

SPE-ISS-02-07



CENTRO DE DOCUMENTACIÓN,
INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

SERVICIO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS

Subdirección de Política Exterior

Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia

Mtra. Elma del Carmen Trejo García
Investigadora Parlamentaria

Enero, 2007

Av. Congreso de la Unión Núm. 66, Col. El Parque,
México, D.F., C.P. 15969
Tel: 5628-1318 y 5628-1300 ext. 4711; Fax: 5628-1316
e-mail: elma.trejo@congreso.gob.mx

Índice

	Pág.
I. Introducción	1
II. Marco Conceptual	2
2.1 Concepto	2
2.2 Elementos de la Eutanasia	3
2.3 Clasificación	4
2.4 Otros Conceptos Relacionados	5
III. Marco Jurídico Internacional	8
IV. Marco Jurídico Nacional	19
V. Derecho Comparado	21
VI. Conclusiones	34
VII. Fuentes Consultadas	35

I. INTRODUCCIÓN

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas.

A nivel internacional existe un amplio debate acerca de la figura de la eutanasia, que son tomadas en cuenta para su análisis consideraciones éticas, morales, sociales, científicas, económicas, médicas y jurídicas.

Diversas encuestas muestran un creciente interés de la opinión pública mundial por temas como la eutanasia o el aborto, gracias al avance de la tecnología y con ella de los medios de comunicación, actualmente son conocidos numerosos casos sobre estos temas, lo que mantiene a las personas de todo el mundo al tanto de lo que sucede en otros Estados y en los casos particulares de enfermos terminales que tienen que llevar ante cortes su derecho a morir con dignidad.

Según la encuesta del Instituto Field de California¹ presentada en marzo de 2006, el 70% de los adultos de California y el 69% de los electores registrados aceptan la idea de ayudar a morir a enfermos terminales.

Dentro de la sociedad estadounidense se observa una división respecto al tema de acuerdo con la pertenencia política que declararon los encuestados, pues el 80% de los electores registrados como demócratas aceptó la muerte asistida por un médico, mientras que entre los republicanos la medida fue aprobada por el 64%. Un dato relevante fueron las respuestas del sector católico, que en un 64% dijo estar de acuerdo en que un médico ayude a morir a personas con enfermedades incurables, contra un 31% que no estuvo de acuerdo.

¹ Fuerte apoyo al suicidio asistido. <http://www.eutanasia.ws/textos/california0306.doc>

II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Concepto

La raíz etimológica de la palabra es *eu-thanatos* que significa buena muerte. Hasta aquí el concepto de eutanasia no parece presentar mayor polémica, hasta que se presenta el caso de un enfermo que ya sea por una enfermedad incurable o por la desgracia de un fatal accidente, se encuentra en una situación en la que sus capacidades físicas y psicológicas se ven disminuidas, y su condición es tal que no cuenta con una calidad de vida mínima aceptable debido a los tratamientos a los que es sometido con el fin de prolongar su existencia.

Es entonces que surgen innumerables cuestionamientos acerca de la figura de la eutanasia, posturas a favor y en contra. A continuación presentaremos diversas definiciones sobre el término:

El Diccionario de la Real Academia Española contempla la siguiente acepción de la palabra: “Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.”²

Como se observará más adelante, la anterior definición no coincide con las características que estipulan algunas legislaciones en las que la eutanasia es aceptada, ya que en algunas de ellas el consentimiento y la petición expresa del paciente son esenciales para su realización.

Eutanasia es la “acción u omisión que provoca la muerte de una forma indolora, a quien la solicita para poner fin a sus sufrimientos”³.

Por otro lado Verpieren, la considera como “el acto o la omisión que provoca deliberadamente la muerte del paciente con la intención de poner fin a sus sufrimientos.”⁴

Ciccone la define como “la muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre notablemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de forma deliberada por el personal sanitario, o al menos con su ayuda, mediante fármacos o mediante la suspensión de cuidados vitales ordinarios, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se piensa que ya no es digna de ser vivida.”⁵

² <http://www.rae.es/>

³ DEL CANO, Marcos, La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico. Ed. Pons, Madrid, 1999, p. 10

⁴ VERSPIEREN, P., Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagna-mento dei morenti, ed. Paoline, Milano, 1985, p. 140 en La Eutanasia. Una Valoración Moral, Tesis de Doctorado. Universidad Pontificia de la Santa Cruz, Roma, 2005.

⁵ CICCONE, L., Eutanasia, problema cattolico o problema di tutti?, Ed. Città Nuova, Roma, 1991, p. 15.

Vega Gutiérrez toma en cuenta diversas definiciones para conjuntar en la siguiente todos los aspectos que intervienen en esta situación: “la actuación (acción u omisión) cuyo objeto es causar la muerte de un ser humano (indolora, en línea de máxima) 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.”⁶

2.2 Elementos de la Eutanasia

“Entre los elementos que integran la Eutanasia, se encuentran los siguientes:

Muerte que se da a otro.

Muerte: Es una consecuencia inevitable para el ser humano, y esa consecuencia deriva del bien jurídico tutelado llamado vida. Proviene del latín Mors, entendiéndose como la cesación de la vida, suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales.

“Es la cesación o extinción de las funciones vitales. Es el fin natural del proceso evolutivo de toda materia vida”

Enfermedad incurable: La palabra incurable significa que no se puede curar o no se puede sanar. El concepto de enfermedad incurable ha sufrido demasiadas variaciones a lo largo de la historia médica, de acuerdo con la eficacia de los agentes terapéuticos de que se disponía en cada época. Quizá el mayor cambio en el pronóstico de este tipo de enfermedades se haya logrado en los últimos años, con la terapéutica eficaz contra ellos.

Agonía larga y dolorosa: Es el periodo más o menos prolongado que precede a la muerte real, a la muerte que sobreviene lentamente (Guillermo Uribe Cuella). En un sentido médico es el estado que precede a la muerte en las enfermedades que en la vida se extinguen gradualmente.

Dolor: “Es la sensación más o menos localizada de malestar pesadumbre o ansiedad, consecuencia de terminales nerviosas especializadas. El dolor es casi siempre un indicio de un proceso patológico desarrollado en alguna parte del organismo”.

