



Decisiones al final de la vida en México Decisions at the end of life in Mexico

Recibido: 6 de marzo de 2015; aceptado: 21 de octubre de 2015

*Edith González Moreno*¹

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

El presente ensayo aborda el tema de las decisiones al final de la vida en México (incluyendo el tema de la muerte médicamente asistida).² Las reflexiones parten de algunos indicadores nacionales de mortalidad en nuestro país, donde el fenómeno de muerte en hospitales está apenas siendo igualado al número de muertes que venían ocurriendo fuera de ellos. Por lo anterior y a diferencia de otros países, el foco de atención en las cuestiones relacionadas con el final de la vida no deberá centrarse exclusivamente en el ámbito hospitalario. También se presentan algunos argumentos internacionales, elementos de la legislación vigente, así como la influencia de los paternalismos médico y jurídico en México.

Palabras clave: decisiones al final de la vida, muerte, paternalismo, paciente, médico.

Abstract

The following essay addresses the issue of decisions at the end of life in Mexico (including the issue of Medically Assisted Death). The reflections are based on some national indicators of mortality in our country, where the phenomenon of death in hospitals is just being equaled the number of deaths that were occurring at home. Therefore, unlike other countries, the focus on issues related to end of life should not concentrate exclusively in hospitals. Some international arguments, elements of the law and the influence of the medical and legal paternalism in Mexico are also presented.

Keywords: decisions-at-the-end-of-life, death, paternalism, patient, physician

INTRODUCCIÓN

El hecho absorbente de estar mortalmente enfermo es que dedicas mucho tiempo a prepararte para morir con un mínimo de estoicismo (y con provisiones para tus seres queridos), mientras y al mismo tiempo estás muy interesado en el asunto de la supervivencia. Es una forma especialmente extraña de “vivir” -abogados por la mañana y médicos por la tarde- y significa que uno tiene que existir –incluso más de lo habitual- en un doble marco mental.

Christopher Hitchens, *Mortalidad*.

¿MORIR EN CASA O EN EL HOSPITAL? LOS INDICADORES NACIONALES

La reflexión sobre la muerte no es únicamente un asunto de reflexión teórica, el Instituto Nacional de Estadística,

Geografía e Informática [INEGI] (2014) reporta que diariamente ocurren alrededor de 160 muertes en nuestro país, sin embargo, debido a la escasez de estudios sobre el tema, no sabemos con exactitud en qué condiciones ocurren esas muertes.

En el año 2010, la Fundación Lien (2010)³ publicó un estudio sobre la muerte en 40 países: desafortunadamente, México ocupa el lugar número treinta y seis, apenas por encima de China, Brasil, Uganda e India. En dicha investigación se tomó en cuenta cuatro variables para realizar la medición cualitativa: 1) Cuidados básicos al final de la vida, 2) acceso a cuidados al final de la vida,

¹ Estudiante de doctorado en Filosofía, Instituto de Investigaciones Filosóficas “Luis Villoro”, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Líneas de Investigación: Bioética, decisiones al final de la vida, subjetivación, Michel Foucault. Correo electrónico: edita70@hotmail.com

² A lo largo de artículo utilizaré las siglas DFV para referirme a Decisiones al final de la vida, MMA para muerte médicamente asistida, SA para suicidio asistido y SMA para suicidio médicamente asistido.

³ Una investigación interesante, no sólo por incluir una muestra de 40 países con realidades socioculturales y económicas diversas, el estudio incluye una perspectiva de análisis cualitativo, que resulta pertinente al abordar el tema del fin de la vida.

3) costos de cuidados al final de la vida, y 4) calidad de los cuidados a través de veinticuatro indicadores que incluyeron diversos aspectos cualitativos y cuantitativos.

Reino Unido ocupa el primer lugar, seguido por Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Bélgica y Australia. Ese dato, aunado a una serie de pequeñas y aisladas investigaciones en nuestro país, nos indica que es tiempo de discutir cómo queremos morir, en qué condiciones y ante qué marco legal.

Es indudable que ha cambiado la manera en que morimos y como consecuencia, nuestra forma de convivir con la muerte también se ha transformado. Desde la perspectiva histórica, psicológica y sociológica, diversos autores coinciden en que la cultura occidental moderna ha establecido un paulatino alejamiento respecto al tema de la muerte (Ariès, 2000; Cohen, 2007; Elías, 2009). Esta distancia nos impide hablar abiertamente de cómo y en qué condiciones nos gustaría morir, e incluso nos imposibilita para escuchar las inquietudes de quienes nos rodean. Sin embargo, debido a que inevitablemente vamos a morir, es importante informarnos sobre las DFV.

En México, la recurrencia a la hospitalización ha crecido de forma lenta y progresiva. En 1997 (INEGI, 2014) la tasa de mortalidad anual calculó 440 mil 437 muertes, de esas, 187 mil 192 ocurrieron en alguna unidad médica, mientras que 201 mil 404 ocurrieron en casa del occiso, 37 mil 237 se encuentran registradas en la categoría “otro lugar”, y 14 mil 604 indican “no especificado”. Hace menos de 20 años la mayoría de la población mexicana moría en casa, en cambio, la cifra publicada por el INEGI (2014) especifica que en el año 2013, de un total de 611 mil 829 muertes, 277 mil 469 ocurrieron en algún tipo de unidad médica pública o privada, y 267 mil 065 en casa.

