

Revista de la Facultad de **DERECHO**



Universidad Veracruzana



ANIVERSARIO
Universidad Veracruzana
1944-2019

Publicación Semestral

ISSN En trámite

Abril 2019

No. 1

TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA MUERTE DIGNA EN MÉXICO

Laura Celia Pérez Estrada*

SUMARIO: Introducción; I. Concepciones sobre la muerte; II. Cronología histórica-jurídica de los procesos de muerte; III. La eutanasia y otros conceptos; IV. La voluntad anticipada: concepto y legislación en México; Conclusiones; Fuentes.

Introducción

La vida de la persona humana se ha visto significada por el cuerpo y el espíritu, posee una dignidad que la hace diferente al resto de los seres vivos; Kant, refería que "...Vivir no es algo necesario, pero sí de manera digna..."; la dignidad humana es un derecho fundamental, inherente a toda persona, desde el nacimiento hasta la muerte; no se trata de un simple paradigma ético o moral, sino que debe ser protegida y garantizada por el Estado.

La muerte es un evento concebido desde una multiplicidad de perspectivas como la biológica, médica, cultural, filosófica, jurídica, entre otras, que tratan de dar respuestas sobre el ciclo de vida de una persona; pero este tema escinde en quienes sustentan que la muerte o la pérdida de la vida en un enfermo que padezca una enfermedad incurable e irreversible, no puede estar a su libre albedrío. El avance de la medicina ha permeado en el proceso de muerte, toda vez que los procedimientos médicos enfocados a salvar la vida, someten en algunas ocasiones a mantenerla de manera artificial a un enfermo cuyo padecimiento es reconocido e irreversible, impidiéndole el derecho a un proceso de muerte digna. Lo anterior obliga a entrar en estudio de conceptos como ortotanasia, eutanasia, cuidados paliativos, suicidio asistido y testamento vital.

En este sistema jurídico-social complejo del Estado mexicano, aún guarda reservas sobre el reconocimiento de la muerte digna, empero está tratándola a través de leyes sobre la voluntad anticipada o testamento vital; hasta el momento

* Doctora en Derecho Procesal, Académica de la Facultad de Derecho de la Universidad Veracruzana.

once entidades federativas cuentan con ellas; Veracruz, tiene esa asignatura pendiente.

La muerte con dignidad resulta de los temas más discutidos para el campo jurídico, reconocerlo como un derecho a morir, no necesariamente implica un deseo por la muerte, sino la autonomía de la voluntad para que un enfermo, sus representantes legales o familiares, tomen la decisión de seguir o interrumpir un tratamiento médico que conlleve a extinguir la vida de la persona.

I. Concepciones sobre la muerte.

Desde tiempos remotos, el tema ha sido tan discutido como la vida misma, Marco Aurelio escribió “Que una de las funciones más notables de la razón es la de saber cuándo ha llegado el momento de abandonar este mundo”. El devenir del ser humano trae consigo que nadie puede escapar a la muerte, es un destino cierto – hasta ahora-, sin embargo, resulta importante la actitud que se asume frente a ella para que conduzca a una medida jurídica a todos aquellos que encontrándose en una situación medicamente decretada como incurable, el Estado les otorgue una protección para una muerte digna, sustentadas a través de prácticas, derechos o leyes dotadas de humanismo; de tal manera que evite menoscabos económicos, familiares, éticos, morales, psicológicos, entre otros.

Dentro de la concepción ética, el Filósofo Español José Luis Aranguren¹, clasificó cinco actitudes ante la muerte; a la primera le denomina la muerte eludida, entendiéndola como aquella en la que el ser humano no se plantea en ningún momento el hecho de una muerte futura, la elimina de sus preocupaciones toda vez que *per se* es imposible desaparecerla. La segunda actitud es la muerte negada, refiere que hacemos de la muerte una simple apariencia, negamos su presencia y solo se asume como el umbral hacia otra vida; Platón consideraba la supervivencia del alma después de la muerte.

La tercera actitud es la muerte apropiada, en donde los seres humanos somos dueños de la propia muerte, convirtiéndola en el último y supremo acto de la existencia humana. Los mejores representantes de esta actitud serían Heidegger y

¹ López Aranguren José Luis, *Ética*, vol. 2, España, Trotta, 1994.

Rilke. La cuarta, es la muerte buscada, referenciado a Freud, en donde la persona en un impulso tanático, busca ansiosamente la muerte, deseando regresar al estado inorgánico de su origen; y por último, cita a la muerte absurda, siendo Jean Paul Sartre su máximo expositor, quien sustenta que se puede preverla pero no esperarla, toda vez que sorprende por su contingencia y por su azarosidad.

La muerte desde el punto de vista biológico, se entiende como el cese de la vida, como la pérdida o destrucción del organismo, por tanto, se tiene que valer de la ciencia médica, para determinar causas biológicas que indujeron a la muerte.

En este mismo sentido, Klarsfeld y Revah², citan a dos científicos destacados para explicar la muerte y su relación con las ciencias de la vida, el primero de ellos Claude Bernad (1813-1878), Biólogo teórico y Médico Francés; sustenta que los organismos viven en su entorno y contra él, éste es su oportunidad de desarrollo pero a la vez su amenaza, la existencia es una constante alternancia de vida y muerte, de composición y descomposición. No hay vida sin muerte, ni muerte sin vida. El segundo es August Weismann (1834-1914), Biólogo Alemán; distingue entre las causas externas e internas de muerte, la edad es el factor determinante para producir en los tejidos del cuerpo y su debido funcionamiento, entre más edad existe menos tejidos, conduciéndolo a la llamada muerte natural o normal.

Ahora bien, desde el punto de vista cultural, conformado de creencias y prácticas de los pueblos, mayoritariamente asume la idea de que los seres humanos poseen un alma que sobrevive a la muerte; cada cultura la asume según sus usos y costumbres, a verbigracia, se cita la visión de los indígenas *tzotziles*, quienes sostienen que la muerte es sólo un paso para la reencarnación, es decir, para volver a vivir, se necesita morir y en ese sentido refieren:

El alma innata se ubica en el corazón y consta de 13 partes. Si bien es divisible en forma temporal, se le considera eterna e indestructible. Con la muerte abandona el cuerpo y se le asocia con su tumba durante varios años; pasado un tiempo ingresa al grupo de almas innatas cuidadas por los dioses ancestrales, que la implantarán de nuevo en un embrión humano y de manera simultánea instalarán la misma alma

² Klarsfeld, André, y Revah, Frederic, *Biología de la muerte*, España, Complutense, 2002, pp. 17-36.

innata en el embrión de un animal. Esta alma abandona el cuerpo para volver a recorrer el curso de su vida, al juntar todas sus piezas de carne, cabello y uñas.³

Por cuanto hace a la concepción médica, el marco conceptual-legal se fundamenta en la Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto, Capítulo IV, artículo 343, que señala a la muerte como la pérdida de la vida, la cual se presenta con la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible:

Artículo 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas⁴.

Por tanto, afirma que la muerte de una persona se presenta cuando hay cesación de estos sistemas funcionales, tanto de signos vitales como de actividad cerebral.

Más que una conceptualización jurídica de la muerte, se enuncian consideraciones sobre ésta; es conocido por todos los estudiosos del derecho que la muerte es tratada por legislaciones de la ciencia penal, el bioderecho, el derecho social, el derecho civil, entre otras tantas; y en último punto los derechos y obligaciones civiles, no cesan con la muerte, según los postulados del derecho sucesorio *mortis causa*.

Partiendo del reconocimiento de la persona física como sujeto de derechos y obligaciones, su muerte trae consecuencias de derecho; la sucesión *mortis causa* se genera por el conjunto de bienes, derechos y obligaciones en el momento en que la persona que es su titular, fallece, pero estos no se extinguen, sino que deben ser sucedidos o transmitidos bien por la vía testamentaria o por la vía legítima.

El juicio sucesorio es el procedimiento por el cual se determina la calidad de heredero, se establecen los bienes que forman el activo de la herencia, se comprueban las deudas que constituyen el pasivo, y, luego de procederse a su pago, se reparte el

³ Noguez, Austria y González, Liliana, *Las entidades anímicas y la muerte en la etnografía de los Altos de Chiapas*, Vita Brevis, Revista electrónica de estudio de la muerte, año 3, núm. 4, enero-junio de 2014, p. 41, <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/vitabrevis/article/view/3234/3117>.