Piedad: “Es el sentimiento altruista fundamental de la especie humana que produciéndonos compasión, lástima o misericordia, ante el dolor o mal ajenos, representándonoslo como propio, nos lleva a darle alivio en lo que depende de nuestra acción y fuerzas”.⁷

⁶ VEGA Gutiérrez, Javier, La «Pendiente Resbaladiza» En La Eutanasia. Una Valoración Moral, Tesis de Doctorado, Universidad Pontificia de la Santa Cruz, Roma, 2005.

⁷ <http://html.rincondelvago.com/eutanasia-en-colombia.html>

2.3 Clasificación

La eutanasia tiene varias clasificaciones y son según las condiciones en que se presente. Para clasificarla son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente, el estado del paciente y el que practica la eutanasia.⁸

Por su finalidad

- Eugénésica. Muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.
- Criminal. Muerte sin dolor a individuos peligrosos para la sociedad (pena de muerte).
- Económica. Eliminación de enfermos incurables, locos, inválidos, ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos, sanitarios y asistenciales.
- Piadosa. Por sentimiento de compasión hacia el sujeto que esta soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.
- Solidaria. Muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas.

Por la modalidad de acción

- Eutanasia Activa. Muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero.
- Eutanasia Pasiva. Muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario (benemortasia: el bien morir. Interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas).

Por el contenido volitivo

- Voluntaria. Es la que se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso

⁸La clasificación fue obtenida de tres fuentes:

AZZOLINI Bincaz, Alicia Beatriz. "Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?" en Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2001, pp. 5-15

MATOZZO de Romualdi, Liliana A., "¿Buen morir...Buen matar? Buen control", en El Derecho. No. 9071, del 27 de agosto de 1996 y en Revista Entre Círculos, del CM Salud, Círculos Médicos de San Isidro Vicente López, año I, Eros. 1, 2 y 3, 1998.

DEL CANO, Marcos, Op. cit. pp. 25-29

y conciente.

- No Voluntaria. Muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
- Involuntaria: es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses. Impuesta.

Por la intención

- Directa. Provocación de la muerte con medios certeros (inyecciones letales, por ejemplo).
- Indirecta o lentitiva. Se suspenden tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto la consecuencia es la muerte.

2.4 Otros Conceptos Relacionados

Cercano al momento de la muerte, existen una serie de acciones que al instante de su ejecución pudieran confundirse con la práctica de la eutanasia, por ello es importante establecer claramente las diferencias entre estos.

Cuidados paliativos

La medicina paliativa “procura al enfermo calidad de vida y bienestar, rechazando medidas que puedan disminuir esta calidad aunque con ellas se vaya a vivir más tiempo”⁹. Lo más importante de los cuidados paliativos es la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, prevé una atención integral, no sólo médica sino psicológica, social e incluso espiritual.

Propone manejar el proceso de morir con un “cambio de mentalidad y de objetivos importantes, partiendo de metas y esperanzas realistas: que el enfermo viva más estará supeditado a que viva mejor, lo importante es su bienestar”¹⁰.

Sedación Terminal

Esta práctica solo se diferencia de la eutanasia por la intención de su administración, pues sedación se considera al acto de administrar fármacos muy fuertes provocando un estado de coma para disminuir la conciencia y aliviar el sufrimiento mientras se espera el término de la vida. En la eutanasia la intención

⁹ ARESCA, Laura, “Cuidados Paliativos: Calidad de Vida en el Final de la Vida”, en <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>

¹⁰ Idem.

de fármaco es acortar la espera.

Abandono terapéutico¹¹

Es una práctica que disminuye las atenciones que el personal médico da al paciente, cuando médicamente ya no es posible curarlo, al contrario de los cuidados paliativos en los que se va preparando al paciente para recibir la muerte, simplemente se disminuyen los cuidados y atenciones hacia el paciente.

Distanasia

Del griego *Dis* (mala) *Thanatos* (muerte). Se conoce comúnmente como “ensañamiento o encarnizamiento terapéutico”¹² y consiste en alargar por medios artificiales y hasta exagerados la vida de un paciente que se encuentra en la etapa terminal de una enfermedad. Los procedimientos para alargar la vida suele ser muy dolorosos para el paciente y sólo disminuye la calidad de vida en sus últimos momentos.

Ortotanasia

Reconoce el derecho del enfermo terminal a morir justo cuando deba hacerlo naturalmente, es decir, ni alargar ni apresurar la muerte. Por ejemplo¹³ en el caso de un enfermo terminal que sufra algún paro respiratorio o cerebral, un procedimiento ortotanasico únicamente proporcionaría oxígeno para ayudar a pasar el trance pero permitiría que la muerte llegara cuando tuviera que llegar.

En caso de distanasia en el mismo ejemplo se entubaría al paciente, se resucitaría artificialmente se le administrarían medicamentos fuertes y se alargaría su agonía.

Cacotanasia

“Contraposición de la eutanasia, quiere decir la mala muerte, se produce de forma artificial, la que se produce en soledad, carente de cuidados.”¹⁴

Autonomotanasia

“Termino más cercano al plano filosófico-jurídico, significa el derecho inalienable del hombre a elegir autónomamente las condiciones de su muerte.”¹⁵

Suicidio

¹¹ Puede confundirse con el abandono que los pacientes hacen de un tratamiento médico, pero en esta ocasión se refiere a la disminución de los cuidados médicos hacia el paciente terminal.

¹² VEGA Gutiérrez, Op cit, p. 26

¹³ Ver: http://www.yoinfluyo.com.mx/artman/publish/article_4830.php

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

“No tiene nada que ver con la eutanasia ya que en la eutanasia quien realiza la acción es un tercero.”¹⁶

Auxilio Ejecutivo al Suicidio

“Es más parecido a la eutanasia, las diferencias se reducen a las condiciones del sujeto pasivo y del sujeto activo.”¹⁷

¹⁶ Idem.

¹⁷ Idem.

III. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

- **Recomendación relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos**

Adoptada en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 1976.