Las cifras referidas nos permiten identificar que debido a la reciente y paulatina implementación de políticas en materia de salud, los servicios de salud pública han ido incluyendo muy poco a poco un porcentaje significativo de población que hace algunos años no tenía acceso a ellos, este es un factor importante para comprender por qué las muertes en nuestro país seguían ocurriendo todavía de manera mayoritaria en los hogares. Desde luego, hay un componente cultural de trasfondo y es que, en las zonas rurales y comunidades, lo más común era que la muerte aconteciera sin mayor intervención médica: se trataba de una muerte en casa con cuidados básicos.

Sin embargo, la tendencia en las cifras nos indica que

en México se está recurriendo más a la hospitalización al final de la vida. Ello implica que la muerte y los modos de morir también acontezcan cada vez con mayor frecuencia en el ámbito hospitalario, pero, ¿cómo están ocurriendo esas muertes?, ¿tenemos un marco jurídico que ampare de las decisiones al final de la vida?, ¿son suficientes los derechos de los médicos y los pacientes para garantizar que serán respetados los derechos de uno y otro? Según el estudio de la Fundación Lien (2010) la calidad de muerte en los hospitales públicos en México está entre las más bajas de los 40 países estudiados. A nivel jurídico existen dos recursos: la Ley de Voluntad Anticipada y los Derechos de los Pacientes, sin embargo, son poco conocidos incluso entre los profesionales de la medicina, y desde luego, existe el aún pendiente tema de una legislación que regule la MMA.

La tendencia al fenómeno de la hospitalización en México conduce a preguntarnos como individuos y como sociedad sobre las DFV y sobre cómo querríamos morir. A través de los indicadores de mortalidad, podemos darnos cuenta de que elegir morir en casa se está volviendo un fenómeno minoritario: las razones para que ello ocurra son diversas, desde culturales, económicas o incluso religiosas; no olvidemos además el fenómeno sociocultural del alejamiento de la muerte.

El cambio respecto al fenómeno de la hospitalización es importante en el debate sobre las condiciones en que serán o no posibles ciertas opciones en las DFV; desde recurrir o no a un hospital en caso de una enfermedad crónica y terminal o solicitar cuidados paliativos y morir en casa, también habremos de discutir y ampliar las posibilidades jurídicas de la MMA, pues tenemos el derecho de decidir y prever cómo querría cada uno vivir su muerte y en qué condiciones.

Desde el punto de vista jurídico, también vivimos un momento importante puesto que, por primera vez, surgieron leyes como la de Voluntad Anticipada y de Cuidados Paliativos en el Distrito Federal y algunos estados, ello nos indica que el debate seguirá en curso a pesar de la influencia de sus detractores, a decir: los argumentos religiosos, el temor de los médicos frente a la posibilidad de verse involucrados en procesos jurídicos, la falta de claridad por parte de los sistemas médicos en las opciones al final de la vida, así como del vacío legal existente en el tema de la MMA; a pesar de ello, se está generando un diálogo con miras a la consideración social y jurídica

de dichas opciones.

Se trata de un debate apremiante, puesto que cada muerte debe ocurrir en las mejores condiciones posibles y para que la calidad de muerte mejore en nuestro país, sin duda se tiene que dar un primer paso que implica que como sociedad

se debería hablar más abierta y claramente sobre la muerte, aunque no sea más que dejando de presentarla como un misterio... El *ethos* del *homo clausus*, del hombre que se siente solo, tocará pronto su fin cuando deje de reprimirse la muerte, cuando se incluya este hecho en la imagen del hombre como una parte integrante de la vida. (Elías, 2009, p. 107)

Debemos hablar tanto del envejecimiento (Amèry, 2001) como de la muerte, esas reflexiones nos competen como individuos, como ciudadanos, cuidadores, como médicos, juristas, posibles enfermos y certeros murientes. El tema cobra aún mayor relevancia cuando observamos que de 2005 a 2011 las principales causas de muerte se debieron a enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos según lo muestra el Sistema Nacional de Información en Salud (2008). Dichas enfermedades suelen implicar procesos largos y dolorosos de padecimiento en los que tampoco queda claro si el paciente recibe suficiente información sobre su enfermedad así como sobre las expectativas y la calidad de vida que supone atravesar cualquiera de los tratamientos comúnmente recomendados para tales casos. Se trata de enfermedades crónicas que coartan de modo significativo las actividades diarias de las personas, pues la pérdida de las capacidades físicas impone un desequilibrio vital. Recordemos que

la salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez. Todos la conocemos. Ahí está la respiración; ahí está el metabolismo; ahí está el sueño. Ellos constituyen tres fenómenos rítmicos que, al cumplirse, brindan vitalidad, descanso y energía. (Gadamer, 2011, p. 151)

Ante la pérdida de ese sutil balance vital deberíamos ofrecer un acompañamiento integral y de calidad que incluya información clara y precisa, atención médica y psicológica, y lo más importante; contribuir en el proceso para que los pacientes logren encontrarse plenamente

informados y por lo tanto sean capaces de decidir cuáles son sus opciones médicas, cuáles son sus límites y hasta dónde está dispuesto a participar de los tratamientos médicos. En este punto es pertinente una precisión, no es un error ofrecer tratamientos para dichas enfermedades, pero éstas han de ir acompañadas de un adecuado diagnóstico que incluya pronóstico (Miyaji, 1993)⁴ e información amplia y clara que permita a los pacientes formarse una idea clara de su expectativa de vida.