⁴ *Ley General de Salud*, publicada en el Diario Oficial de la Federación en fecha 7 de febrero de 1984.

saldo entre los herederos de acuerdo con el testamento, o a falta de éste, de acuerdo con las disposiciones del Código Civil⁵

Sin el ánimo de profundizar en el Derecho Sucesorio, se precisa que la denuncia de estos juicios sucesorios pueden tramitarse ante los juzgados civiles o familiares o bien ante un Notario Público (según lo estipule la ley); constan de cuatro secciones: de sucesión, de inventarios, de administración y de partición.

De lege lata, se afirma que el objeto del proceso sucesorio es la distribución de los bienes del *de cuius* y no la determinación de los sucesores o *accipens*; por ello el juicio sucesorio *ab intestato* previo a la distribución de los bienes se identifica a los herederos, y en el juicio sucesorio testamentario se aprueba formalmente el testamento.

Para culminar este apartado, toma el turno la muerte digna o bien el proceso de muerte digna, precisando en primera instancia que la dignidad humana reconocida como un derecho fundamental, inherente a toda persona, 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, debiendo ser respetada y protegida de manera integral y sin excepciones. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, da el fundamento en la siguiente tesis aislada de la novena época: cuyo rubro es:

DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES, señala que el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas son iguales ante la ley, ... [reconocen 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...]⁶

DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA.

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

⁵ Alsina Hugo, *Derecho Procesal. Juicios especiales*, Tomo VI, Buenos Aires, Ediar, 1971, p. 642.

⁶ Tesis: P. LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009.

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, el Pleno de esta Suprema Corte ha sostenido que 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.⁷

En tal tesitura, si hay vida digna, también debe ser protegida y respetada la decisión a una muerte digna o una buena muerte; cuando se reúnan circunstancias de salud graves, irreversibles y certificadas médicamente, para evitar que las instituciones de salud o sanitarias, no trasgredan tal derecho y pretendan prologar una vida que no da para más; en consecuencia se debe priorizar el derecho a quien nadie debe ser obligado a vivir en tales condiciones si no es su deseo. De tal suerte, que la muerte digna se entenderá la supresión o impedimento de procesos médicos que degradan o deshumanizan el fin de la vida de manera digna.

Dentro de las páginas del libro *Manifiesto de una muerte digna*, Arthur Koestler punteaba sobre la eutanasia de la siguiente manera: “la eutanasia como la obstetricia, es una manera de superar el hándicap biológico”⁸

En aras de perfeccionar la postura que antecede, la muerte digna debe allegarse de determinados derechos humanos como lo son:

- a) Derecho a la salud; a los servicios de salud, como son medicinas, atención médica y hospitalaria, a los tratamientos o cuidados paliativos, consistentes en “el cuidado activo y total de aquéllas 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”⁹

⁷ Tesis: 1a./J. 37/2016 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo II, Agosto 2016, Materia(s): Constitucional.

⁸ Pániker Salvador, *et. al.*, *Prologo de manifiesto de una muerte digna*, España, Kairós, 1993, p. 467.

⁹ Artículo 166 Bis 1 fracción III, *Ley General de Salud*, publicada en el Diario Oficial de la Federación en fecha 7 de febrero de 1984.

- b) Derecho a la intimidad; a que el paciente en estado terminal¹⁰, le sean proporcionados espacios físicos o pabellones por parte de los servicios de salud, para una privacidad adecuada e íntima, así también para sus familiares.
- c) Derecho a la compañía familiar en el proceso de muerte; permitirle a que en todo momento su familia se encuentre en contacto con el paciente en fase terminal.
- d) Derecho a ser informado; tanto en los tratamientos médicos y terapéuticos consecuencias, plazo de vida, así como de otros métodos y técnicas científicas para su deceso; sin soslayar el marco jurídico que lo protege.
- e) Derecho a no ser objeto de experimentación; es decir, que por su condición se le indiquen tratamientos experimentales en su cuerpo, sin estar claros en las consecuencias físicas que contraigan.

En otras palabras, la muerte digna preconiza una serie de conductas, intereses, derechos, obligaciones, en virtud de las cuales, el enfermo o interpósita persona facultada legalmente, ejecute actos que lo lleven a finalizar su vida. El hecho de pensar en la muerte, nos limita, nos irrita, no puede ser mitigada, no puede resolverse; de tal manera que se vuelve un ejercicio de conciencia personal, partiendo de la idea de cómo la persona haya desarrollado su vida, se asumirá la muerte con resignación, con paz interior, con conciencia.

II. Cronología histórica- jurídica de los procesos de muerte.

El abordaje del tema de la muerte de un ser humano, puede darse según la disciplina científica, cultura, usos y costumbres; antiguamente el deceso de las personas era frecuente porque la esperanza de vida era mínima, ya que al no contar con los recursos medicinales y terapéuticos como ahora, ergo, el avance de los tratamientos médicos, han traído como consecuencia que los enfermos en etapa terminal, puedan ampliar su tiempo de vida, pero también ha dado origen a que

¹⁰ Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses. Artículo 166 Bis 1 fracción I, *Ley General de Salud, op. cit.*

pueda tomar la decisión de manera informada y oportuna, acerca de su proceso de muerte.

Como antecedente remoto se cita el siglo III. a.C. en donde el Estado ateniense daba a sus ciudadanos enfermos o desahuciados, la oportunidad de una muerte segura, les proveía de cicuta a quien lo solicitara, misma que era resuelta por los Magistrados;¹¹ de ahí que se encuentre con la figura de la eutanasia activa.

En la Grecia clásica, tradicionalmente se considera a Hipócrates de Cos (S. V a.C.) el “Padre de la Medicina”, a quien se le atribuye la autoría del llamado Juramento hipocrático, en el cual se afirma que el médico no dará medicamento mortal por más que le sea solicitado, lo que permitió a la medicina proteger a la vida del paciente, aun en condiciones vulnerables de salud. No obstante, la historia señala que posiblemente los griegos fueron los primeros en consentir el suicidio bajo ciertas condiciones, ya que como lo señalan los textos que recogen los pensamientos de Sócrates y Platón una enfermedad dolorosa era una buena razón para dejar de vivir. Es así como, en La República, Platón (427-337 a.C.) condena al médico Herodito por “fomentar las enfermedades... e inventar la forma de prolongar la muerte”. El mejor indicio de que en Grecia se cometía el suicidio, como una forma de Eutanasia, reside en el hecho de que otros grupos representados por los pitagóricos, aristotélicos y epicúreos condenaban esta práctica.¹²

En los siglos posteriores a Cristo las opiniones relacionadas con la muerte tenían un sostén ético, por una parte se defendía la vida permitiendo el uso soportes vitales que prolongaban la agonía y el sufrimiento de los enfermos y familiares; y por otro lado, se consideraba necesario acortar el sufrimiento facilitando así la muerte.

Para el XV, se da al concepto de eutanasia un sentido de detener la muerte o como lo utilizaba Francis Bacon "atajar el dolor con la muerte" e insistía que el oficio del médico no solo es en la recuperación de la salud, también se trata de mitigar los sufrimientos que traiga una enfermedad, llevarlo a la buena convalecencia, pero cuando no sea posible, procurarle una muerte apacible. A finales del siglo XIX, el filósofo alemán Friedrich Nietzsche cuyos postulados filosóficos fueron fundamento

¹¹ Ortiz Quesada, Federico, *Eutanasia*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2003, p. 102, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t275.pdf>

¹² Bont Maribel, Dorta Katherine, *et. al., Eutanasia: una visión histórico – hermenéutica*, Comunidad y Salud, vol.5, no.2, Maracay, 2007, p. 36, http://scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005.

del nazismo, señala que la sociedad debe liberarse de todas las personas inválidas e incapaces¹³.

A manera de línea del tiempo se enuncian brevemente algunos datos sobre los procesos legales de la muerte suscitados en el siglo pasado y presente:

1932. En Inglaterra, se exigió la legalización de la *mercy killing* promovido por la *Society Medical of Heat*.

1938. EEUU: se funda la *Euthanasia Society of América*, más tarde se llamó *Society for the Righth to Die*.

1939. Alemania Nazi; Adolfo Hitler so pretexto de su raza superior, estableció la eutanasia como política de Estado, ordenando la eliminación física de personas epilépticas, débiles mentales, personas con deformidades, niños recién nacidos con defectos físicos y otros; evidentemente era el camino al Holocausto.

1976. Estados Unidos de Norteamérica, California; se aprueba la primera ley Testamento de vida.

1995. España, se instauró la “*Ley de Autonomía del Paciente*” así como el testamento vital, documento que reconocía la autonomía de la voluntad sobre la toma de decisiones respecto a su vida.