La Asamblea

1. Considerando que los progresos rápidos y constantes de la medicina crean problemas y revelando aún ciertas amenazas para los derechos fundamentales del hombre y la integridad de los enfermos;
2. Notando que el perfeccionamiento de la tecnología médica tiende a dar al tratamiento un carácter cada vez más técnico y a veces menos humano;
3. Comprobando que los enfermos pueden encontrarse mal situados para defender ellos mismos sus intereses, sobre todo cuando están cuidados en los grandes hospitales;
4. Considerando que se está de acuerdo en reconocer desde algún tiempo que los médicos deben ante todo respetar la voluntad del interesado en lo que concierne al tratamiento a aplicar;
5. Estimando que el derecho de los enfermos a la dignidad y a la integridad, así como a la información y a los cuidados apropiados, debe estar definido con precisión y concedido a todos;
6. Convencida de que la profesión médica está al servicio del hombre, para la protección de la salud, para el tratamiento de las enfermedades y de las heridas, para el alivio de los sufrimientos, en el respeto de la vida humana y de la persona humana, y convencida de que la prolongación de la vida no debe ser en sí el propósito exclusivo de la práctica médica, que debe apuntar igualmente en aliviar los sufrimientos;
7. Considerando que el médico debe esforzarse en mitigar los sufrimientos y que él no tiene el derecho aún en los casos que le parecen desesperados, de apresurar intencionalmente el proceso natural de la muerte;
8. Enfatizando que la prolongación de la vida por medios artificiales depende, en una gran medida, de factores tales como el equipamiento disponible y que los médicos trabajando en hospitales en los cuales las instalaciones técnicas permiten prolongar la vida durante un período particularmente largo, se encuentran a menudo en una posición delicada en lo que concierne a la prosecución del tratamiento, especialmente en el caso donde la detención de todas las funciones cerebrales de una persona es irreversible;

9. Recalcando que los médicos deben actuar en conformidad a la ciencia y a la experiencia médica admitida y que ningún médico u otro miembro de las profesiones médicas pueden ser compelidos a actuar contra su conciencia en relación con el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente;

10. Recomienda al Comité de Ministros de invitar a los gobiernos de los Estados miembros:

a) A tomar todas las medidas necesarias, particularmente en lo que concierne a la formación del personal médico y la organización de los servicios médicos, para que todos los enfermos, hospitalizados o cuidados en domicilio, sean aliviados de sus sufrimientos tanto como lo permita el estado actual de los conocimientos médicos;

b) Llamar la atención de los médicos sobre el hecho que los enfermos tienen el derecho, si ellos lo piden, de ser informados completamente sobre su enfermedad y el tratamiento previsto y a actuar de tal manera que en el momento de la admisión en un hospital ellos sean informados sobre el reglamento y el funcionamiento del equipamiento médico del establecimiento-

c) A procurar a que todos los enfermos tengan la posibilidad de prepararse psicológicamente a la muerte y a prever la asistencia necesaria a este propósito haciendo un llamado tanto al personal tratante, tales como médicos, enfermeras y ayudantes, que deberán recibir una formación básica para poder discutir estos problemas con las personas que se aproximan a su fin, como psiquiatras, ministros de culto, asistentes sociales especializados agregados a los hospitales.

11. A crear comisiones nacionales de encuesta, compuestas de representantes de la profesión médica, de juristas, de teólogos moralistas, de psicólogos y sociólogos, encargados de elaborar reglas éticas, para el tratamiento de los enfermos moribundos, de determinar los principios médicos de orientación en materia de utilización de medidas especiales en vista de prolongar la vida y de examinar entre otros la situación en la cual podrían encontrarse los miembros de la profesión médica -por ejemplo en la eventualidad de sanciones previstas por la legislación civil o penal- cuando ellos han renunciado a tomar medidas artificiales de prolongación del proceso de la muerte en los enfermos en los que la agonía haya comenzado y en los cuales la vida no puede ser salvada en el estado actual de la ciencia médica o cuando ellos han intervenido tomando medidas destinadas ante todo a mitigar los sufrimientos de tales enfermos y susceptibles de tener un efecto secundario en el proceso de la muerte y de examinar la cuestión de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces, autorizando a los médicos a renunciar a las medidas para prolongar la vida, en particular en el caso de la detención irreversible de las funciones cerebrales;

12. A instituir, si organizaciones comparables no existen todavía, comisiones nacionales encargadas de examinar las denuncias presentadas en contra del

personal médico por errores o negligencias profesionales y esto sin perjuicio a la competencia de los tribunales ordinarios.

13. Comunicar al Consejo de Europa los resultados de sus análisis y conclusiones, con el propósito de armonizar los criterios sobre el derecho de los enfermos y de los moribundos y los procedimientos jurídicos y técnicos para asegurarlos.

- **Código Internacional de Ética Médica (1949)**

Deberes de los médicos hacia los enfermos

El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana desde el momento de la concepción.

El médico debe a su paciente todos los recursos de su ciencia y toda su devoción. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.

El médico debe, aún después que el paciente ha muerto, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado o que él sepa por medio de una confidencia.

El médico debe proporcionar el cuidado médico en caso de urgencia, como un deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden brindar tal cuidado.

- **Declaración de Sydney. Postulado sobre la Muerte**

Adoptado por la 22ª Asamblea Médica Mundial. Sydney. Australia. Enmendada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983.

1. La determinación del momento de la muerte, en la mayoría de los países, es responsabilidad del médico y así debe seguir siendo. Por lo general el médico podrá, sin ayuda especial, determinar la muerte de una persona utilizando los criterios clásicos conocidos por todo médico.

2. Sin embargo, dos modernos avances de la medicina han hecho necesario un estudio más detenido de la cuestión relativa al momento de la muerte: a) la habilidad de mantener por medios artificiales la circulación de sangre oxigenada a través de los tejidos del cuerpo que pueden haber sido irreversiblemente dañados, y b) el uso de órganos de un cadáver, tales como el corazón y los riñones, para trasplante.

3. Una complicación es que la muerte es un proceso gradual a nivel celular, variando la capacidad de los tejidos para resistir la privación del oxígeno. No obstante, el interés clínico no reside en el estado de conservación de células

aisladas sino en el destino de una persona. A este respecto, el momento de la muerte de diferentes células y órganos no es tan importante como la certeza de que el proceso se ha hecho irreversible, cualesquiera que sean las técnicas de resucitación que puedan ser empleadas.

