuncian los Ministros Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena al establecer que el concepto muerte digna es más amplio del contenido que está establecido en materia de salubridad, pues puede abarcar temas de libre desarrollo de la personalidad, dignidad humana y privacidad y que se debe buscar una interpretación conforme; la Ministra Norma Lucía Piña Hernández al manifestar que la norma va a ser válida siempre y cuando se entienda en ciertos términos y que son los que se ajustan a la Ley General de Salud ya que se retoman y se consignan como un derecho en la Constitución Política de la Ciudad de México; el Ministro Eduardo Medina Mora al considerar que el artículo 4 de la propia constitución hace referencia a las leyes generales, esto es, la Ley General de Salud por lo que este precepto se debe instrumentar en los términos de la Ley General porque es precisamente lo que se pretende hacer “ortolasia (sic) no eutanasia” y finalmente el Ministro Luis María Aguilar Morales al establecer que la propia norma no contempla la posibilidad o la exigencia de la eutanasia y el suicidio asistido por lo que no se están excediendo los límites del derecho a la salud definido en el artículo 4 Constitucional y delimitado en la Ley General de Salud, “que como se ha señalado no ha sido cuestionada en este momento”.

El Ministro Javier Laynez Potisek finalmente considera que se debe fortalecer la interpretación conforme para que en el momento en que se desarrolle la legislación secundaria en la materia, se elabore la misma conforme a la interpretación que de la norma ha realizado el Máximo Tribunal.¹⁵⁹

¹⁵⁹Suprema Corte de Justicia de la Nación, sesión 23 de agosto de 2018.
<https://www.youtube.com/watch?v=36y9TR3qeas&t=2272s>

La interpretación que en esta materia ha hecho la Suprema Corte de Justicia de la Nación es de suma importancia ya que sustenta judicialmente lo establecido en el sistema jurídico mexicano respecto a la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido y de la necesidad de que en materia de políticas públicas se impulse debidamente en todas las esferas de gobierno, el tema de la muerte digna y consecuentemente, los cuidados paliativos.

Ahora bien, no pasan desapercibidas ciertas declaraciones expresadas por algunos de los Ministros al resolver este tema en el sentido de cuestionar la inconstitucionalidad de algunos artículos de la Ley General de Salud, especialmente los referidos a la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido, lo que parecería abrir la puerta para que se promuevan futuras controversias constitucionales vía litigios estratégicos.

B. El Consejo de Salubridad General, la Secretaria de Salud de la Ciudad de México y los cuidados paliativos

El Consejo de Salubridad General es un órgano colegiado que depende directamente del Presidente de la República y tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas.

En términos de lo dispuesto en la Ley General de Salud y del Reglamento Interior de Consejo de Salubridad General, a dicho órgano le corresponde, entre otras funciones, participar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y en el establecimiento de la política nacional en materia de salud.

Siendo la atención médica, los cuidados paliativos y el tratamiento integral del dolor una materia de salubridad general, el 3 de diciembre de 2014 el Consejo de Salubridad emitió el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos el cual fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 26 de diciembre de 2014 y el 26 de diciembre de 2016, lo complementó con el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico.

Recientemente, el día 14 de agosto de 2018 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el decreto por el cual se actualizó la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, anexa al acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de cuidados paliativos de 2014. En palabras de la Dra. Silvia Allende Pérez, “se trata de una importante actualización que sintetiza los parámetros de atención y las especificaciones médicas necesarias para que todos los sistemas estatales de salud repliquen, e incluso, amplíen la especialización, infraestructura y la calidad de las unidades de cuidados paliativos en sus respectivas entidades. Tras la actualización de la Guía, las instituciones de salud públicas que forman parte del Consejo de Salubridad General deberán redoblar esfuerzos para asegurar que en las 32 entidades federativas del país se cuenten con los servicios, infraestructura y capacidades institucionales suficientes para operar las Unidades de Cuidados Paliativos.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Entrevista Dra. Silvia Rosa Allende Pérez en Excélsior TV, Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. <https://www.youtube.com/watch?v=vOv16hd95gA>

El Consejo de Salubridad General es un organismo de vital importancia en la materia de cuidados paliativos en México al establecer los planes de seguimiento a los acuerdos antes mencionados. En enero de 2017 el Consejo emitió un documento que establece acciones para mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, promoviendo una cobertura universal de salud que incluya los cuidados paliativos.