1996. Australia, se convierte en el primer país que practica la eutanasia a través de las inyecciones letales.

1997. Colombia, ejerciendo la acción pública de inconstitucionalidad, el ciudadano José Eurípides Parra, presenta demanda contra el artículo 326 del Código Penal por considerar que dicha disposición viola un gran número de artículos de la Constitución. El texto del artículo 326 del Código Penal es el siguiente: “Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable incurrirá en prisión de seis meses a tres años”¹⁴.

2001. Holanda; se despenaliza la eutanasia.

¹³ Jiménez, José Luis, *Eutanasia, distanasia y suicidio asistido*. CD-ROM, La Habana, Centro de Bioética Juan Pablo II, 2007.

¹⁴ Bont Maribel y Dorta Katherine *et. al., op. cit.*, p. 38.

2016. Francia; permite la “*ley de final de la vida*” su función es respetar la voluntad de la persona enferma para que le sean retirados los medicamentos.

Tal y como lo deduce la historia, los procesos de muerte ha sido un dilema resuelto de manera paulatina en un número creciente de países, convergiendo en la legalización de la eutanasia como una práctica médica que conlleva a una muerte digna.

III. La eutanasia y otros conceptos.

Los conceptos de eutanasia, distanasia, adistanasia, cuidados paliativos, ortotanasia, entre otros, dicha terminología *per se*, no contravienen el Juramento Hipocrático que es guía deontológica de los médicos a pesar del paso del tiempo; la Organización Mundial de la Salud –OMS- señala que este Código establece la relación médico-enfermo y su relación con otras disciplinas científicas como la ética y el derecho. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la OMS, retoma las máximas hipocráticas de “preservar la vida humana”.¹⁵

La muerte vista desde la autonomía del paciente o enfermo terminal, es un derecho que no puede ser soslayado; como se ha sostenido, la persona decide su vida y por ende puede decidir cómo morir; los conceptos que a continuación se describirán, se consideran procesos de humanización, de asistencia para la buena muerte en enfermos terminales.

El término eutanasia deriva de las voces griega "EU", que significa dulce, suave; y de "TANATOS", muerte, es por tanto la muerte "suave" y con este concepto se maneja en la actualidad¹⁶.

La eutanasia dentro del abordaje penal que señala Jiménez de Asúa, la explica como una muerte tranquila, con la finalidad de liberar al enfermo de padecimientos

¹⁵ Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p621.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p621.pdf)

¹⁶ Padovani Cantón, Antonio Manuel, y Clemente Rodríguez, María Elisa, “Eutanasia y legislación”, *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, Cuba, Agosto 2008, <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v12n2/rpr15208.pdf>

intolerables y sin remedio y que previo diagnóstico médico, el sujeto lo solicita por ser insostenible su situación de vida.¹⁷

Algunos tratadistas como Ramón Maciá Gómez, señala que eutanasia:

Deriva del griego: "eu" (bien) y "thánatos" (muerte). Es todo acto u omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo, y que ocasiona la muerte inmediata de éste con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida. Cabe inicialmente destacar dos datos relevantes: para que la eutanasia sea considerada como tal, el enfermo ha de padecer, necesariamente, una enfermedad terminal o incurable, y en segundo lugar, el personal sanitario ha de contar expresamente con el consentimiento del enfermo.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la eutanasia como acción ejercitada por un médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente. Ergo, se traduce como la acción deliberada que tiene por finalidad retirar la vida del ser humano que se encuentra enfermo y sin perspectiva de cura; se clasifica de diversas formas:

- Eutanasia Activa, Positiva o Directa: aquella que, mediante una acción o intervención positiva se provoca la muerte de la persona, ésta a su vez puede ser voluntaria, la cual se lleve a cabo con el consentimiento de la persona y la involuntaria o Cacotanasia, que es sin el consentimiento del enfermo.
- Eutanasia Pasiva, Negativa o Indirecta: procura aliviar al enfermo de sus dolores aunque se corra el riesgo de acortar su vida, suspender deliberadamente el tratamiento del paciente, por tanto hay intención de causar la muerte.
- Eutanasia suicida; también conocido como suicidio Asistido o Voluntario; que consiste en ayudar a una persona enferma en etapa terminal a terminar con su vida; se reconocen dos formas: Eutanasia por piedad; tiene el propósito de liberar a la persona de una senectud angustiosa o de las consecuencias de una enfermedad que lo priva de una certeza de vida digna y la Eutanasia eugenésica; también conocida como eugenesia económica o social, ya que con ella se eliminan a las personas con deficiencias o defectos físicos, que le provocarían al Estado altos

¹⁷ Jiménez de Asúa Luis, *Libertad de amar y derecho a morir. Ensayos de un criminalista sobre Eugenesia Eutanasia Endocrinología*, 3ª ed., Historia Nueva, Aldus S.A de Artes Gráficas Santander, 1929.

¹⁸ Gómez Maciá, Ramón, *Eutanasia Concepto Legal*, 2008, p. 2, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z14.pdf>

costos económicos, recordemos que fue utilizada en tiempos de Hitler para purificar la raza aria.

Lo dicho hasta aquí, supone que dichas acciones se dan en el contexto de una atención médica cuando se han agotado las alternativas terapéuticas o de cura para el enfermo.

Países en que no se permite la eutanasia:

España	No está regulada y el apoyo al suicidio está penado. Sólo se cuenta con el llamado testamento vital. En ningún caso se contempla la eutanasia activa.
Alemania	No está permitida la eutanasia.
Reino Unido	En la Gran Bretaña la eutanasia está prohibida y se castiga con hasta 14 años de prisión. Sólo escapa a esta prohibición la decisión. La eutanasia activa es ilegal.
Grecia y Rumanía	La eutanasia o asistencia al suicidio pueden penarse hasta con 7 años de prisión.
Polonia	Se castiga con penas de entre 3 y 5 años de cárcel aunque, en casos excepcionales, el tribunal puede aplicar una atenuante a la pena, incluso anularla.
Portugal	No se permite la eutanasia activa ni la pasiva. Suspender el tratamiento sólo está permitido en casos excepcionales.
Irlanda	Toda forma de asistencia a la muerte o al suicidio es ilegal. Es condenable hasta con 14 años de prisión.
Suecia	Aprobó la eutanasia pasiva en 2010, aunque mantiene la criminalización de cualquier forma de suicidio asistido.
Austria	Actualmente, es ilegal, como también el suicidio asistido.
México	Está penada, aunque en el Código Penal Federal no está definida como tal. Sólo se menciona en el artículo 312 que "quien prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado, con la pena de 1 a 5 años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de 4 a 12 años". En enero de 2017, el Constituyente de la Ciudad de México, dictamina reconocer a la Eutanasia en su Constitución; misma que a la fecha de la redacción de este artículo no ha sido publicado en el Diario Oficial de la Federación. ¹⁹

¹⁹ El 04 de enero de 2017, el pleno de la Asamblea Constituyente aprobó incluir en la Constitución de la Ciudad de México "el derecho a tener una muerte digna" o eutanasia; la propuesta del diputado del PRD Jesús Ortega se aprobó con 56 votos a favor, 27 en contra y una abstención. La cual una modificación al artículo 11 en el inciso primero, que a la letra establecía el dictamen que "toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de su personalidad". Ortega pidió que se agregara "el derecho a una muerte digna"; y refiere: "Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con

Australia	En 1995, se legalizó la eutanasia voluntaria en el territorio del norte de Australia con la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales. Duró nueve meses y posteriormente fue declarada ilegal por el senado australiano.
Noruega	El artículo 235 del Código Penal noruego establece que quien, con su consentimiento, causa a otro la muerte o una lesión grave o que, por piedad, causa la muerte a un enfermo incurable o le ayuda a suicidarse, podrá ser sancionado con pena menor al mínimo previsto o con la conmutación de la pena por servicio a la comunidad.
Dinamarca	El Código Penal danés de 1930, en su artículo 239, regula el homicidio consentido sancionándolo con prisión de hasta 3 años pero, si existen motivaciones piadosas, detención con una duración de mínimo 60 días. Si la muerte es consentida y operan los móviles de piedad, equivale al perdón judicial.