4. Es esencial determinar la cesación irreversible de todas las funciones, de todo el cerebro, incluido el bulbo raquídeo. Esta determinación se basará en un juicio clínico suplementado, si es necesario, por un número de medios de diagnóstico. Sin embargo, ningún criterio tecnológico es totalmente satisfactorio en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede sustituir el juicio general del médico. En el caso del trasplante de un órgano, el estado de muerte debe ser determinado por dos o más médicos, los cuales no deben estar conectados o pertenecer al equipo que realiza el trasplante.

5. La determinación del estado de muerte de una persona permite, desde el punto de vista ético, suspender los intentos de resucitación y, en aquellos países donde la ley lo permite, extraer órganos del cadáver siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento.

- **Declaración de Venecia sobre la Enfermedad Terminal**

Adoptada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983.

1. El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes.

2. No habrá ninguna excepción a este principio aún en caso de enfermedad incurable o de malformación.

3. Este principio no excluye la aplicación de las reglas siguientes:

3.1. El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente, o de su familia inmediata en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad.

3.2. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

El médico puede, cuándo el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con las leyes del país, o en virtud del consentimiento formal otorgado por la persona responsable, y a condición de que la certificación de la muerte, o de la

irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor. Estos medios artificiales no serán pagados por el donante o sus familiares. Los médicos del donante deben ser totalmente independientes de los médicos que tratan al receptor, y del receptor mismo.

- **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

Ginebra, 1990.

Considera que "con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas de tratamiento paliativos, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia".

- **Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Atención de Pacientes con Fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales**

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial. Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990.

Introducción

La atención de pacientes con enfermedades terminales con fuertes dolores crónicos, debe proporcionar un tratamiento que permita a dichos pacientes poner fin a sus vidas con dignidad y motivación. Existen los analgésicos, con o sin opio, y cuando se utilizan debidamente son eficaces calmantes de dolores en los pacientes con enfermedades terminales. El médico y otro personal que atienda a los pacientes con enfermedades terminales deben entender claramente el funcionamiento del dolor, la farmacología clínica de los analgésicos y las necesidades del paciente, su familia y amigos. También es imperativo que los gobiernos aseguren el suministro de las cantidades médicamente necesarias de analgésicos con opio, para su apropiada aplicación en el control de fuertes dolores crónicos.

Principios del tratamiento clínico de fuertes dolores crónicos

Cuando un paciente tiene una enfermedad terminal, el médico debe concentrar sus esfuerzos a fin de aliviar el sufrimiento. El dolor es sólo una parte del sufrimiento del paciente. Sin embargo, las consecuencias del dolor en la vida del paciente pueden variar de una molestia tolerable a una sensación de frustración aplastante y agotadora.

La experiencia clínica ha demostrado que, en general, lo grave es la manera en que se utiliza la droga con opio para aliviar los fuertes dolores crónicos en los pacientes con enfermedades terminales, no el tipo de droga. Sin embargo, es

importante que el médico distinga el dolor agudo del dolor que puede ser crónico, ya que la diferencia puede tener significativas consecuencias para el uso de analgésicos con opio. A continuación se presentan los principios generales que deben guiar el tratamiento de fuertes dolores crónicos, en especial con la utilización de medicamentos analgésicos.

1. El tratamiento debe ser individualizado a fin de satisfacer las necesidades del paciente y mantenerlo lo más cómodo posible.
2. Se debe entender que las necesidades de los pacientes con dolores crónicos a menudo son distintas a las de los pacientes con dolores agudos.
3. El médico debe conocer la fuerza, duración del efecto y efectos secundarios de los analgésicos disponibles, a fin de seleccionar el medicamento apropiado, como también la dosis, la vía y el horario para asegurar el mejor alivio del dolor para el paciente.
4. La combinación de analgésicos con opio y sin opio puede proporcionar mayor alivio del dolor a los pacientes para los que los analgésicos sin opio no son suficientes. Esto se puede lograr sin producir un potencial mayor acompañado de efectos secundarios indeseables.
5. La tolerancia de los efectos de un analgésico con agonista de opio, se puede anular cambiando a un agonista de opio alternativo. Esto está basado en la falta de tolerancia cruzada completa entre los distintos analgésicos con opio.
6. La dependencia yatrogénica no debe considerarse como un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores de la enfermedad neoplásica y nunca debe ser la causa que elimine los analgésicos fuertes a los pacientes que los pueden aprovechar.
7. Los gobiernos deben examinar hasta qué punto los sistemas de atención médica y las leyes y reglamentaciones permiten el uso de analgésicos con opio para fines médicos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.

- **Protección de los Enfermos en la Etapa Final de su Vida**

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.¹⁸

¹⁸ El texto de esta Recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24ª Sesión). Véase el Doc. 8241, informe del Comité de Asuntos Sociales, de Salud y Familia (ponente: Mrs. Gatterer) y el Doc. 8454, opinión del Comité de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (ponente: Mr. McNamara).

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha aprobado una recomendación a los 41 Estados miembros -entre los que figura España - sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. El texto aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria. Por otra parte, subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.

La vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella. El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata. En 1976, en su resolución 613, la Asamblea declaró que estaba "convencida de que lo que los enfermos terminales quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos". La Recomendación 779 añadió que "prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento". Más tarde, la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina ha sentado principios importantes y afirmado el camino, aun cuando no se refiera explícitamente a las necesidades específicas de los enfermos terminales o moribundos. La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida.

El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta tarea debe llevarse a cabo especialmente en beneficio de las miembros más vulnerables de la sociedad, tal y como demuestran muchas experiencias de sufrimiento del presente y del pasado más próximo. De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y la dependencia, necesita protección y apoyo al morir. Los derechos fundamentales que derivan de la dignidad del paciente terminal o moribundo se ven amenazados por diversos factores:

- 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 por el uso desproporcionado de medios técnicos, ya por la continuación del tratamiento sin consentimiento del paciente.