Tales acciones se caracterizan de dos formas:

I. El diseño de una estrategia para propiciar el desarrollo profesional del personal, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, toda vez que representa el nivel con mayor área de oportunidad para avanzar dicha política pública, favoreciendo el acceso a los cuidados paliativos, la continuidad de la atención médica y propiciando atención domiciliaria. La estrategia es complementaria a las acciones de educación continua de cada institución y tiene dos etapas, la primera, coordinada por el CSG, consiste en capacitar a personal de segundo o tercer nivel de atención que acepte participar como docente; y la segunda, coordinada por la institución o Secretaría de Salud correspondiente, consiste en capacitar a personal de primer nivel de atención, con base en la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, anexa al Acuerdo del Consejo.

II. Acciones establecidas en materia de cuidados paliativos por las Secretarías Estatales de Salud y las instituciones públicas de Seguridad Social del Sistema Nacional de Salud, como efecto del Acuerdo del Consejo.¹⁶¹

En el último informe emitido por el Consejo en relación a los cuidados paliativos de fecha septiembre de 2017, se enuncian los avances de las Secretarías de Salud Estatales e Instituciones Públicas del Sector Salud en cuidados paliativos en donde se pueden analizar las acciones realizadas en esta materia hasta el primer semestre de 2017. Tal informe incluye diversas estrategias tales como la difusión de los acuerdos en cuidados paliativos, infraestructura en servicios de cuidados paliativos, número de hospitales que implementaron estrategias para fortalecer cuidados paliativos, hospitales que realizan visita domiciliaria, estrategias de primer nivel de atención, capacitación en cuidados paliativos, etc.

¹⁶¹Consejo de Salubridad General, El Consejo de Salubridad General y los Cuidados Paliativos, Ciudad de México, enero de 2017, pág. 2-6.

Si bien es cierto ha habido grandes avances en la materia de cuidados paliativos desde el año 2009, fecha en que se adicionó la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal, también lo es que aún falta mucho que hacer para que los pacientes que así lo requieran puedan tener una muerte digna mediante el debido acceso a los cuidados paliativos, especialmente en el primer nivel de atención.

Por lo que respecta a la Ciudad de México, es la Secretaría de Salud la institución responsable de garantizar el acceso a la atención médica y la protección de la salud de la población residente en ese territorio. En relación al tema de los cuidados paliativos, este servicio se otorga mediante dos programas:

1. El programa “médico en tu casa” para llevar a cabo la atención domiciliaria del paciente a través de equipos interdisciplinarios que están distribuidos en los centros de salud. El objetivo del programa es localizar e identificar a personas que por su condición de salud no pueden trasladarse a la unidad médica para su atención. Principalmente, está dedicado al adulto mayor sin capacidad de trasladarse, personas con discapacidad, mujeres embarazadas sin control prenatal y enfermos en etapa terminal. Se implementa de igual manera junto con el programa medicina a distancia en donde orientan y asesoran a los pacientes y familiares acerca de la evolución de síntomas con base en los datos que refieren sus usuarios por la vía telefónica. Brindan contención emocional y su respectivo seguimiento, así como referirlos a unidades hospitalarias y centros de salud.

2. Mediante hospitales de red que identifican, diagnostican y plantean el manejo médico del paciente con enfermedad avanzada en etapa terminal. Posteriormente orientan y capacitan a los familiares responsables para llevar a cabo el rol de cuidadores primarios, para continuar con su atención en el mejor ambiente familiar, refieren al

paciente a su domicilio. Emiten la contra referencia al hospital, a aquellos pacientes que presentan necesidad de requerimientos propios para mantener su calidad de vida.

Para el mes de octubre de 2017¹⁶² se reporta que los programas de la Red de Hospitales, Medicina a Distancia y El Médico en Tu Casa, ha brindado atención especial a mil 927 pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y en fase terminal, quienes solicitaron la asistencia en sus domicilios.

El programa médico en tu casa si bien es cierto es un programa innovador y creado con una buena intención, en la práctica adolece de varios defectos que hacen inoperativo su funcionamiento, siendo el primero de ellos la falta de capacidad de los médicos para recetar los medicamentos necesarios para controlar el dolor.