ÁMBITO INTERNACIONAL Y PRECISIONES CONCEPTUALES PARA LAS DFFV

El debate público respecto a las decisiones al final de la vida en México es reciente⁵ y en ese sentido resulta comprensible que aún no exista suficiente claridad al momento de la discusión. Tampoco hay consenso en los conceptos implícitos en el tema, por lo que resulta sumamente importante definirlos y discutir si éstos cuentan con un respaldo razonable y ético. Además, un consenso conceptual permitirá alertar sobre los posibles equívocos y prácticas no éticas al final de la vida.

Parte de la confusión en los términos comenzó durante la segunda mitad del siglo xx, cuando los argumentos en bioética pretendieron distinguir de una manera amplia y detallada todas las posibilidades de situaciones y procedimientos cercanos a la MMA y específicamente lo relacionado con la eutanasia; dicho ejercicio resultó confuso y en cierto modo contraproducente tanto para los médicos como para los propios comités de ética hospitalaria que se encontraron continuamente discutiendo cuál era exactamente el tipo de eutanasia para cada caso, olvidando que lo que estaba en discusión no era —en última instancia— la tipificación del mismo, sino las implicaciones de orden ético y jurídico tanto para el médico como para el paciente. Como producto de aquellas indagaciones, se llegó a hablar de 11 términos asociados a la eutanasia (activa, pasiva, directa, indirecta, voluntaria, involuntaria), luego surgieron neologismos (distanasia,

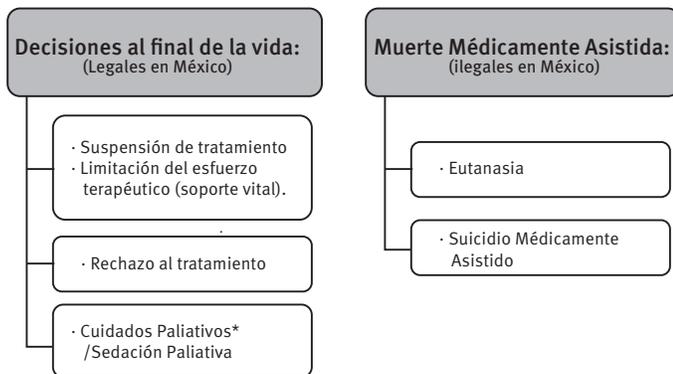
⁴ Un interesante estudio sobre los modelos de información que comúnmente utilizan los médicos en EU para informar a sus pacientes sobre las implicaciones de su enfermedad y muerte.

⁵ En comparación con otros países, el establecimiento de instituciones e investigación en bioética es reciente. Consideremos, por ejemplo el establecimiento de la Comisión Nacional de Bioética en 1992 que alentó la gestión e instauración de los comités de ética hospitalaria y de investigación. En el ámbito intelectual destaca el esfuerzo de la UNAM (González y Linares, 2013), UAQ (Arellano y Hall, 2012) y el Colegio de Bioética por argumentar crítica y seriamente sobre diversos temas relacionados con la bioética.

adistanasia, ortotanasia, cacotanasia, criptotanasia). Sin duda alguna, esa minuciosa clasificación pretendía definir de la manera más exacta el tipo de práctica que estaba en discusión.

Sin embargo, estudios y argumentos recientes en bioética han optado por una delimitación más precisa de conceptos que han venido a facilitar los procesos de recomendaciones de los comités de ética hospitalaria; veamos por qué: Primero, resulta pertinente aclarar que cuando se hace referencia a “decisiones al final de la vida” existen cinco posibilidades (Simón, 2003), dos de ellas asociadas a la MMA. El cuadro 1 lo ilustra.

Cuadro 1. Posibilidades de “Decisiones al final de la vida”



*Los cuidados paliativos pueden definirse como el conjunto de decisiones sobre el final de la vida. Las intervenciones que ofrecen (incluida la sedación) no tiene como objetivo adelantar la muerte sino ofrecer las condiciones para que ésta llegue de manera “natural” en las mejores condiciones para el enfermo y sus familiares. Es pertinente precisar que en el artículo se incluye suspensión médica por fallecimiento, es decir, no tratar a un cadáver.

Fuente: elaboración propia.

Las cinco posibilidades son necesarias para dar cuenta de las opciones al final de la vida: las tres primeras, se encuentran dentro del marco legal en México, sin embargo, aún falta difusión y consenso incluso entre los pacientes y entre los médicos. No es suficiente que en las instituciones públicas de salud se publique los derechos de los pacientes en cuadros colgados en las paredes de los pasillos y se asuma que con eso basta para tener pacientes informados de sus capaces de exigir derechos. En un contexto ideal, las DFV tendrían que tomarse entre paciente y médico, o bien, médico y familiar en caso de incompetencia del paciente. Todas las opciones que con-

tiene el cuadro están vinculadas al espacio de la práctica médica, puesto que es el ámbito del que eventualmente podría derivarse un marco legal en el país.