IV. La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa.

V. La insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares y amigos de los pacientes, que también puede aumentar el sufrimiento humano en sus distintas dimensiones.

VI. El temor de los pacientes a perder el control sobre sí mismos y convertirse en una carga, en seres dependientes por completo de sus familiares o de instituciones.

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.

IX. La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte.

La Asamblea insta a los Estados miembros a que su Derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular sobre:

I. El morir sometido a síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.).

II. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal.

III. El morir en el aislamiento social y la degeneración.

IV. El morir bajo el temor de ser una carga social.

V. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas.

VI. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

Por tanto, la Asamblea recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo e Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos:

A. Afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales, de modo que se adopten las medidas necesarias para:

I. Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos

los Estados miembros.

II. Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal.

III. Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño.

Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o complementarios de asistencia médica.

IV. Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada.

V. Asegurar la cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal.

VI. Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo.

VII. Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida.

VIII. Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles.

Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinaria.

X. Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico.

XI. Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina.

B. Protegiendo el derecho de las personas en fase terminal o moribundas a la autodeterminación, al tiempo que se adoptan las medidas necesarias para:

XII. Dar eficacia al derecho de la persona en fase terminal o moribunda a una información veraz y completa, pero proporcionada con compasión, sobre su

estado de salud, respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado.

XIII. Hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente.

XIV. Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que en esta materia no actúa bajo la influencia o presión de un tercero. Además se debe garantizar que su voluntad no se configura bajo presiones económicas.

XV. Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda serán respetadas. Por otra parte, se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales directivas avanzadas, así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. También se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que se subrogan en la voluntad del paciente -que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad-, se adoptan sólo si el paciente implicado en esa situación no ha formulado deseos expresamente o si no hay voluntad reconocible. En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión -deseos referidos específicamente al morir- y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental. Se debe asimismo garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad, y que, en caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación.

XVI. Garantizar que -no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica- se tienen en cuenta los deseos expresados por enfermo terminal o persona moribunda en relación con formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

C. Respaldando la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas, al tiempo que se adoptan medidas necesarias para:

I. Reconocer que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, es garantizado por los Estados miembros, de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual 'nadie será privado de su vida intencionadamente...'

II. Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero.

III. Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.

- **Declaración 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

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es 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.

- **Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Suicidio con Ayuda Médica**

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, Septiembre de 1992 y revisada en su redacción por la 170 Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005.

El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere.

IV. MARCO JURÍDICO NACIONAL

En México la eutanasia no tiene una regulación específica en nuestro sistema penal.

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

“Artículo 4. ...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud ...”

- **Código Penal Federal**

“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 el mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

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

En las reformas de 1994 a la legislación penal mexicana se introdujo la fracción III al Art. 15 del Código Penal, en la que se incluyó el consentimiento del ofendido como causa excluyente de delito.

”Artículo 15. El delito se excluye cuando:

...

III.- Se actué con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:

a) Que el bien jurídico sea disponible;

b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo; y

c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, este hubiese otorgado el mismo.

...”

- **Código Penal del Distrito Federal**

Artículo 127. “Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada,

sería e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciera una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”

- **Código Penal de Morelos**

Artículo 310. “El que prestare auxilio o indujera a otro para que se suicide, será sancionado con prisión de uno a cinco años, si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo el homicidio, la prisión será de cuatro a doce años.”

- **Código Penal del Estado de México**

Artículo 249. “Se impondrá de seis meses a diez años de prisión y cincuenta a setecientos días de multa al inculpado de homicidio cometido:

III. Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para el homicidio cometido para salvar su vida.”

V. DERECHO COMPARADO

Estado	Legislación	Tipificación	Artículos
Argentina	Código Penal de la República de Argentina	Delitos contra la vida Instigación al suicidio	Artículo 83. Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.
Bélgica	Ley Relativa a la Eutanasia	Eutanasia	<p>Artículo 2. Para la aplicación de la presente ley, se entenderá por eutanasia el acto practicado por un tercero que intencionalmente pone fin a la vida de una persona por petición de ella misma.</p> <p>Artículo 3. El médico que practica la eutanasia no comete infracción si es se asegura de que : El paciente es libre, capaz y conciente en el momento de su petición. La petición es formulada de manera voluntaria, reflexionada y reiterada que no sea resultado de una presión exterior. El paciente se encuentra en una situación médica sin salida y en un estado de sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable que no puede ser aliviado y que sea resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable; y que el médico respete las condiciones y procedimientos prescritos por la ley.</p>

Bolivia	Código Penal según Ley N° 1768 de Modificaciones al Código Penal	Delitos contra la vida y la integridad corporal Homicidio piadoso	Artículo 257. Se impondrá la pena de reclusión de uno a tres años, si para el homicidio fueren determinantes los móviles piadosos y a apremiantes las instancias del interesado, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales probablemente incurables, pudiendo aplicarse la regla del artículo 39 y aun concederse excepcionalmente el perdón judicial.
Brasil	Código Penal de Brasil	Inducción, instigación o auxilio al suicidio	Artículo 122. Inducir o instigar a alguien a suicidarse o prestarle auxilio para que lo haga. Reclusión de 2 a 6 años si el suicidio de consuma Reclusión de 1 a 3 años si de la tentativa de suicidio resulta lesión corporal de naturaleza grave. Párrafo único: la pena es duplicada: I –si el crimen es practicado por motivos egoístas.; II – si la víctima es menos o esta disminuida por cualquier causa su capacidad de resistencia.
Chile	Código Penal de la República de Chile	Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública Auxilio al suicidio	Artículo 393. El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte.
Colombia	Código Penal de Colombia. Ley 599 de 2000 (24	Delitos contra vida y la integridad	Artículo 106. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad

	de julio)	personal Homicidio por piedad. Inducción o ayuda al suicidio.	grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. Artículo 107. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.
Costa Rica	Código Penal de Costa Rica, Ley N° 4573 y sus Reformas, del 4 de Marzo de 1970	Delitos Contra la Vida Instigación o ayuda al suicidio Homicidio por piedad	ARTÍCULO 115. Será reprimido con prisión de uno a cinco años el que instigare a otro al suicidio o lo ayudare a cometerlo, si el suicidio se consuma. Si el suicidio no ocurre, pero su intento produce lesiones graves, la pena será de seis meses a tres años. ARTÍCULO 116. Se impondrá prisión de seis meses a tres años al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de éste aún cuando medie vínculo de parentesco.
Cuba	Ley No. 62: Código Penal de Cuba	Delitos contra la vida y la integridad corporal, Auxilio al suicidio	ARTÍCULO 266. El que preste auxilio o induzca a otro al suicidio, incurre en sanción de privación de libertad de dos a cinco años.