¹⁶² Secretaria de Salud de la Ciudad de México, SEDESA otorga cuidados paliativos con equipo multidisciplinario a cerca de 2000 mil pacientes en etapa terminal, Ciudad de México, 9 de octubre de 2017.

RECOMENDACIONES

Finalmente y con el objeto de que la muerte digna, entendida como se ha desarrollado en este trabajo sea una realidad operativa y accesible para los habitantes en la Ciudad de México, se proponen una serie de estrategias que deben ser implementadas a nivel ejecutivo y legislativo, con el objetivo de mejorar el acceso de los cuidados paliativos a toda la población que lo necesite y que están orientadas a cubrir la totalidad de las dimensiones de la persona.

Se plantean tomando como fundamento la recomendación 1418 emitida por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en materia de “Protección de los Derechos Humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos” de 25 de junio de 1999¹⁶³ que establece respetar y proteger la dignidad de estos pacientes:

1. Afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales.
2. Protegiendo el derecho de las personas en fase terminal o moribundas a la autodeterminación.
3. Respaldando la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas.

¹⁶³ Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, *Protección de los Derechos Humanos y dignidad de los enfermos terminales y moribundos*, 25 de junio de 1999. En la referida recomendación se estableció que los derechos fundamentales derivados de la dignidad del paciente terminal se ven amenazados, entre otros aspectos, por: (i) las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor; (ii) la frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales; (iii) la prolongación artificial del proceso de muerte ya sea por el uso desproporcionado de medios técnicos o por la continuación del tratamiento sin consentimiento; (iv) la falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que en medicina paliativa; (v) la insuficiencia del apoyo y asistencia a los familiares y amigos del paciente; (vi) el temor de los pacientes a perder el control de sí mismos y convertirse en cargas; (vii) la carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse para siempre de sus familiares y amigos en paz; (viii) la insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos, y (ix) la discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte.

Las estrategias a continuación descritas, son enunciativas y se desarrollarán con amplitud en un trabajo de investigación posterior.

A. MEDIDAS LEGISLATIVAS

1. Propuesta de reforma al artículo 166-Bis-3, 166-Bis-5, 166-Bis-6, 166-Bis-7, 166-Bis-9 y 166-Bis-10 de la Ley General de Salud. Incluir el derecho a cuidados paliativos a personas con enfermedades terminales y con pronóstico de vida limitado, así como personas con enfermedades no curables o amenazantes para la vida.

2. Desarrollar una serie de disposiciones en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en relación con el tratamiento integral del dolor. En términos del artículo 3 fracción XXVIII Bis de la Ley General de Salud, definir claramente este concepto y como se lleva a cabo este tratamiento.

3. Propuesta de adición al artículo 132 de la Ley Federal del Trabajo. Fracción XXVII Bis. Obligación del patrón de otorgar un permiso por enfermedad terminal y flexibilidad de horario para el cuidador principal para atención de cuidados paliativos domiciliarios.

4. Propuesta de reforma al artículo 6 de la Constitución Política de la Ciudad de México para incluir el derecho a los cuidados paliativos como un derecho humano al final de la vida de todos los habitantes de la Ciudad de México y no solo a los adultos mayores.

B. MEDIDAS ADMINISTRATIVAS Y DE POLITICAS PUBLICAS

1. Priorizar el tema de los cuidados paliativos mediante una partida presupuestaria expresa que incluya un paquete básico: medicinas, equipo médico y recursos humanos.

2. Formación de recursos humanos, tanto en el ámbito público como en el privado, en cuidados paliativos y tratamiento integral del dolor en dos vertientes: a) incorporando

contenidos de cuidados paliativos en escuelas y facultades y b) entrenamiento y “empoderamiento” de los profesionales de la salud sobre el uso de opioides fortaleciendo las competencias vs profesiones con la ayuda de los colegios y asociaciones médicas.

3. Incentivar la participación de las instituciones de primer nivel en los cuidados paliativos con equipos multidisciplinarios. Atención cerca de los domicilios de los pacientes.

4. Difundir en la población en general el derecho al acceso de los cuidados paliativos como un derecho humano al final de la vida. Educación del público: talleres, panfletos, trípticos, trabajadores sociales.