Sin embargo, cabe señalar que actualmente hay debates sumamente interesantes en los que se cuestiona que tengan que ser los médicos quienes realicen cualquier tipo de ayuda para morir. En ese sentido, Suiza cuenta desde 1940 con una ley que asumió que mientras se compruebe que la ayuda al suicidio se deriva de una petición libre y responsable y ésta se atiende por motivos altruistas, no se considera un crimen. Dicha tendencia evoca más que a una muerte médica, a una muerte a cargo de la sociedad civil (Andorno, 2013, pp. 246-253).

Abordemos ahora las opciones de MMA; eutanasia y suicidio médicamente asistido. Etimológicamente, eutanasia significa “buena muerte”, y dicho término había sido constantemente usado para referir una elección de muerte templada, sin dolor extenuante y prolongado. Históricamente, no se trata de una práctica necesariamente llevada a cabo exclusivamente en el contexto médico, incluso en algunas culturas se la asociaba con una manera de no intervenir y más bien acompañar el paso de la vida a la muerte. Al menos en la Antigüedad Clásica (Álvarez, 2005, p. 24) la búsqueda consciente y voluntaria de una buena muerte era aceptada, vista como un acto de libertad u honorabilidad (Séneca, 2005). Sin embargo, el Cristianismo ha condenado históricamente tanto la eutanasia como el suicidio por considerar que la vida es sagrada y debe terminar únicamente por mandato divino y no por intervención humana, pero a partir del siglo XVII pensadores como Bacon y posteriormente en el S. XIX el médico Karl F. Marx comenzaron a debatir la pertinencia de la ayuda de los médicos para ayudar a sus enfermos a tener una muerte tranquila. Desafortunadamente, el uso actual del término “eutanasia” sigue produciendo equívocos y reacciones poco razonables, confundiendo un pedido de ayuda para morir, con homicidios, negligencias médicas, y en general, a una serie de abusos sobre la vida, por ello es relevante definir con claridad qué es y qué no es “eutanasia” y “SMA”.

En España se ha retomado algunas propuestas de Bélgica, de manera que se definió “eutanasia” como las acciones que

producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación

causa-efecto única e inmediata. Se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo e informada de los pacientes en situación de capacidad. En un contexto de sufrimiento, entendido como “dolor total”, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo mediante cuidados paliativos. Son realizadas por profesionales sanitarios que conocen al paciente y mantienen con ellos una relación clínica significativa (Loria y Villareal, 2008, p. 274)

La anterior expone una definición bastante atinada y explícita. También es de considerar la propuesta de la Dra. Álvarez del Río, sencilla y clara; eutanasia es “la finalización intencional, por parte de un médico, de la vida de un paciente, a petición de éste” (Álvarez, 2005, p. 31). La anterior definición resulta adecuada en tanto enfatiza los dos elementos que deben estar presentes en un acto de eutanasia: la voluntad del médico y la voluntad expresa del paciente (bien sea que se encuentre consciente y capaz para expresarlo o, cuando se encuentre incapacitado para expresarlo pero cuente con un documento de voluntad anticipada). Por simple que parezca, este binomio no siempre se manifiesta en el uso del término —incluso en documentos oficiales— “eutanasia”, en consecuencia, dando lugar a una serie de equívocos que pueden repercutir en importantes temas legales y de interpretación.

Cabe señalar en este punto que las definiciones propuestas provienen de la tradición médica holandesa, misma que ha expresado abiertamente su apoyo al SMA o Eutanasia en un porcentaje de 84% (Schuklenk-Van, 2011, p. 20). Es pertinente enfatizar el hecho de que para hablar de eutanasia “es un requisito imprescindible [...] que exista una petición expresa y reiterada del paciente. Que no haya consentimiento informado expreso del paciente hace que la actuación del profesional deba ser etiquetada sin más como homicidio” (Simón, 2008, p. 274). Desde luego, si se trata de un paciente que no puede expresar su voluntad por encontrarse, por ejemplo en estado vegetativo persistente, ha de recurrirse, en primera instancia, a un documento de voluntad anticipada, en caso de no existir, el médico habrá de consultar a sus familiares inmediatos, desde luego en el caso de un pronóstico médico poco favorable, sólo en ese tipo de

casos habremos de entender que se trata de una “limitación del esfuerzo terapéutico”, no de eutanasia. Esta conceptualización evita malos entendidos en el uso de las palabras e incluso en las prácticas médicas.

Más adelante, —basada en un artículo de Loria— destacó que los médicos en México consideran más aceptable ayudar a morir a pacientes en estado vegetativo persistente que a pacientes terminales plenamente conscientes; desde luego, ésta última opción requeriría de un pedido de eutanasia, la cuestión es que los médicos dan un peso moral distinto a una y otra situación.

En el tema del SMA, la referencia obligada es la Ley de Óregon, aprobada en 1997, donde se permite éste pero no la eutanasia. Dicha ley tiene una serie de especificidades que han dado buenos resultados en la práctica, por ejemplo, que las personas que solicitan dicha ayuda deben ser enfermos con un pronóstico de vida no mayor a seis meses. Vale precisar que el procedimiento general consiste en que los pacientes hacen la solicitud a su médico, se evalúa si cumple con los requisitos establecidos por la legislación, y son los propios pacientes quienes compran el medicamento, deciden cuándo lo toman y en qué momento y lugar (Quill, 2008, pp. 17-22).