Ecuador	Código Penal Ecuatoriano	Delitos contra la vida Auxilio al suicidio	Art. 454. Será reprimido con prisión de uno a cuatro años y multa de cincuenta a quinientos sucres, el que instigare o prestare auxilio a otro para que se suicide, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.
España	Código Penal Español, 1995	Eutanasia	Artículo 143. 1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo
El Salvador	Código Penal de la Republica de El Salvador (Decreto N° 1030)	Delitos relativos a la vida del ser humano en formación Homicidio piadoso Inducción o	Articulo. 130. El homicidio causado por móviles de piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o poner fin a graves padecimientos, será sancionado con prisión de uno a cinco años siempre que concurren los requisitos siguientes: 1) Que la víctima se encontrare en un estado de desesperación por sufrimientos observables, que fueren conocidos públicamente y que la opinión de los médicos que la asistan así lo hubiere manifestado;

		ayuda al suicidio	<p>2) Que el sujeto activo estuviere ligado por algún vínculo familiar, amistad íntima o de amor con el enfermo; y, 3) Que el sujeto pasivo demostrare su deseo de morir por manifestaciones externas de ruegos reiterados y expresos.</p> <p>Art. 131. El que indujere a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, si ocurriere la muerte, será sancionado con prisión de dos a cinco años.</p>
Guatemala	Código Penal de Guatemala (Decreto N. 17-73)	<p>De los delitos contra la vida y la integridad de la persona</p> <p>Inducción o ayuda al suicidio</p>	<p>ARTICULO 128. Quien indujere a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, si ocurriere la muerte, se le impondrá prisión de cinco a quince años. Si el suicidio no ocurre, pero su intento produce lesiones de las comprendidas en los artículos 146 y 147 de este Código, la pena de prisión será de seis meses a tres años.</p>
Holanda	Código Penal		<p>Artículo 293.</p> <p>1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.</p> <p>2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.</p>

			<p>Artículo 1. En esta ley, se entenderá por:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Nuestros ministros: el ministro de Justicia y el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte;b. Auxilio al suicidio: ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal;c. El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio;d. El asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio;e. Los asistentes sociales: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del libro 7 del Código Civil; <p>Artículo 2.</p> <p>1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:</p> <ul style="list-style-type: none">a. ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada,b. ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora,c. ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro,d. ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último,e. ha consultado, por lo menos, con un médico independiente
--	--	--	---

			<p>que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a. al d. y f. ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.</p> <p>2. El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.</p>
Honduras	Código Penal de Honduras (Decreto N. 144-83)	<p>Delitos contra la vida y la integridad corporal.</p> <p>Inducción al suicidio</p>	<p>ARTICULO 125. Quien indujere a otro a suicidarse o le prestare auxilio para que lo haga, será penado con reclusión de tres a seis años, si el suicidio se consumare. En el caso de que el suicidio no se llegare a consumar, el colaborador en la tentativa del mismo será sancionado con reclusión de uno a tres años.</p>
Nicaragua	Código Penal de la República de Nicaragua	<p>Delito contra las personas y su integridad física, psíquica, moral y social</p>	<p>Art. 151.- El que a sabiendas facilita a otro medios para que se suicide, será castigado con la pena de 3 a 6 años de prisión. El que indujere a otro al suicidio o le ayudare a su ejecución cooperando personalmente, sufrirá la pena según los casos</p>
México	Código Penal Federal de	<p>Delitos contra la vida y la</p>	<p>ARTÍCULO 312 - El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco</p>

	México Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de enero de 2000	integridad corporal Inducción al Suicidio	años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.
Panamá	Código Penal de Panamá	Delitos Contra la vida y la Integridad personal Inducción al suicidio	ARTICULO 134. El que induzca a otro a suicidarse o lo ayude con este fin, incurrirá, cuando el suicidio se cumpla, en prisión de 1 a 5 años.
Paraguay	Código Penal de la Republica del Paraguay: Ley N° 1160	Hechos punibles contra la vida. Homicidio motivado por súplica de la víctima Suicidio	Artículo 106. El que matara a otro que se hallase gravemente enfermo o herido, obedeciendo a súplicas serias, reiteradas e insistentes de la víctima, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años. Artículo 108. 1º El que incitare a otro a cometer suicidio o lo ayudare, será castigado con pena privativa de libertad de dos a diez años. El que no lo impidiere, pudiendo hacerlo sin riesgo para su vida, será castigado con pena privativa de libertad de uno a tres años. 2º En estos casos la pena podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67.

Perú	Código Penal del Perú	<p>Delitos Contra la Vida el Cuerpo y la Salud</p> <p>Homicidio piadoso</p> <p>Instigación o ayuda al suicidio</p>	<p>Artículo 112. El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años.</p> <p>Artículo 113. El que instiga a otro al suicidio o lo ayuda a cometerlo, será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. La pena será no menor de dos ni mayor de cinco años, si el agente actuó por un móvil egoísta.</p>
Puerto Rico	Código Penal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico Ley Núm. 149 del 18 de Junio de 2004	<p>Delitos contra la vida</p> <p>Homicidio negligente</p> <p>Incitación al suicidio.</p>	<p>Artículo 109. Toda persona que ocasione la muerte a otra por negligencia incurrirá en delito menos grave, pero se le impondrá la pena de delito grave de cuarto grado.</p> <p>Artículo 110. Toda persona que ayude o incite a otra persona a cometer o iniciar la ejecución de un suicidio incurrirá en delito grave de tercer grado.</p>
Uruguay	Código Penal de la República Oriental del Uruguay (Ley N° 9.155 Del 4 de Diciembre de 1933)	<p>Delitos contra la personalidad física y moral del Hombre</p> <p>Determinación o ayuda al suicidio</p>	<p>ARTICULO 315. El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría. Este máximo puede ser sobrepujado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de dieciocho años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad</p>

			deprimidas por enfermedad mental o por el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes.
Venezuela	Código Penal de Venezuela 20 de octubre de 2000	De los delitos contra las personas Inducción al suicidio	Artículo 412. El que hubiere inducido a algún individuo a que se suicide o con tal fin lo haya ayudado, será castigado, si el suicidio se consuma con presidio de siete a diez años.