5. Promover la incorporación de los cuidados paliativos en los planes de seguros médico. Incentivos fiscales.

CONCLUSIONES

PRIMERA. El derecho a la muerte Digna establecido en el artículo 6 inciso A, puntos 1 y 2 de la Constitución Política de la Ciudad de México, nos remite indefectiblemente a la discusión sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

SEGUNDA. Según lo establecido por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, se entiende por eutanasia la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta y en un contexto médico.

TERCERA. La muerte digna es una forma de morir naturalmente sin dolor y sufrimiento, en la que el paciente ha asumido y aceptado el hecho de la muerte en paz, disminuyendo con esto su angustia y temores, en un ambiente cálido, familiar y con asistencia médica, psicológica y espiritual si ese fuera el caso. Morir dignamente implica que en el hecho natural e inexorable de la muerte, todas las dimensiones del ser humano han sido cubiertas tanto por la familia como por los profesionales de la salud, tratándose al paciente como un ser integral.

CUARTA. El concepto de muerte digna establecido en la Constitución Política de la Ciudad de México no incluye el concepto eutanasia, ya que ello transgrede el sentido semántico, bioético y jurídico del término muerte digna.

QUINTA. El concepto muerte digna no incluye el concepto de eutanasia porque desde un análisis semántico, queda claramente establecido que se trata de dos términos completamente diferentes en sus significados; tanto desde una aproximación coloquial tomando en cuenta el contenido del Diccionario de la Real Academia de la Lengua como de una fuente especializada como lo es el Diccionario Latinoamericano de Bioética: la

muerte digna es una muerte a su tiempo, una muerte acompañada, una muerte que vela por todas las dimensiones del ser humano; la eutanasia es una muerte provocada, una muerte intencionada, una muerte acelerada.

SEXTA. El término muerte digna ha sido utilizado por las organizaciones pro eutanásicas como un eufemismo para manipular los conceptos eutanasia y muerte digna con el objeto de persuadir, principalmente a la sociedad, con la idea equívoca de que la eutanasia permite al enfermo terminal morir con dignidad ya que su calidad de vida se encuentra mermada y disminuida.

SEPTIMA. Desde un punto de vista jurídico, el término eutanasia se encuentra claramente definido en nuestros ordenamientos legales tanto federales como locales como una práctica prohibida y tipificada como delito siendo contradictorio entonces, que se pretenda que el derecho a la muerte digna contemple la eutanasia como un derecho en la Constitución Política de la Ciudad de México.

OCTAVA. Desde un punto de vista bioético y en concordancia con nuestros ordenamientos legales e instrumentos internacionales, la dignidad humana es una cualidad inherente e intrínseca al ser humano, la cual no se pierde por una disminución en la calidad de vida de una persona, cayendo por su propio peso el argumento por el que se pretende considerar que la dignidad en el morir implica el derecho de solicitar al Estado que una persona mate a otra por haber perdido esta última su dignidad.

NOVENA. El fundamentar el derecho a una muerte digna como sinónimo de eutanasia en base al principio de autonomía y el derecho a la autodeterminación del paciente en estado terminal que lo solicita, paradójicamente atenta contra esa propia autonomía, ya que el paciente al estar en un estado de vulnerabilidad puede ser sujeto de manipulación y coacción por parte de terceros, además de que el principio de

autonomía tiene limitaciones claras en su ejercicio y que tienen que ver primordialmente con las afectaciones de derechos de terceros.

DECIMA. En concordancia con los argumentos antes expresados, la Suprema Corte de Justicia del Nación recientemente se ha pronunciado en relación a la expresión muerte digna aseverando que la misma no es forzosa y en automático eutanasia y suicidio asistido. Muerte digna conforme a los estudios y a los pronunciamientos de los tratados internacionales, es un concepto mucho más amplio que se refiere al buen morir y no una muerte rápida o anticipada o provocada.

DECIMA PRIMERA. El reconocimiento constitucional de la muerte digna, otorga al enfermo el derecho a acceder a los cuidados paliativos, derecho humano fundamental al final de la vida, por lo que es obligación constitucional del Estado garantizar que todos los habitantes de la Ciudad de México que así lo requieran tengan acceso a los mismos con el objeto de evitar cualquier acto eutanásico y proteger a las personas del encarnizamiento terapéutico.