Una crítica que se ha hecho a esta ley es que deja fuera de ejercer ese derecho a personas de la tercera edad, que no necesariamente sufren una enfermedad terminal pero que consideran que ya no desean vivir más.

En este sentido destacan dos argumentos principales: los adultos mayores observan en la posibilidad de perder su autonomía como consecuencia de las deficiencias orgánicas asociadas a la vejez un problema esencial o bien, consideran que han tenido una vida plena y completa que llega a su fin. Es un debate sumamente complejo, pues los pacientes que dentro del ámbito legal han pedido una dosis médica para suicidarse han expresado que principalmente han hecho ese pedido “tras reflexionar sobre la circunstancias de su muerte, [debido a] la pérdida de independencia, a la preocupación por el dolor futuro y una baja calidad de vida así como a la posible inhabilidad de cuidar de sí mismos”. (Schuklenk-Van, 2011, p. 11). Las personas que sufren una enfermedad terminal expresan recurrentemente el temor de sufrir algún tipo de inconsciencia en la que pierdan la capacidad de decidir por sí mismos sobre su futuro: ese argumento ha sido relevante en el caso de los países que han legislado sobre el final de la vida.

Otro caso significativo pero con una variante importante es el de Suiza, (Andorno, 2013, pp. 246-253) donde al igual que en Óregon no está permitida la eutanasia pero sí el suicidio asistido (mejor llamado “ayuda para morir”). La particularidad de Suiza consiste en que la ayuda para morir no se lleva a cabo en el ámbito médico. La organización Dignitas brinda asistencia para morir tanto a ciudadanos suizos como a extranjeros, situación que ha generado críticas etiquetando dicha permisión como una forma de “turismo de la muerte”. Desde la perspectiva de quienes han optado por solicitar este servicio, consideran que son los impedimentos legales de sus propios países los que deben modificarse.

Por su parte, el “SMA” se define como la actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales o materiales imprescindibles que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee (Simón, 2008, p. 274).

Para algunos médicos, el SMA resulta una forma más apropiada que la eutanasia para ayudar a sus pacientes, pues supone que sean los propios pacientes quienes tomen directamente la dosis prescrita quitándole al médico el peso moral de llevar a cabo la acción directa que conduzca a la muerte. Una objeción que se ha hecho al SMA es que queda excluido para las personas que se encuentran físicamente impedidas para llevarlo a cabo, por ejemplo, personas con tetraplejia o cuadriplejia.

Finalmente, una observación importante, en el caso de los Países Bajos no existe la distinción moral entre eutanasia y SMA por considerarse que si un paciente pide ayuda como resultado de un sufrimiento insoportable, el médico debe brindarla y simplemente adaptarse a lo que decidan entre ambos. Se asume que dichos procedimientos conducen a la muerte y lo importante es que el médico acompañe a su paciente hasta el final de su vida respetando la decisión que se tomó en conjunto: no hay un peso moral distinto para esas prácticas como han señalado algunos médicos en otros países, cabe incluso la posibilidad de que el paciente elija morir en casa acompañado de familiares y del propio médico.

En la actualidad, diversas asociaciones civiles en el mundo brindan orientación legal y médica sobre lo que implica una muerte digna;⁶ otras ofrecen información sobre cómo llevar a la práctica suicidios sin ayuda de médicos: exploran diversos procedimientos en los que se hace énfasis en que las personas interesadas tengan fácil acceso a los aditamentos y métodos necesarios para terminar con su vida, desde barbitúricos hasta gas helio. Dichas asociaciones causan gran controversia y la crítica más común a su trabajo es que “incitan” al suicidio y no dan otras alternativas, sin embargo ellos reivindican la capacidad de decisión, libertad y autonomía de quienes buscan su orientación.

PATERNALISMO MÉDICO Y JURÍDICO EN MÉXICO.

La tradición paternalista en la cultura mexicana ha influido en la falta de debate y difusión en los temas del final de la vida: a continuación mencionaré al menos dos ámbitos en los que ello se hace patente. Si bien no indagaré en el tema de la relación paciente-médico, es importante comprender de dónde se deriva el tipo de paternalismo médico que permea en nuestro país, pues está asociado a una larga tradición epistémica y social en la que comúnmente se considera que un médico (por los conocimientos que ostenta y por el valor mismo de su hacer) es un personaje de suma importancia a nivel social.

Desde la Antigüedad Clásica (hacia el siglo I a C.), el médico era respetado por sus diversos y amplios conocimientos e incluso era reconocido como artesano, artista y científico (Carrick, 2001, p. 12).