Actualmente sólo hay tres lugares en el mundo que permiten la eutanasia activa, Holanda, el Estado de Oregon (Estados Unidos de América) y más recientemente Bélgica.

- **Holanda**

La Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, en vigor desde abril de 2001 cuenta con 24 artículos en los que se estipulan las condiciones y el procedimiento que debe seguirse para que pueda llevarse a cabo la eutanasia.

Desde el nombre de la ley sobre eutanasia en Holanda se da cuenta de la definición del término y una de las características esenciales para que se dé la eutanasia de acuerdo con dicha ley, la petición propia es el elemento central de todo el proceso, y la base que fundamenta tanto la acción como la necesidad de legislarla. De esta manera en Holanda se entiende por eutanasia: “la terminación por parte del médico de la vida del paciente a petición de este último”¹⁹.

En el Artículo 2 de esta Ley, cuando un paciente solicita a un médico que le practique la eutanasia, el médico tiene que cumplir los siguientes requisitos de diligencia:

- Haber llegado al convencimiento de que la solicitud del paciente es voluntaria y ha sido bien pensada;

¹⁹Eutanasia en Holanda http://www.imagina.org/archivos/archivos_vi/eu_Holanda.htm

- Haber llegado al convencimiento de que el sufrimiento del paciente es insoportable y que no tiene perspectivas de mejora;
- Haber informado al paciente sobre la situación en que se encuentra y sus perspectivas de futuro;
- Haber llegado al convencimiento junto con el paciente que en la situación en que se encuentra no existe otra solución razonable;
- Haber consultado al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido un dictamen sobre los requisitos mencionados en los cuatro primeros puntos;
- Haber terminado la vida del paciente o haber ayudado a su suicidio, con la máxima diligencia médica.

La ley permite la eutanasia en menores de edad a partir de los 12 y hasta los 16 años, siempre y cuando “se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o a una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio.”²⁰ Para los casos en los que el paciente en cuestión, cuente con 16 y hasta 18 años “el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión.”²¹

En los casos de un paciente que estuvo en posibilidad de externar su deseo de llevar a cabo una eutanasia, pero que su condición actual ya no le permite refrendar dicho deseo “El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.”²²

Para eximir de responsabilidad a un médico que ha practicado la eutanasia, este debe enviar un informe a la comisión regional de comprobación de la terminación de la vida por petición propia, la cual esta conformada por un jurista quien será el presidente, un médico y un especialista en ética, así como sus respectivos suplentes quienes deberán velar por el

²⁰ Artículo 2 fracción 4 de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

²¹ Artículo 2 Fracción 3 de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

²² Ibid, fracción 1.

cumplimiento de los criterios señalados por la ley para practicar la eutanasia. En caso contrario, la comisión entregará sus conclusiones a la justicia, que puede iniciar un procedimiento judicial contra el médico.

- **Bélgica**

En Septiembre de 2003, Bélgica se convirtió en el segundo país en legalizar la eutanasia, al entrar en vigor la Ley relativa a la Eutanasia (Loi relative a l'authanasie), la cual cuenta con 16 artículos y a diferencia de la ley holandesa, amplía el espectro de las personas a quienes es aplicable la eutanasia, ya que dentro de los requisitos para que el médico pueda llevarla a cabo: el paciente debe encontrarse en una "situación médica sin salida y en un estado de sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable que no puede ser aliviado y que sea resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable; y que el médico respete las condiciones y procedimientos prescritos por la ley."²³ Sin mencionar que deba estar el paciente en estado terminal, siendo suficiente el sufrimiento físico o psicológico insoportable causado por una enfermedad incurable.

Los requisitos que la ley belga son los siguientes:

- El paciente debe ser mayor de 18 años y estar mentalmente saludable.
- El paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria, bien considerada y repetidamente.
- El sufrimiento debe ser insoportable.
- El paciente debe estar bien informado de su situación y de otras alternativas.
- Un segundo médico debe confirmar que la enfermedad sea incurable y que el sufrimiento sea insoportable.
- El paciente siempre debe hacer su petición de eutanasia por escrito.
- La eutanasia debe ser asistida por un médico.

- **Estados Unidos (Oregon)**

Oregon es el único estado de Estados Unidos, en donde es legal la eutanasia activa, desde 1997 esta en vigor la Ley de Muerte con Dignidad (Death with Dignity Act) la ley cuenta con 6 secciones, siendo en la segunda donde se establecen los requisitos para la petición de medicación para terminar una vida en una forma humana y digna. En la sección 6

²³ Artículo 3 fracción 3 de la Ley Relativa a la Eutanasia, Bélgica, 2002

contiene el formato que debe tener el documento de dicha petición.

Para poder obtener una eutanasia de acuerdo con esta ley, los enfermos deben obtener un certificado de dos médicos que coincidan con que el paciente sufre una enfermedad incurable y que sólo cuenta con hasta seis meses de vida.

No establece como necesario que sea personal médico quien administre el fármaco, tampoco que el enfermo este dentro de una institución de salud, por lo que el enfermo puede decidir donde morir.

VI. CONCLUSIONES

La eutanasia es un tema muy delicado que puede ser muy agresivo para algunas personas, la importancia y la fuerza que esta tomando últimamente esta abriendo las puertas y formando las bases para que en un futuro no muy lejano este considerada como opción médica y deje de practicarse ilegalmente.

La eutanasia es un tema que sólo despierta mucho interés sino también opiniones encontradas.