Países en que se permite la eutanasia²⁰:

Francia	En marzo de 2015 aprobó una Ley de Consenso para la Sedación Terminal, para que se tenga el derecho a realizar tratamientos y contar con sedación paliativa mientras se aguarda la muerte.
Reino Unido	La eutanasia activa es ilegal en Gran Bretaña. Únicamente se permite la eutanasia pasiva y la sedación paliativa y terminal.
Irlanda	La eutanasia pasiva está permitida. La eutanasia activa y el suicidio asistido están penados con hasta 14 años de prisión.
Dinamarca	La eutanasia pasiva es legal, así como los testamentos vitales.
Finlandia	El suicidio asistido es más o menos permitido, siempre que se haga con discreción y en círculos cerrados. En teoría, los médicos no pueden aplicar la eutanasia activa de forma abierta.
Alemania	El suicidio asistido no está penado en Alemania.
Italia	El suicidio activo asistido se considera en la misma categoría que el homicidio involuntario. La eutanasia pasiva se permite en contados casos, con tribunales de por medio.
Noruega	La eutanasia pasiva es legal. El suicidio asistido no, pero se considera un atenuante para aquellos que presten ayuda a enfermos terminales que den su consentimiento.
Suecia	Aprobó la eutanasia pasiva en 2010, aunque criminaliza al suicidio asistido.

dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”, http://www.milenio.com/politica/derecho_a_eutanasia_cdmx-asamblea_constituyente-legalizacion_mariguana-milenio_0_878912116.html

²⁰ http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html.

Holanda	Holanda fue el primer país que permitió, en 1993, la práctica de la eutanasia, además de tener la legislación más clara de todas.
Bélgica	En mayo de 2002, despenalizó la eutanasia. A diferencia de Holanda, la ley belga no menciona el suicidio asistido que se considera una práctica eutanásica.
Luxemburgo	En febrero de 2008 se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia, aprobando la ley sobre el derecho a una muerte digna.
Suiza	La eutanasia es auxilio al suicidio, no tiene que contar con la asistencia del médico, quien es necesario únicamente para la prescripción del fármaco letal. Así, queda en manos de organizaciones no gubernamentales. Hay dos organizaciones sin ánimo de lucro que lo hacen, <i>Dignitas</i> y <i>Exit</i> . El interesado envía su documentación, la cual revisan un abogado y un médico; tienen una entrevista con el paciente y éste debe acudir a Zúrich para morir. Allí se le ofrece un vaso con un cóctel de medicamentos, pero ha de ser el interesado el que coja el recipiente (o aspire el contenido por una pajita), sin ayuda.
España	En España el debate social sobre la eutanasia se encuentra pendiente de resolver.
Oregón, Washington, Montana y Vermont	<p>Oregón: en 1994 se aprobó por referéndum, con 51% de los votos. La <i>Oregon Death with Dignity Act</i> (odda), que legalizaba el suicidio asistido, en 1995, fue declarada inconstitucional, pero en 1997 se aprobó nuevamente; esta vez, con 60% de votos.</p> <p>Washington: en 2008, el electorado votó a favor de la Iniciativa 1000 para legalizar el suicidio asistido en el Estado, aprobando la <i>Washington Death with Dignity Act</i>.</p> <p>Estado de Montana: el 5 de diciembre de 2008, un juez dictaminó que los enfermos terminales tienen el derecho a la libre administración de dosis letales de medicamentos recetados por un médico, sin que pueda haber sanción legal contra los profesionales.</p> <p>En mayo de 2013, el estado de Vermont se convirtió en el tercero del país en permitir el suicidio asistido por médicos. Esto habilita a los pacientes terminales para solicitar medicación letal. ²</p>
Quebec	El 5 de junio de 2014 la Asamblea Nacional de Quebec aprobó la ley de la ayuda médica al final de la vida. El principio fundamental de la ley es "asegurar cuidados a las personas al final de la vida, respetando su dignidad y su autonomía". El derecho a morir con dignidad aparece en la ley como la expresión de un derecho fundamental.
Argentina	Se aprobó la Ley de Muerte Digna en mayo de 2012. Permite a los pacientes con enfermedades terminales rechazar procedimientos para prolongar artificialmente sus vidas, en caso de sufrimiento.
Chile	El derecho penal chileno no considera la eutanasia; por tanto, cualquiera de sus tipos será considerado como homicidio.

Brasil	La resolución adoptada por el Consejo Federal de Medicina (CFM) permite a los médicos desconectar los aparatos que mantienen vivos de forma artificial a pacientes sin posibilidad de cura en estado terminal.
Japón	El 11 de junio de 1996, se legalizó la eutanasia.
Colombia	El único país del mundo que reconoce a la eutanasia como un derecho fundamental por el Tribunal Constitucional. Una sentencia de 1998 entiende que la eutanasia activa constituye un derecho de los enfermos directamente derivado del reconocimiento constitucional de la dignidad y la libertad individuales. Sin embargo, el nuevo Código Penal de 2000 hace caso omiso del alto tribunal y penaliza la eutanasia.

Siguiendo con esta línea tendiente a agotar los recursos médicos para retardar el deceso de un enfermo, se cita primeramente el glosario contenido en el Título Octavo Bis, De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, Capítulo I, artículo 166 Bis. 1; los cuales se deben tipificar o encuadrar en la salud de un paciente para tomar las medidas conducentes médico-legales:

Artículo 166 Bis 1. Para los efectos de este Título, se entenderá por:

- I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;
- II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;
- III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas 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;
- IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;
- V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;
- VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físicos y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida²¹.

En ese mismo sentido se encuentra el término distanasia, entendido como el tratamiento fútil o inútil, proporcionado a un paciente en su fase terminal; su fin es prolongar el proceso de muerte que en ocasiones puede estar acompañado de dolor y agonía; por tanto, los profesionales de la ciencia médica deben hacer un ejercicio de ponderación entre insistir en curar lo incurable o terminar con la vida sin transgredir la dignidad de la persona.

Etimológicamente la palabra distanasia viene del griego dis (dificultad o anomalía) y thánatos (muerte); consiste en retrasar la muerte de un paciente infligiendo al moribundo dolor o sufrimientos adicionales, secundarios a los efectos adversos de las terapias que se aplican, producto de una lucha desmesurada contra la muerte. También se conoce como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico y obstinación terapéutica.²²

El encarnizamiento terapéutico o distanasia es sinónimo de tratamiento fútil o inútil sin beneficio para el paciente en su fase terminal. Es el proceso por el cual se prolonga solamente el proceso de morir, y no la vida propiamente dicha, teniendo como consecuencia una muerte prolongada, lenta y, con frecuencia, acompañada de sufrimiento, dolor y agonía.²³

Generalmente este tipo de pacientes en condiciones graves, se encuentran ubicados en espacios hospitalarios de nominados: unidad de cuidados intensivos, rodeados de equipo médico sofisticado y fármacos que en determinado momento serán inocuos y darán lugar a la inminente muerte. El argumento en este sentido no es estar en contra de tales medidas, por el contrario, que la aplicación de las mismas aminore el dolor, costo y sufrimiento del paciente imperando ante todo su muerte digna, a este proceso se le llama adistanasia, evita precisamente el encarnizamiento terapéutico y que la aplicación de dichas medidas terapéuticas puedan ser proporcionadas aún en el domicilio del paciente.

“Los Cuidados Paliativos (CP) constituyen un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes que afrontan enfermedades que amenazan la vida (y sus

²¹ Artículo 166 Bis 1, *Ley General de Salud*, *op. cit.*

²² Giraldo- Cadavid, Luis Fernando, Muerte, “Eutanasia y Cuidados Paliativos”, *Persona y Bioética*, vol. 12, número 2, julio-diciembre, 2008, pp. 164-165, <http://www.redalyc.org/pdf/832/83211487007.pdf>

²³ Vera Carrasco, Óscar, “Dilemas bioéticos en la unidades de cuidados intensivos”, *Revista Médica La Paz*, núm. 16, 2010, p. 52.

familias) a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación de excelencia, así como el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.²⁴

Ortotanasia, resulta ser el término más aceptado social, jurídica y médicamente, es definido como llevar el final de la vida en las mejores condiciones, se le conoce también como el arte de morir bien, sin que el paciente victimado, preservando en todo momento la dignidad de la persona en ese proceso final, basándose en cuatro principios: autonomía del paciente, justicia, reflexión y actitud profesional y por último la beneficencia y no maleficencia.