Sin embargo, aquel valor social otorgado históricamente al médico ha cambiado paulatinamente y podemos situar un giro más radical en el siglo xx, no sólo a partir de los acontecimientos detonados por el partido Nazi alemán y las desafortunadas implicaciones que tuvieron algunos médicos participando en experimentos inhumanos aludiendo razones científicas. A dicho giro, contribuyó también el novedoso uso de antibióticos modernos (penicilina) durante la primera mitad del

⁶ Para comprender cabalmente el tema de las decisiones al final de la vida es importante observar los testimonios de las personas que han optado por un pedido de ayuda para morir. Ver pág. web de la Asociación Federal Derecho a morir Dignamente (s/f).

siglo xx y la revolución técnica en los avances médicos. Esos avances que, en medicina ocurrieron de manera acelerada se acompañaron de cambios importantes en el imaginario social. En el caso de los médicos, quienes generalmente habían sido apreciados como personajes de reconocida sabiduría hoy son reconocidos como especialistas en problemas y dolores específicos. Esos cambios incidieron también en la relación paciente-médico, al grado en que hoy en día se vive un momento crucial, pues no quedan claros los derechos y los límites de los implicados. En esa relación, el paciente puede no estar de acuerdo con la manera en que se toman las decisiones respecto a su salud, aludiendo al principio de autonomía e incluso tiene el derecho de rechazar el tratamiento cuando lo considere pertinente. Por su parte, el gremio médico refiere temor sobre las posibles implicaciones jurídicas que puedan provocar malos entendidos en la aplicación de los derechos de los pacientes. En ese contexto, en nuestro país prevalece el paternalismo médico (Álvarez, 1998; Lazcano-Ponce, 2004), en el que básicamente se hace lo que el profesional considera que es mejor para el paciente.

Particularmente en el tema de las DfV en México, resulta sumamente complicado saber hasta qué punto el paternalismo médico impide o apoya las discusiones o peticiones en búsqueda de una ley que regule su puesta en práctica. En 2008 se llevó a cabo un estudio (Loria y Villareal, 2008) que arrojó interesantes datos. De una muestra de 2 mil 097 médicos trabajadores del Sector de Salud Pública, sólo 40% aceptaría ayudar a un paciente enfermo terminal en una solicitud de MMA, 44% no lo haría y 16 % reportó indecisión al cuestionamiento. Un dato más: en esa encuesta se consideró la misma pregunta pero enfocada a los propios médicos, es decir, se personalizó y los resultados cambiaron: 46% respondió que sí haría un pedido de MMA en caso de encontrarse ellos mismos como enfermos terminales, 34% dijo que no, y 19.4% no lo sabía. Dicho cambio en los porcentajes conduce a considerar que son los propios médicos quienes conocen mejor que nadie qué significa una enfermedad terminal, así como el dolor físico y psicológico que implica: son justamente ellos quienes pueden ver las implicaciones que conlleva una enfermedad de este tipo y muchas veces no tienen la capacidad profesional para transmitirle al paciente la información que —sólo reflexionado en primera persona— les conduce

a responder afirmativamente a un pedido de MMA.⁷ ¿Se trata de falta de empatía hacia los pacientes?, ¿de una carga moral que pesa más que sus principios éticos?, o, ¿su postura responde al temor de verse involucrado en un proceso jurídico? Hacen falta más estudios para comprender cabalmente a qué responden este tipo de actitudes por parte de los profesionales médicos.

En nuestro país, otros factores nos ayudan a comprender la negativa de los médicos para llevar a cabo una solicitud de MMA en cualquiera de sus dos variantes: el peso de las creencias religiosas, específicamente la consideración de que se atenta contra la santidad de la vida; la falta de un marco legal que regule dicha práctica y deje de considerar la MMA como un delito.

Otro dato interesante del estudio mencionado es la distinción moral que suelen hacer los médicos para considerar cuándo es correcto hacer un retiro del soporte vital a un paciente en estado vegetativo persistente o aplicar una inyección letal. Aunque se trató de una pequeña muestra, la mayoría consideró que en estados de inconsciencia resulta “moralmente correcto” hacerlo; pero si ese mismo pedido viene de un paciente con una enfermedad terminal plenamente consciente, es visto como “problemático” o como “moralmente incorrecto”. Resultaría una vía de argumentación lógica considerar que, de atender la petición de ayuda para morir del segundo paciente, se estaría atendiendo inequívocamente a su voluntad, mientras que en el primer caso (si no hay una voluntad anticipada) simplemente se responde a la consideración de los familiares o del propio médico. Con un paciente plenamente consciente, que hace un pedido de MMA, se está atendiendo a su decisión personal (Hansberg y Platts, 2002), mientras que en los casos de pacientes inconscientes, no siempre existe esa certeza, entonces, ¿por qué se considera que uno es “moralmente correcto” o justificable mientras que el otro no?

El segundo tipo de paternalismo es el jurídico, en el cual se alude que “siempre hay una buena razón en favor de una prohibición o de un mandato jurídico impuesto también en contra de la voluntad del destinatario de esa prohibición o mandato, cuando ello es necesario para evitar un daño (físico, psíquico o económico) a la persona a quien se impone esa medida” (Garzón, 1988, p. 156).

Lo problemático es que, cuando existe una tendencia

⁷ Para ver una serie de reflexiones desde el punto de vista de los médicos y sus reflexiones sobre su propia muerte ver: Murray (2011).

paternalista del Estado, no se hace clara la distinción entre aquellos que son o no competentes, por lo demás, las leyes derivadas de éste modelo evidencian este tipo de “tutela sobreprotectora”. Visto desde el punto de vista liberal, el paternalismo no debería intervenir en caso de que se cumplan dos condiciones: *a)* que el individuo sea competente, y *b)* que sus acciones no generen daños a terceros, pero en la práctica resulta mucho más complejo.