DECIMA SEGUNDA. El derecho a los cuidados paliativos está reconocido en materia federal en la Ley General de Salud y su reglamento, así como en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de los esquemas de cuidados paliativos emitido por el Consejo de Salubridad General del año 2014 y actualizado el 14 de agosto de 2018. A nivel local está reconocido en la Constitución de la Ciudad de México en el artículo 11 inciso F y en la Ley de Salud del Distrito Federal y en su Reglamento.

DECIMA TERCERA. Con el objeto de que la muerte digna y el acceso a los cuidados paliativos sea una realidad operativa y accesible para los habitantes en la Ciudad de México, es necesario que se lleven a cabo una serie de políticas públicas, que serán desarrolladas en un trabajo posterior, en los niveles de gobierno dirigidas a mejorar

el acceso de los cuidados paliativos a toda la población que lo necesite y orientadas a cubrir la totalidad de las dimensiones de la persona.

FUENTE CONSULTADAS

A. FUENTES BIBLIOGRAFICAS

ALONSO, Juan Pedro. *De medios ordinarios y extraordinarios*. La Iglesia Católica y los debates sobre la muerte digna en Argentina, Universidad de Buenos Aires, 2014, 40 pp.

BASSO, Domingo M., *Nacer y Morir con Dignidad*. Bioética. Corporación de Abogados Católicos, Depalma, 3ª edición ampliada, Buenos Aires, 1993, 504 pp.

BONETE PERALES, Enrique, *Repensar el fin de la vida, sentido ético del morir*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, Octubre, 2007, 167 pp.

BORJA SORIANO, Manuel, *Teoría General de las Obligaciones*, Editorial Porrúa, México, 1991, 732 pp.

CASAS MARTINEZ, Ma. De la Luz. *Bases Bioéticas para la toma de decisiones en la práctica médica, investigación en humanos y trasplantes*. México, Editorial Trillas, 2008.

CICCONE, Lino. *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*. España, Pelicano, 2006.

FERRER, Jorge José, Juan Carlos Alvarez, *Para fundamentar la bioética: teoría y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Editorial Desclée de Brouwer. España, 2003, 567 pp.

FUNDACION JEROME LEJEUNE, *Manuales de la Cátedra de Bioética*, Bioética al final de la vida, España, 2017, 37 pp.

GARCIA, Máynez Eduardo, *Introducción al Estudio del Derecho*, Editorial Porrúa, México, 1990, 444 pp.

GALINDO, Garfias, Ignacio, *Derecho Civil*, Editorial Porrúa, México, 1990, 758 pp.

GISPERT CRUELLES, Jorge, *Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica*, Editorial El Manual Moderno, México DF, 2001, 279 pp.

HERBERT, Hendin, *Seducidos por la muerte*, Editorial Planeta, 2009, España, 350 págs.

HERRERA OCEGUEDA, José Rubén. *La necesidad de legalizar la eutanasia en México*. México, Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2013.

LOPEZ GARCIA, Gerardo Francisco. *Eutanasia activa. Urgente necesidad para legislarla en México a la luz de los Derechos Humanos*. Centro de Investigaciones Jurídicas López Thomas, México 2015.

MADERO ESTRADA, José Miguel. *Configuración normativa de las leyes en el marco competencial de los órdenes jurídicos*. Congreso Redipal Virtual VIII, México, Cámara de Diputados, Marzo, 2015.

MARTINEZ SELLES, Manuel, *La muerte: reflexiones desde la bioética*, Trabajo galardonado con el premio Hipócrates 2010 del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Octubre, 2009.

MOLINA MARTINEZ, María Ángeles. *Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España. ¿Hacia qué modelo se dirige la opinión pública?* ARBOR, España, 2014.

SÁNCHEZ Barroso, José Antonio, *Voluntad Anticipada*, Editorial Porrúa, México, 2012, 305 pp.

PARDO, Antonio. *Cuestiones básicas de Bioética*. España, Rialp, 2010.

SÁNCHEZ Medal, Ramón, *Contratos Civiles*, Editorial Porrúa, México, 1993, 245 pp

SANTILLAN DOHERTY, Patricio. *La ética civil y la nueva Constitución de la CDMX*. Colegio de Bioética, AC, México, Editorial 2017.

SCHOCKENHOFF, Eberhard, *Ética de la Vida*, Editorial Herder, España, 2009, 685 pp.

SILVA ALARCON, Doris. *La eutanasia. Aspectos Doctrinarios. Aspectos Legales*. Centro de Estudios Biojuridicos, Colombia, 2015.