La ortotanasia designaría la actuación correcta frente a la muerte: ayudar al enfermo y a su familia a enfrentarla, mediante el alivio del dolor, del sufrimiento y de las demás molestias que tenga el paciente con una enfermedad terminal, acompañándolo de cerca y apoyándolo durante sus últimos días. Esta conducta respeta plenamente la dignidad de la persona humana, ayudándole a afrontar el crucial momento de la muerte.²⁵

La mistanasia, lo traducen con el siguiente ejemplo: “El paciente terminal enfrenta al médico con su propia frustración y desencanto ya que no le es posible lograr su curación y, muchas veces, con el rechazo y la culpabilización desde un entorno social que no soporta la presencia del sufrimiento y de la muerte. La tecnología permite la prolongación artificial de la vida aun en contra los deseos del enfermo y con consecuencias que pueden ser terribles cuando se debe morir solo, rodeado de máquinas y alejado de los afectos. La mistanasia, la muerte por abandono, puede aparecer, irónicamente, en escenarios hiperespecializados junto al derroche de preciosos recursos sanitarios. Dice José Alberto Mainetti que la tecnomedicina ha expropiado la muerte, la ha alejado del hogar y de la familia, restándonos sabiduría para la dura aceptación de nuestra fragilidad y de nuestra mortalidad.”²⁶

Existe también, la “limitación del esfuerzo terapéutico” conocido por sus siglas LET; surge con el sustento de la muerte medicalizada de la medicina intensiva, justificada por la certeza médica de que un paciente ya no tiene posibilidades de vivir por medio de cuidados terapéuticos.

La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en retirar (en inglés, “withdraw”) o no iniciar (en inglés, “withhold”) medidas terapéuticas, en supuestos en que el profesional sanitario estima, atendida la situación concreta del paciente, que éstas son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Giraldo Cadavid, Luis Fernando, *op. cit*, p. 165.

²⁶ Maris Martínez Stella, *Relación clínica con el paciente : Responsabilidad ética frente al enfermo terminal*, Universitat Ramon Llull, 2011, <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=396>.

limitación del esfuerzo terapéutico no constituye eutanasia, pues no implica una acción destinada a provocar la muerte del paciente o acelerar su avenida, sino más bien, la cesación de uno o más tratamientos que trae como consecuencia la muerte natural del paciente que se encuentra en estado terminal.²⁷

Luego entonces, una vez analizada médicamente la situación del paciente, afirmando que no tendrá posibilidades de mejoría en su salud, ante una muerte inminente, el médico a su juicio retira o no implementa los procesos terapéuticos, por respeto a la misma naturaleza humana; "...la medicina intensiva planteó algunos de los principales problemas que dieron origen a la bioética y, por lo mismo, el enfoque ético de la clínica brinda la oportunidad de enriquecer y entregar herramientas para el proceso de toma de decisiones en el final de la vida"²⁸

Uno de los términos de mayor relevancia es la autonomía vital, consistente en la libertad de la persona humana que tiene un padecimiento irremediable, para conocer y decidir sobre los alcances del tratamiento médico aplicado o que le van aplicar; así pues comprende: la supresión de un tratamiento y la terminación voluntaria o asistida de la vida.

IV. La voluntad anticipada: concepto y legislación en México.

El término Voluntad Anticipada, se ha traducido como el documento por el cual una persona con plena capacidad y que de manera anticipada e informada, expresa su voluntad para que se sean limitados los tratamientos médicos, cuando no sea capaz de comunicarse personalmente; es decir, desear o no desear que le sean aplicados tratamientos sea por una enfermedad grave e irreversible o por un accidente que lo deje es un estado crítico de salud que sea determinada su futura próxima muerte, lo anterior con fines de salvaguardar su dignidad humana ante la insistencia de la ciencia médica.

Como dato remoto, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa de 1976 emitió una Recomendación relativa a los Derechos de los enfermos y los moribundos (trece puntos); señalando en sus puntos 4 y 5:

²⁷ *Ibidem.*

²⁸ Paredes Escobar María Cristina, "Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana", *Acta Bioeth*, vol. 18, núm. 2, Santiago de Chile, noviembre 2012, <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v18n2/art04.pdf>

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. 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.

A dicha recomendación le siguieron otras tales como la Declaración de Sídney, Postulados Sobre la Muerte; La Declaración de Venecia sobre la Enfermedad Terminal, 35ª Asamblea Médica Mundial 1983; la 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, en EEUU, octubre de 1990; Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Recomendación 1418 en 1999 sobre la Protección de los Enfermos en la Etapa Final de su Vida a fin de preservar los derechos de éstos en su apartado B) fracción XV dice: “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...”²⁹.

“El 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 del Consejo de Europa de 1997, es el referente jurídico internacional sobre voluntades anticipadas”.³⁰

De igual forma, *La Conferencia General*, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura –UNESCO-, en el año 2005, adopta la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, reconociendo que todo ser humano posee la capacidad para reflexionar sobre su propia existencia, y en tal tesitura suscribe:

Reconociendo que, gracias a la libertad de la ciencia y la investigación, los adelantos científicos y tecnológicos han reportado, y pueden reportar, grandes beneficios a la

²⁹ Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, [En línea], disponible en: <http://www.unav.es/cdb/acoerec99-1418.html>.

³⁰ Casado, María, *et al.*, “Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales”, *Revista española de medicina legal*, núm. 39, 2013, p. 27, <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-sobre-las-voluntades-anticipadas-aspectos-S0377473212000594?redirectNew=true>.

especie humana, por ejemplo aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida, y destacando que esos adelantos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, Reconociendo que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales,

Reconociendo asimismo que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto,

Teniendo presente que la diversidad cultural, fuente de intercambios, innovación y creatividad, es necesaria para la especie humana y, en este sentido, constituye un patrimonio común de la humanidad, pero destacando a la vez que no se debe invocar a expensas de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Teniendo presente también que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales³¹

Así también otras que se han precisado en el punto 3 que antecede en este artículo de investigación; México retomando la trascendencia del tema y armonizándose con la legislación internacional que buscan reconocer tanto la autonomía del enfermo para aceptar o rechazar otros tratamientos médicos, como su mayoría de edad para tomar determinaciones respecto de su persona, dejando de ser únicamente un sujeto pasivo.

La Corte Mexicana, ha hecho su labor, al reconocer la libertad como autodeterminación, entendiéndose como el camino a la libertad de la persona para su realización a pesar o en relación con otras, propiciando su identificación y confirmación personal, actuar por propia voluntad en su búsqueda de su bienestar integral. Ergo, dicha libertad y autodeterminación está enfocada al amor propio, a la búsqueda de su integridad de vida, mediante un acto consentido e informado.

La medicina moderna ha incrementado la esperanza de vida para todos; en la actualidad, la expectativa de vida en México es de 72 años para los hombres y 77 para las mujeres. Sin embargo, como ya se ha mencionado, los procedimientos médicos que salvan tantas vidas, someten al enfermo terminal al uso de instrumentos médicos para mantenerlos vivos en forma artificial; en atención a ello,

³¹ Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 19 de octubre de 2005, http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

algunos países del mundo se han creado leyes de voluntad anticipada, que permiten expresar por adelantado el tipo de tratamiento médico que se desea recibir frente a enfermedades terminales y accidentes.

La autonomía de la voluntad es el principio jurídico —filosófico— que les atribuye a los individuos un ámbito de libertad, dentro del cual pueden regular sus intereses; les permite crear relaciones obligatorias entre ellos, las cuales deberán ser reconocidas y sancionadas por las normas de derecho. Dicha autonomía se desarrolla con base en la libertad que tienen los autores de un acto jurídico para celebrarlo o no y determinar su contenido y alcances. Las personas establecen sus normas para regular sus relaciones privadas; por eso, la autonomía de la voluntad es un principio básico del derecho civil. Cuando externamos nuestra voluntad, estamos en presencia de un acto jurídico, por lo tanto, el testamento, al ser un acto jurídico; manifiesta la voluntad de la persona, sea para darle una muerte digna o terminar su vida de sufrimiento, causado por enfermedad terminal³²

En México, el Distrito Federal (hoy Ciudad de México) fue la primera en autorizar una Ley de Voluntad Anticipada que se publicó el 7 de enero de 2008, constituido de 47 artículos y 9 transitorios. A partir de dicha legislación en otros once entidades federativas de la República Mexicana han promulgado leyes de este tipo: en Aguascalientes, Michoacán, Guanajuato, e Hidalgo bajo la denominación de “Ley de Derechos de las Personas en Etapa Terminal”; en San Luis Potosí y Coahuila “Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal; de igual forma en otros estados de la República Mexicana como Nayarit, Yucatán, Guerrero, Colima y Estado de México, a reserva y espera de que las restantes incorporen leyes de tal naturaleza en su esfera jurídica en un mediano plazo.