En relación con el paternalismo jurídico, tenemos el ejemplo de la Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal, donde se probó una serie de equívocos y limitaciones importantes. La Dra. Ingrid Brena hizo una crítica puntual:

desde nuestro punto de vista, se perdió una oportunidad para permitir a las personas que puedan decidir no sólo sobre qué tratamientos o procedimientos no quieren que se le apliquen, sino también cuáles sí acepta para los casos en que no esté en condiciones de manifestar su voluntad, ya sea en forma transitoria por efecto de tratamientos, trastornos de salud o por efectos de una enfermedad permanente. (Brena, 2008, p. 86)

Efectivamente, dicha ley, más que regulatoria resulta prohibitiva principalmente respecto al tema de MMA; pero tiene además otras limitaciones. Destaca, por ejemplo: el Artículo 1,⁸ establece que se trata de una ley que regulará la voluntad anticipada para el Distrito Federal, y en su Artículo 2, se habla del Documento de Instrucciones de Cuidados Paliativos para Enfermos Terminales. Debido a que son temas distintos que requieren un particular tratamiento, lo más pertinente es que se consideraran en documentos aparte. En el Art. 7 se especifica que el documento de voluntad anticipada deberá estar preferentemente notariado y validado por dos testigos firmantes y luego habrá que notificar a la coordinación especializada. En dicho procedimiento, la figura del médico se limita a dar un diagnóstico y, de esa manera no se favorece una relación dialógica y clara entre paciente y médico, y sí a la burocracia dentro del sistema de salud pública.

En el Artículo 30, Apartado IV, se menciona que se anulará el documento de voluntad anticipada cuando

“El suscriptor no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen”. Desde luego, dicha disposición no consideró a pacientes que, como consecuencia del avance de su enfermedad no pueden expresar claramente frases completas y con claridad. En ese sentido es necesaria una perspectiva más integral de las necesidades de los pacientes terminales,⁹ “deberíamos ser conscientes del inmenso esfuerzo que se requiere para alcanzar esta fase de aceptación, que lleva hacia una separación gradual (decatexis o depresión preparatoria) en la que ya no hay comunicación en dos direcciones” (Kübler-Ross, 1972, p. 156).

Es en ese sentido en que la ley muestra una profunda incompreensión de las situaciones en las que los enfermos terminales suelen encontrarse; es común que tengan periodos incluso de pérdida de consciencia temporal, cansancio extremo o simplemente enfado de explicar su situación.¹⁰ Finalmente, dicha ley en su Artículo 40 establece que la coordinación especializada tiene, entre otras funciones, la obligación de reportar al Ministerio Público tanto del proceso como de cualquier tipo de irregularidades en el pedido de la voluntad anticipada lo cual, establece con antelación un tipo de “desconfianza” jurídica o “sospecha anticipada” que podría generar conflictos en un procedimiento que debería tratarse en el ámbito administrativo o civil.

En general, la Ley de Voluntad Anticipada, en el caso mexicano, es un ejemplo claro de paternalismo jurídico. Resulta además sumamente compleja (en cuanto a requisitos y procedimientos) para la ya de por sí dura situación que viven los enfermos en fase terminal y sus familiares. Es además esencialmente prohibitiva para cualquier forma de MMA y —lo más importante— es que resulta poco empática con las necesidades reales de un enfermo en etapa terminal. No se trata de una ley que apoye la autonomía del paciente y tampoco fortalece la confianza en el médico. Por lo anterior, dicha ley ha de servir como precedente importante pero con ajustes que en realidad respondan a la protección de la voluntad del

⁹ Una referencia pionera y clásica en el tema de la atención a enfermos terminales.

¹⁰ Una ley en el tema de pacientes terminales debe prever que el uso de medicamentos que alivian el dolor tienen efectos secundarios en los enfermos (somniaolencia en el caso de la morfina, periodos de pérdida de consciencia, etc). Es el caso los opiáceos comúnmente usados para el control de dolores agudos en enfermos terminales. La ley está lejos de considerar los múltiples niveles de competencia mental en que suelen encontrarse los pacientes terminales que reciben altas dosis de medicamentos para paliar el dolor.

⁸ Ley de Voluntad Anticipada, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 19 de septiembre de 2012.

paciente, al mismo tiempo que avale la correcta y ética actuación del médico. Para concluir este apartado, es pertinente mencionar que en México persiste un tipo de paternalismo social principalmente influido por el discurso religioso sustentado en la sacralidad de la vida.

Pese a los diversos tipos de paternalismos, existe la necesidad de respaldar y ampliar jurídicamente las DFV, dar un lugar en la legislación a aquellas que se sustentan en la autonomía y el libre derecho de elección de un pedido de ayuda para morir. Hablar de la muerte es un primer paso, el segundo conduciría a generar leyes más incluyentes que disminuyan o anulen el temor a represalias jurídicas por parte de los profesionales de la medicina.