Tratar el tema de eutanasia parece tarea compleja. Son varias las áreas inherentes al tema, entre otras, la eutanasia mezcla renglones tan delicados como la ley, religión, moral, cultura, la labor del médico, o bien, motivos económicos y familiares.

Hablar de eutanasia implica pensar en el fin de una vida, se exige decidir entre polos opuestos como son la vida y la muerte.

Decidirse por la eutanasia como última instancia terapéutica, significa pasar de la vida a la muerte con la anuencia del enfermo o de sus familiares cercanos y la participación activa del médico.

VII. FUENTES CONSULTADAS

Bibliografía

- ANSUATEGUI Roig, Francisco J., Problemas de la Eutanasia. Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, 1999.
- CANO Valle, Fernando (Coordinador), Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. IIJ, UNAM, México, 2005.
- DEL CANO, Marcos, Eutanasia. Estudio filosófico-jurídico. Ed. Marcial Pons, Madrid, 1999.
- ENRIQUE, Dogmática del suicidio y homicidio consentido. Ed. Universidad Complutense de Madrid y Ministerio de Justicia, Madrid, España, 1995.
- ISLAS de González Mariscal, Olga, Análisis lógicos de los delitos contra la vida. Ed. Trillas, México, 2004.
- KEOWN, John (Compilador), La eutanasia examinada. Perspectivas éticas clínicas y legales. FCE, México, 2004.
- LÓPEZ Azpitarte, Eduardo, La legalización de la eutanasia. Un debate actualizado. Universidad Iberoamericana, México.
- LÓPEZ de la Vieja, Ma. Teresa, Principios morales y casos prácticos. Ed. Tecnos, Madrid, 2000.
- PÉREZ Valera, Víctor M., Eutanasia ¿piedad? ¿delito? Ed. Noriega, México, 2003.
- QUINTANA, Octavi, Por una muerte sin lagrimas. Ed. Flor del Viento, España, 1997.
- ROMEO Casabona, Carlos María, El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1994.
- SÁNCHEZ Jiménez, Enrique, La eutanasia ante la moral y el derecho. Universidad de Sevilla, España, 1999.
- SOTELO Salgado, Cipriano, La legalización de la eutanasia. Cárdenas Celasco, México, 2004.
- SOULIER, Jean-Pierre, Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética. Ediciones Temas de Hoy, 1995.
- URRACA, Salvador, Eutanasia hoy. Un debate abierto. Noesis, Madrid, 1996.

Legislación

Código Internacional de Ética Médica (1949).

Código Penal de Honduras (Decreto N. 144-83).

Código Penal de Brasil.

Código Penal de Colombia. Ley 599 de 2000 (24 de julio).

Código Penal de Costa Rica, Ley N° 4573 y sus Reformas, del 4 de Marzo de 1970.

Código Penal de Guatemala (Decreto N. 17-73).

Código Penal de la República de Argentina.

Código Penal de la República de Chile.

Código Penal de la República de El Salvador (Decreto N° 1030).

Código Penal de la República de Nicaragua.

Código Penal de la República del Paraguay: Ley N° 1160.

Código Penal de la República Oriental del Uruguay (Ley N° 9.155 Del 4 de Diciembre de 1933).

Código Penal de Morelos.

Código Penal de Panamá.

Código Penal de Venezuela (20 de octubre de 2000).

Código Penal del Distrito Federal.

Código Penal del Estado de México.

Código Penal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Código Penal del Perú.

Código Penal Ecuatoriano.

Código Penal Español, 1995.

Código Penal Federal de México (Última reforma publicada en el Diario Oficial de

la Federación, el 4 de enero de 2000).

Código Penal Federal.

Código Penal según Ley N° 1768 de Modificaciones al Código Penal.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Suicidio con Ayuda Médica.

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, Septiembre de 1992 y revisada en su redacción por la 170 Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Atención de Pacientes con Fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales. Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial. Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990.

Declaración 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.

Declaración de Sydney. Postulado sobre la Muerte. Adoptado por la 22ª Asamblea Médica Mundial. Sydney. Australia. Enmendada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983.

Declaración de Venecia sobre la Enfermedad Terminal. Adoptada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983.

Ley No. 62: Código Penal de Cuba.

Ley Núm. 149 del 18 de Junio de 2004.

Ley Relativa a la Eutanasia.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 1990.

Protección de los Enfermos en la Etapa Final de su Vida. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.

Recomendación relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 1976.

Hemerografía

DÍAZ Aranda, Enrique. "Consideraciones penales entorno a la ubicación y

relevancia del consentimiento de la víctima en la eutanasia”, en Revista jurídica jalisciense.

Matozzo de Romualdi, Liliana A., “¿Buen morir...Buen matar? Buen control”, en El Derecho. No. 9071, del 27 de agosto de 1996 y en Revista Entre Círculos, del CM Salud, Círculos Médicos de San Isidro Vicente López, año I, Eros. 1, 2 y 3, 1998.

Cibergrafía

<http://www.mexicolegal.com.mx>

<http://es.wikipedia.org/wiki/eutanasia>

[http:// www.bioetica.org](http://www.bioetica.org)



COMISIÓN BICAMARAL DEL SISTEMA DE BIBLIOTECAS

Dip. María Elena de las Nieves Noriega Blanco Virgil
Presidente

Dip. Daniel Torres García
Secretario

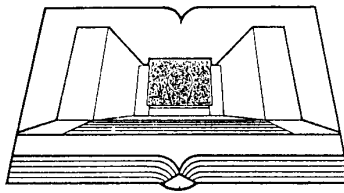
Dip. María del Carmen Pinete Vargas
Secretario

SECRETARÍA GENERAL

Dr. Guillermo Javier Haro Bélchez
Secretario General

SECRETARÍA DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS

Lic. Emilio Suárez Licona
Encargado



CENTRO DE DOCUMENTACIÓN, INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Dr. Francisco Luna Kan
Director General

DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS

Dr. Jorge González Chávez
Director

SUBDIRECCIÓN DE POLÍTICA EXTERIOR

Mtra. Elma del Carmen Trejo García
Subdirectora

Alma Rosa Arámbula Reyes
Lic. Margarita Alvarez Romero
C.P. Trinidad O. Moreno Becerra