Tomando como referente el primer instrumento citado, el artículo 3 fracción V de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, define al documento de voluntad anticipada como: “el documento público suscrito ante notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de

³² Flores Salgado, Lucerito Ludmila, “Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México”, *IUS Revista del instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, México, año IX, núm. 36, julio-diciembre de 2015, p. 157, <http://www.scielo.org.mx/pdf/rius/v9n36/1870-2147-rius-9-36-00155.pdf>.

no someterse a medios, tratamiento y/o procedimientos médicos que propicien la obstinación médica”.³³

La legislación de la materia del Distrito Federal emite los requisitos que debe contener el documento de voluntad anticipada:

Artículo 7. El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y
- IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar³⁴.

Asimismo deberá tener las siguientes formalidades:

Artículo 8. El documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y
- IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados³⁵

Cuando el documento se suscriba ante notario, deberá hacerlo del conocimiento a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar; si el enfermo se encuentra imposibilitado de acudir al notario o no tiene los medios económicos para sufragar tal gasto, lo podrá realizar ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en los términos del Formato que para los efectos legales y conducentes emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada y a su vez se le dará vista al Ministerio Público competente para los efectos a que haya lugar; también al personal de salud

³³ *Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal*, publicada en la gaceta oficial del Distrito Federal el 07 de enero de 2008, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

correspondiente para integrarlo, en su momento, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.

Es un documento no apuesta a la eutanasia, sino da facultades a toda persona capaz para que manifieste de forma libre, consciente, seria e inequívoca su decisión sobre la forma en que quiere ser tratada médicamente ante enfermedades terminales y accidentes, ante el uso insistente de procedimientos médicos que lo mantengan vivo de manera artificial; dicho documento recupera su fuerza jurídica a través de la encomienda a los notarios públicos a su redacción. Con base en datos proporcionados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, del 7 de enero de 2008 al 30 de abril de 2014 se han suscrito más de 3,000 documentos de voluntad anticipada en esta entidad, 65% de los cuales fueron suscritos por mujeres y 35% por hombres.

Preciso que lo anterior ha quedado robustecido con la propuesta que existe por parte del constituyente de la Ciudad de México, y que obviando repeticiones se puede consultar en la cita número 19 de este opúsculo.

Resolver la decisión del testamento vital para las Entidades en donde no exista tal legislación, el Código Civil prevé la emisión de testamentos como actos personalísimos, libres, revocables, pero a diferencia de los citados, en lugar de disponer de bienes, derecho y obligaciones para después de su muerte; el testador mediante escritura pública ante notario puede garantizar el tratamiento a recibir o rechazar en caso de enfermedad terminal o accidente; por ejemplo en el Estado de Jalisco, se advierte la designación de tutor para que cuide de su persona y de sus bienes, de igual forma deberá ser en las condiciones notariales descritas; asimismo podrá disponer de donaciones de sus órganos.

En el Estado de Veracruz; a petición del Licenciado Magno Garcimarrero Ochoa, La propuesta, dijo, se planteó en el último trimestre de 2014 al diputado petista Fidel Robles Guadarrama, la cual le resultó interesante por lo que se comprometió a plantearla a alguna de las comisiones de la Legislatura Local, quedando de la siguiente forma:

La LXIV Legislatura del Estado de Veracruz sometió a consideración iniciativa para crear LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE. A saber:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS [...]

[...] LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE VERACRUZ, DE IGNACIO DE LA LLAVE.

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES PRELIMINARES

Artículo 1. La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

Artículo 2. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la Voluntad Anticipada de las personas en materia de ortotanasia, y no permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.

Artículo 3. Para efectos de esta ley se define y entiende por:

I. Código Civil: Código Civil para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave;

II. Código de Procedimientos: Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave;

III. Código Penal: Código Penal para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave;

IV. Cuidados Paliativos: el cuidado activo y total 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;

V. Documento de Voluntad Anticipada: consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la obstinación médica;

VI. Enfermo en Etapa Terminal: es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;

b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o

c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes;

VII. Institución Privada de Salud: Son los servicios de salud que prestan las personas físicas o morales, en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles.

VIII. Ley: Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave;

IX. Ley de Salud: Ley General de Salud;

X. Medidas Mínimas Ordinarias: consisten en la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal según lo determine el personal de salud correspondiente;

XI. Notario: Notario Público del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave;

XII. Obstinación Terapéutica: utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal;

XIII. Ortotanasia: significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/ procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y tanatológicas, y en su caso la sedación controlada;

XIV. Personal de salud: son los profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud;

XV. Coordinación Especializada: es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada;

XVI. Reanimación: conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones y/o signos vitales;

XVII. Secretaría: Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave;

XVIII. Sedación Controlada: es la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste; y

XIX. Tanatología: significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación de la Ortotanasia.

Artículo 4. En lo no previsto en la presente Ley, se aplicará de manera supletoria lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Procedimientos Civiles, cuando fueren aplicables, y no afecte derechos de terceros o contravenga otras disposiciones legales vigentes.

Artículo 5. La presente Ley se aplicará única y exclusivamente en el territorio del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave con base en los términos y disposiciones establecidas en la misma.

Artículo 6. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no exime de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o administrativa, a quienes intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma. Ningún solicitante, profesional o personal de salud que haya actuado en concordancia con las disposiciones establecidas en la presente Ley, estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa.

CAPÍTULO SEGUNDO

DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 7. El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y
- IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

Artículo 8. El documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario,
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y
- IV. La manifestación respecto a la disposición o no disposición de órganos susceptibles de ser donados.

Artículo 9. El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá ser notificado por éste a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.

Artículo 10. En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el Notario, podrá suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en los términos del Formato que para los efectos legales y conducentes emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.

Artículo 11. Una vez suscrito el Documento o el Formato de Voluntad Anticipada en los términos de los dos artículos anteriores, la Coordinación Especializada deberá hacerlo del conocimiento del Ministerio Público para los efectos a que haya lugar, y del personal de salud correspondiente para integrarlo, en su momento, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.

Artículo 12. No podrán ser testigos:

- I. Los menores que no han cumplido 16 años de edad;
- II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;
- III. Los familiares del enfermo en etapa terminal hasta el cuarto grado;
- IV. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente; y
- V. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

Artículo 13. No podrán ser representante para la realización del Documento de Voluntad Anticipada:

- I. Las personas que no han cumplido 16 años de edad;
- II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;
- III. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente; y

IV. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

Artículo 14. El cargo de representante es voluntario y gratuito; pero el que lo acepte, se constituye en la obligación de desempeñarlo.

Artículo 15. El representante que presente excusas, deberá hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento.

Artículo 16. Pueden excusarse de ser representantes:

I. Los empleados y funcionarios públicos;

II. Los militares en servicio activo;

III. Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación;

IV. Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido; y

V. Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.

Artículo 17. Son obligaciones del representante:

I. La revisión y confirmación de las disposiciones establecidas por el signatario en el Documento de Voluntad Anticipada;

II. La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada;

III. La verificación, cuando tenga conocimiento por escrito, de la integración de los cambios y/o modificaciones que realice el signatario al Documento de Voluntad Anticipada;

IV. La defensa del Documento de Voluntad Anticipada, en juicio y fuera de él, así como de las circunstancias del cumplimiento de la voluntad del signatario y de la validez del mismo; y,

V. Las demás que le imponga la ley.

Artículo 18. Los cargos de representante concluyen:

I. Por el término natural del encargo;

II. Por muerte del representante;

III. Por muerte del representado;

IV. Por incapacidad legal, declarada en forma;

V. Por excusa que el juez califique de legítima, con audiencia de los interesados y del Ministerio Público, cuando se interesen menores o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, en el ámbito de sus atribuciones; y,

VI. Por revocación de sus nombramientos o remoción, hecha por el signatario para su realización.

Artículo 19. Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la fracción III del artículo 7 de la presente Ley, por orden subsecuente y a falta de:

I. El o la, cónyuge;

II. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente.

III. Los hijos mayores de edad, consanguíneos o adoptados;

IV. Los padres o adoptantes;

V. Los nietos mayores de edad; y

VI. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

El familiar signatario del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en los términos del presente artículo fungirá a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

Artículo 20. Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la fracción IV del artículo 7 de la presente Ley, por orden e importancia de prelación y a falta de manera subsecuente:

I. Los padres o adoptantes;

II. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor; o,

III. Los hermanos mayores de edad o emancipados;

El familiar signatario del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en los términos del presente artículo fungirá a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

Artículo 21. En caso de que existan hijos menores de 18 años y mayores de 16 años podrán igualmente suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los supuestos establecidos en los dos artículos anteriores, a falta de las demás personas facultadas.