SOBERANES, José Luis, *Reflexiones sobre el concepto de dignidad humana y su proyección en el campo de la Bioética* en Perspectivas de Bioética, Coordinadora Juliana González Valenzuela, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, Fondo de Cultura Económica, 2008, 380 pp.

TOMAS Y GARRIDO y Gloria María Postigo Solana, *Bioética personalista. Ciencia y controversias*, Editorial Eiunsa, España, 2007.

TOMAS Y GARRIDO, Gloria María et al, *Manual de Bioética*, Editorial Ariel, España, 2001, pag 461.

B. FUENTES HEMEROGRAFICAS

ANDORNO, Roberto, “El principio de dignidad humana en el Bioderecho Internacional”, en García, José Juan (director): *Enciclopedia de Bioética*.

FERNANDEZ R, Baigorri F, Artiagas A. “Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?” *Revista de Medicina Intensiva*; 29(6): 338-334, 2005.

GALLUD Jardiel, Enrique, “El eufemismo como instrumento de manipulación social”, *Revista Comunicación y Hombre*, Número 1, pág. 122, 2005.

GEMPELER Rueda, Fritz Eduardo, “Derecho a morir dignamente”, *Universitas Médica*, abr-jun, Vol. 56, Issue 2, págs 178-185, 2015.

GOIC G, Alejandro. “Apuntes sobre la eutanasia”. *Revista Médica de Chile*, volumen 133, numero 3 ,2005.

GOMEZ MONT URUETA, Fernando. “Los parámetros legales de la muerte digna en México”, *Revista Nexos*, México, Junio 2015.

MACIA GOMEZ, Ramón, “El concepto legal de muerte digna”, *Hemeroteca de la Asociación Por el Derecho a una muerte digna*, México, 2008.

PASCUCCI DE PONTE, Enrico. “Cuestiones en torno a la eutanasia”, *Revista Saberes Universidad Alfonso X el Sabio*, Madrid, España, volumen 1, 2003.

RESTO RODRIGUEZ, Wilfred O. El proyecto de la Cámara 2258 ¿Muerte digna, suicidio asistido o eutanasia? y sus consecuencias jurídicas, *Revista de derecho Puertorriqueño*, Vol. 54, 2015.

SERRANO RUIZ CALDERON, José Miguel, “Eutanasia y vida dependiente. Inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia”, *Ediciones Internacionales Universitarias*, S.A., Madrid, 149 pp. 2001.

SIMON, Lorda P, Barrio Cantalejo IM., “El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas”, *Medicina Intensiva*, 32 (9): 444-457, 2008.

C. LEGISLACION FEDERAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Código Penal Federal.

Ley General de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

D. LEGISLACION LOCAL

Constitución Política de la Ciudad de México.

Código Penal para el Distrito Federal.

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Ley de Salud para el Distrito Federal.

Reglamento de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

E. CONVENCIONES, DECLARACIONES, PACTOS.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) del 22 de noviembre de 1969.

Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina: Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 4 de abril de 1997 (Convenio de Oviedo).

Declaración de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada el 19 de octubre de 2005 por la Conferencia General de la Unesco.

Recomendación 141 emitida por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en materia de Protección de los Derechos Humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos de 25 de junio de 1999.

F. RECURSOS ELECTRONICOS

<http://www.aldf.gob.mx>

<http://www.bioeticadesdeasturias.com>.

<http://www.canger.gov>

<http://www.cdmx.gob.mx/constitucion>

<http://www.concer.gov>

<http://www.diputados.gob.mx>

<http://www.diputados.gob.mx/asambleaconstituyentecdmx/>

<http://www.dle.rae.es>

<http://www.dof.gob.mx>

<http://www.encyclopediadebioetica.com>

<http://www.eutanasia.ws>

<http://www.gaceta.diputados.gob.mx>

<http://www.inafed.gob.mx>

<http://www.oas.org>

<http://www.ohehr.org>

<http://www.personalismo.org>

<http://www.secpal.com>

<http://www.scjn.gob.mx>

<http://www.youtube.com>

<http://www.un.org>
<http://www.unav.es>
<http://www.unesco.org>
<http://www.who.int>
<http://www.wma.net>
<http://www.3.contraloriadf.gob.mx>