Artículo 22. Cuando el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito ante Notario, éste dará lectura al mismo en voz alta a efecto de que el signatario asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento. Cuando el solicitante del Documento de Voluntad Anticipada ignore el idioma del país, el Notario deberá nombrar a costa del solicitante un intérprete que sea perito traductor, quien concurrirá al acto y explicará totalmente al solicitante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 23. El Notario deberá verificar la identidad del solicitante, y de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción.

Artículo 24. Si la identidad del solicitante no pudiere verificarse, se declarará esta circunstancia por el Notario, solicitando la presencia de dos testigos, que bajo protesta de decir verdad, verifiquen la personalidad de este y en caso de que no existiera la posibilidad de presencia de los dos testigos, el Notario agregará al Documento de Voluntad Anticipada todas las señas o características físicas y/o personales del solicitante.

Artículo 25. En caso de que el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito en los términos del artículo 10 de la presente Ley, igualmente deberá darse lectura en voz alta, a efecto de que el solicitante asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento, pero no tendrá validez el Documento de Voluntad Anticipada hasta que no se verifique la identidad de este por los dos testigos.

Artículo 26. Se prohíbe a los Notarios y a cualesquiera otras personas que hayan de redactar Documentos de Voluntad Anticipada, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras, bajo la pena de quinientos días de salario mínimo general vigente como multa.

Artículo 27. El solicitante expresará de modo claro y terminante su voluntad al Notario o a las personas facultadas para los efectos por la Secretaría según sea el caso, quienes redactarán por escrito las cláusulas del Documento de Voluntad Anticipada o cumplirán con los requisitos del Formato correspondiente, sujetándose estrictamente a la voluntad del solicitante y las leerá en voz alta para que éste

manifieste si está conforme. Si lo estuviere, lo firmarán el solicitante, el Notario, los testigos y el intérprete, según el caso, asentándose el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere sido otorgado.

El solicitante preferentemente asistirá al acto acompañado de aquél que haya de nombrar como representante a efecto de asentar en el Documento de Voluntad Anticipada, la aceptación del cargo.

Artículo 28. En los casos previstos en los artículos 29, 30, 31, 32 y 33 de la presente Ley, así como cuando el solicitante o el Notario lo requieran, deberán concurrir al otorgamiento del acto, dos testigos y firmar el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 29. Cuando el solicitante declare que no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato según sea el caso, deberá igualmente suscribirse ante dos testigos, y uno de ellos firmará a ruego del solicitante, quien imprimirá su huella digital.

Artículo 30. Si el solicitante fuere enteramente sordo o mudo, pero que sepa leer, deberá dar lectura al Documento de Voluntad Anticipada o Formato correspondiente; si no supiere o no pudiere hacerlo, designará una persona que lo haga a su nombre.

Artículo 31. En caso de que el solicitante fuere sordomudo, y supiera el lenguaje a señas, el Notario estará a lo dispuesto por el artículo 22 párrafo segundo de la presente Ley.

Artículo 32. Cuando el solicitante sea ciego o no pueda o no sepa leer, se dará lectura al documento de Voluntad Anticipada dos veces: una por el Notario, como está prescrito en el artículo 22 primer párrafo, y otra, en igual forma, por uno de los testigos u otra persona que el solicitante designe.

Si el solicitante no puede o no sabe leer y escribir, concurrirá al acto una persona que fungirá como intérprete, quien corroborará la voluntad que dicte aquél.

Artículo 33. Cuando el solicitante ignore el idioma del país, si puede, manifestará su voluntad, que será traducida al español por el intérprete a que se refiere el artículo 22, párrafo segundo.

La traducción se transcribirá como Documento de Voluntad Anticipada y tanto el suscrito en el idioma original como el traducido, serán firmados por el solicitante, el intérprete y el Notario, integrándose como un solo documento.

Si el solicitante no puede o no sabe leer, dictará en su idioma su voluntad, al intérprete; traducida ésta, se procederá como dispone el párrafo primero de este artículo.

Artículo 34. Las formalidades expresadas en este capítulo se practicarán en un solo acto que comenzará con la lectura del Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente y el Notario o la persona facultada para los efectos, dará fe de haberse llenado aquéllas.

Artículo 35. El solicitante o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento del enfermo en etapa terminal, para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo.

CAPÍTULO TERCERO

DE LA NULIDAD Y REVOCACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 36. Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada realizado bajo las siguientes circunstancias:

- I. El realizado en documento diverso al Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente autorizado por la Secretaría;
- II. El realizado bajo influencia de amenazas contra el signatario o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes, concubinario o concubina;
- III. El captado por dolo o fraude;
- IV. Aquel en el que el signatario no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen;
- V. Aquél que se otorga en contravención a las formas prescritas por la ley; y
- VI. Aquel en el que medie alguno de los vicios del consentimiento para su realización.

Artículo 37. El signatario que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el artículo anterior, podrá, luego que cese dicha circunstancia, revalidar su Documento o Formato de Voluntad Anticipada con las mismas solemnidades que si lo signara de nuevo; de lo contrario será nula la revalidación.

Artículo 38. El Documento o Formato de Voluntad Anticipada únicamente podrá ser revocado por el signatario del mismo en cualquier momento. No podrán por ninguna circunstancia establecerse o pretenderse hacer valer disposiciones testamentarias, legatarias o donatarias de bienes, derechos u obligaciones diversos a los relativos a la Voluntad Anticipada en los documentos o formatos que regula la presente Ley.

Artículo 39. En caso de que existan dos o más Documentos o Formatos de Voluntad Anticipada será válido el último firmado por el signatario.

CAPÍTULO CUARTO

DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 40. Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el signatario o en su caso su representante, deberá solicitar al personal de salud correspondiente se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento.

El personal de salud correspondiente deberá realizar dichas disposiciones en los términos solicitados y prescritos en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en referencia al derecho establecido para ello en el artículo 166 Bis 3 de la Ley General de Salud aplicada supletoriamente.

Artículo 41. Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada deberá asentaren el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes.

Para los efectos del párrafo anterior se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico que el personal de salud correspondiente determine.

Artículo 42. El personal de salud a cargo de cumplimentar las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y las disposiciones

de la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización.

Será obligación de la Secretaría, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de verificar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal. La Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley.

Asimismo, la Secretaría emitirá los lineamientos correspondientes para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada en las instituciones privadas de Salud.

Artículo 43. 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.

Artículo 44. No podrán realizarse las disposiciones contenidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en la presente Ley, a enfermos que no se encuentren en etapa terminal.

CAPÍTULO QUINTO

DE LA COORDINACIÓN ESPECIALIZADA EN MATERIA DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 45. La Coordinación Especializada es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley y en los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.

Artículo 46. Son atribuciones de la Coordinación Especializada:

- I. Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;
- II. Hacer del conocimiento del Ministerio Público los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;
- III. Supervisar en la esfera de su competencia:
 - a) El cumplimiento de las disposiciones de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; y
 - b) Lo relativo en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos;
- IV. Coadyuvar con el control y registro de donantes y receptores de Órganos y Tejidos en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes y los Centros Estatales de Trasplantes en el ámbito de sus atribuciones;
- V. Fungir como vínculo con los Centros Nacional y Estatales de Trasplantes en el ámbito de su competencia;
- VI. Fomentar, promover y difundir la cultura de Donación de Órganos y Tejidos en el ámbito de su competencia;
- VII. Proponer en el ámbito de su competencia, la celebración de convenios de colaboración con otras instituciones y asociaciones públicas o privadas en las que se promuevan y realicen Trasplantes de Órganos y Tejidos; y

VIII. Las demás que le otorguen las otras leyes y reglamentos.

Artículo 47. Las disposiciones derivadas de la Voluntad Anticipada establecidas en el presente Capítulo en materia de Trasplantes y Donación de Órganos se regirán por lo dispuesto en la Ley Estatal de Salud para el Estado de Veracruz o en su defecto, supletoriamente en la Ley General de Salud que tiene aplicación federal, en los términos que las mismas determinen en lo conducente y aplicable.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave.

SEGUNDO.- A partir de la entrada en vigor del presente Decreto, se derogan las demás disposiciones que contravengan al mismo.

TERCERO.- El Gobierno del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave tendrá 90 días naturales para emitir el Reglamento y los Lineamientos conducentes para la aplicación de la presente ley.

CUARTO.- El Gobierno del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, deberá realizar a más tardar en 90 días naturales las adecuaciones correspondientes al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, para proveer en la esfera administrativa lo relativo a la creación de la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada.

QUINTO.- El Gobierno del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave deberá suscribir el convenio de colaboración correspondiente con el Colegio de Notarios a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave y asegurar el menor costo posible de los honorarios correspondientes al Documento contenido en ella, así como la inclusión de la suscripción del mismo en las Jornadas Notariales.

SEXTO.- La Legislatura del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, deberá establecer en el Presupuesto de Egresos para el ejercicio fiscal 2017, los recursos presupuestales correspondientes y suficientes para la operación y difusión de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave.

SÉPTIMO.- El Ejecutivo del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, deberá suscribir los convenios de coordinación de acciones correspondientes con la Secretaría de Salud Federal, El Centro Nacional de Trasplantes y los Centros Estatales de Trasplantes, a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos, con base en lo dispuesto por la Ley General de Salud en lo conducente y aplicable.

OCTAVO.- Publíquese el presente Decreto en La Gaceta Oficial del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave para su mayor difusión.

Cámara de Diputados del Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, a los ____ días del mes de _ del año dos mil __.- POR LA MESA DIRECTIVA.- DIP., PRESIDENTA. DIP. ___, SECRETARIA.- DIP. ___, SECRETARIO.- (Firmas)³⁶

El objetivo de los multicitados instrumentos jurídicos, es evitar la insistencia de la aplicación terapéutica en enfermos terminales, salvaguardando la dignidad de la persona que en expresión de su voluntad, exige que tal derecho le sea respetado. Es importante resaltar que también es revocable, ya que como se ha sostenido asumir el proceso de muerte y además documentarlo, no resulta fácil. Tampoco se trata de una carta peticionaria o de deseos, para acelerar un proceso natural, esta petición debe estar sustentada bajo estándares clínicos.

Conclusiones.

- La muerte es el acontecimiento más controversial y certero, nadie puede escaparse de ello; motivo por el cual diversas ciencias se dan a la tarea de estudiarla; la definición más común es la que da las ciencias de la salud; describiéndola como el cese de la vida, como la pérdida o destrucción del organismo.

- Los textos jurídicos ahora se escriben con base en la protección de los derechos humanos, teniendo preeminencia la vida del ser humano y su derecho a la dignidad; pero el trabajo aquí descrito hace del conocimiento que pueden presentarse determinadas condiciones que la conviertan en indigna; un estado de salud grave, irreversible, que haya sido decretado médicamente y que tenga como fin la muerte; no existe razón para aceptar o permitir la agonía del enfermo con el fin de preservar su existir.

- Haber entrado al estudio de términos como eutanasia, distanasia, ortotanasia, entre otros, obliga a resaltar un concepto que es base para las legislaciones que han abordado la voluntad anticipada o testamento vital como también se le conoce; éste es conocido como la autonomía vital reconocido como

³⁶ Documento presentado por Alfredo Magno Garcimarrero Ochoa, en el ejercicio de participación ciudadana para el Plan de Desarrollo Veracruzano, efectuado el 31 de agosto de 2016, en la Unidad de Servicios Bibliotecarios de la Universidad Veracruzana, en donde la suscrita participó como relatora, <http://consultapvd.uv.mx/temas/reorganizar-los-servicios-de-salud-su-expansion-y-mantenimiento/>

la libertad de la persona humana que tiene un padecimiento irremediable, para conocer y decidir sobre los alcances del tratamiento médico aplicado o que le van aplicar; optando por la supresión de un tratamiento y la terminación voluntaria o asistida de la vida.

- Toda persona le asiste la autonomía de la voluntad y con ello el derecho a decidir sobre su vida; y no puede ser la excepción cuando se trata sobre su salud y si ésta ha sido declarada mortal; luego entonces, la ciencia jurídica avanza emitiendo leyes de voluntad anticipada que por infortunio, solo 11 entidades federativas mexicana las contemplan.

- Estoy a favor de la eutanasia, de las leyes anticipadas, de los testamentos vitales; baso mi criterio en que si el Estado, las leyes, los tratados internacionales, reconocen en las personas su dignidad, la libre determinación de la personalidad; deben reconocer igualmente el derecho a morir cuando una vida ha sido decretada médicamente sin esperanzas o posibilidades de recuperación; no debe darse lugar a argumentos religiosos, filosóficos, culturales, morales; porque no son suficientes ante el argumento de una muerte digna.

Fuentes

Bibliografía

ALSINA Hugo, *Derecho Procesal. Juicios especiales*, Tomo VI, Buenos Aires, Ediar, 1971.

JIMÉNEZ DE ASUA Luis, *Libertad de amar y derecho a morir. Ensayos de un criminalista sobre Eugenesia Eutanasia Endocrinología*, 3ª edición, Historia Nueva, Aldus S.A de Artes Gráficas Santander, 1929.

JIMÉNEZ José Luis, *Eutanasia, distanasia y suicidio asistido*. [CD-ROM]. Edición especial, La Habana, Centro de Bioética Juan Pablo II, 2007.

KLARSFELD, André, REVAH, Frederic, *Biología de la muerte*, España, Complutense, 2002.

LÓPEZ ARANGUREN José Luis, *Ética*, volumen 2, España, Trotta, 1994.

PÁNIKER Salvador, Roland Jaccard Micher Thevóz, *Prologo de manifiesto de una muerte digna*, 1ª edición, España, Kairós, 1993.

Hemerografía

Tesis: P. LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XXX, Diciembre de 2009, Materia(s): Constitucional.

Tesis: 1a./J. 37/2016 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo II, Agosto 2016, Materia(s): Constitucional.

Direcciones electrónicas

___http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html

___http://www.milenio.com/politica/derecho_a_eutanasia_cdmx-asamblea_constituyente-legalizacion_mariguana-milenio_0_878912116.htm

___Recomendación 1418 (1999) *Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos*, <http://www.unav.es/cdb/acoerrec99-1418.html>

BONT Maribel, DORTA Katherine *et al*, *Eutanasia: una visión histórico – hermenéutica*, Comunidad y Salud, vol. 5, núm. 2, Maracay, 2007, http://scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005

CASADO María, *et al.*, "Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales", *Revista española de medicina legal*, núm. 39, 2013, <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-sobre-las-voluntades-anticipadas-aspectos-S0377473212000594?redirectNew=true>

Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial. [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p621.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p621.pdf)

Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 19 de octubre de 2005 http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

FLORES SALGADO Lucerito Ludmila, "Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México", *IUS Revista del instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, México, año IX, núm. 36 julio-diciembre de 2015, <http://www.scielo.org.mx/pdf/rius/v9n36/1870-2147-rius-9-36-00155.pdf>

- GIRALDO- CADAVID, Luis Fernando, "Muerte, Eutanasia Y Cuidados Paliativos", *Persona y Bioética*, vol. 12, núm. 2, julio-diciembre, 2008, <http://www.redalyc.org/pdf/832/83211487007.pdf>
- GÓMEZ MACIÁ, Ramón. *Eutanasia Concepto Legal*, 2008, en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z14.pdf>
- Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal*, publicada en la gaceta oficial del Distrito Federal el 07 de enero de 2008, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>
- Ley General de Salud*, publicada el 7 de febrero de 1984, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf
- MARIS MARTÍNEZ Stella, *Relación clínica con el paciente : Responsabilidad ética frente al enfermo terminal*, Universitat Ramon Llull, 2011, <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=396>
- NOGUEZ, Austria y GONZÁLEZ, Liliana, "Las entidades anímicas y la muerte en la etnografía de los Altos de Chiapas", *Vita Brevis, Revista electrónica de estudio de la muerte*, año 3, núm. 4, enero-junio de 2014, <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/vitabrevis/article/view/3234/3117>.
- ORTÍZ QUESADA Federico, *Eutanasia*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2003, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t275.pdf>
- PADOVANI CANTÓN, Antonio Manuel, Clemente Rodríguez María Elisa, "Eutanasia y legislación", *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Rio*, Cuba, agosto 2008, <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v12n2/rpr15208.pdf>
- PAREDES ESCOBAR, María Cristina, "Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana", *Acta Bioeth*, vol. 18, núm. 2, Santiago de Chile, noviembre 2012, <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v18n2/art04.pdf>
- Plan de Veracruzano de Desarrollo, efectuado el 31 de agosto de 2016, <http://consultapvd.uv.mx/temas/reorganizar-los-servicios-de-salud-su-expansion-y-mantenimiento/>

VERA CARRASCO, Oscar, "Dilemas bioéticos en la unidades de cuidados intensivos", *Revista Médica La Paz*, núm. 16, 2010.