LAS DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: UN DEBATE INAPLAZABLE

Los casos de personas que han solicitado ayuda para morir en diversas partes del mundo han obligado a los sistemas médicos y jurídicos a plantearse qué tipo de modelos serían los adecuados para sus circunstancias particulares. Por ejemplo, Suiza es quizá el país con mayor flexibilidad en los criterios en que se brinda ayuda para morir; el caso de Bélgica y Holanda se ha centrado en la transparencia de los procedimientos de eutanasia y SMA en el contexto médico. Seis estados de Estados Unidos han optado por legislar exclusivamente en torno al SMA. Recientemente, Canadá aprobó una ley que permite el SMA. En Colombia, la eutanasia sigue estando tipificada como “homicidio por piedad” y está pendiente la reglamentación correspondiente en el Congreso. España cuenta con una ley de muerte digna y trabaja arduamente en proyectos de difusión de voluntades anticipadas (Sesma y Serrano, 2009).

En México el debate se ha venido postergando y se sigue tratando únicamente en círculos académicos específicos, sin embargo, no podemos inferir que ello signifique que no es necesario su abordaje de manera pública e informada.

El tema de la MMA es uno más de la lista de hechos que se realizan en clandestinidad en México. Como consecuencia de ello, no hay información suficiente que nos permita identificar la frecuencia con que ocurre, si realmente se trata de eutanasias, suicidios asistidos, negligencias médicas u homicidios. Poco se habla de ello, los médicos reconocen que se lleva a cabo, pero eviden-

temente sigue siendo un tema tabú tratado con desconfianza, pues no sólo consideran que pone en entredicho su prestigio profesional, sino que eventualmente pueden ser sujetos de un proceso penal. Tampoco se habla con claridad y apertura sobre las decisiones al final de la vida. Dos puntos de referencia son evidentes: el peso de las creencias religiosas tanto en médicos como en pacientes, y la legislación vigente. Al respecto, el Código Penal Federal establece en su Artículo 312 que: “El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”. Por otro lado, en el Código Penal del Distrito Federal, Artículo 127, establece que “Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciera una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años” (Trejo, 2007).

Más que discutir si es una pena justa, si alcanza fianza o si se trata más del prestigio del médico que de un castigo real, es evidente que se tiene que revisar el tema con el objetivo de aclarar, ampliar y amparar los derechos de pacientes y médicos en un marco ético y legal que responda a los intereses de aquellos que han decidido pedir la asistencia de su médico para morir.

En el marco de una conferencia organizada por la Comisión Nacional de Bioética en febrero de 2007, el Dr. Fernando Cano Valle, quien fungía entonces como director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “advirtió sobre las desigualdades que persisten en el país, el analfabetismo y la falta de acceso a los servicios de salud en que todavía se encuentran los municipios más pobres. Estas condiciones limitan la autonomía y poder de decisión de los individuos”, en esa misma conferencia dijo que “en México se practica la eutanasia de manera clandestina, y en parte por el amplio margen de resolución de las enfermedades en el ámbito privado” (Martínez, 2007). No desestimo las preocupaciones como las anteriormente mencionadas, pero resulta igualmente injusto que no se discuta una ley para aquellos que están convencidos de que elegir una manera de morir es necesario dentro del marco legal.

A continuación, mencionaré algunos argumentos que se han generado alrededor del tema en otros países pues resultan interesantes para ampliar el horizonte de discu-

sión. Primero, es de central importancia tener presente que la finalidad tanto de la eutanasia como del SMA es eliminar el sufrimiento de quienes lo solicitan, en su mayoría, se trata de personas que sufren una enfermedad degenerativa o dolorosa, y que han recurrido como primera opción a tratamientos paliativos. Se trata de personas que, debido a su experiencia de sufrimiento extremo, están conscientes de que la muerte es su mejor opción. Igual importancia adquiere el argumento sobre el autocontrol de la muerte, es decir, hay casos en los que no es necesariamente el dolor lo que conduce a un pedido de muerte asistida, sino la posibilidad de la pérdida de autonomía y dignidad, ello para algunos resulta aún más importante que el dolor físico en sí mismo. Se trata de la propia percepción sobre integridad y dignidad que cada uno ha construido sobre lo que significa vivir (Rinken, 2000).

Los dos factores predominantes por los que los pacientes hacen una solicitud de SMA o eutanasia, según países donde ambos están permitidos, son: la posible pérdida de autonomía y dolor insoportable como consecuencia de una enfermedad. Desde luego, ambos factores están directamente relacionados con aquello que cada persona cercana a la muerte está dispuesta a vivir, y si bien, la dignidad humana sigue siendo un concepto problemático, he de insistir que se trata justamente de los límites que una persona se plantea respecto a su circunstancia de vida. Es en ese sentido que resulta sumamente útil atender a un paciente con la premisa de respetar sus necesidades particulares y subjetivas (su dignidad).

Frente al argumento de la “pendiente resbaladiza”¹¹ los indicadores de los países que han legislado alguna forma de MMA muestran que no ha ocurrido tal, las personas que hacen un pedido de ayuda para morir, lo hacen basados en razones específicas, no por el mero deseo de morir: las cifras de solicitudes no han aumentado drásticamente. Incluso en el caso de Óregon, algunas personas que han solicitado el medicamento letal finalmente deciden no tomarlo argumentando que el simple hecho de tenerlo contribuye a disminuir su ansiedad por posibles dolores o pérdida de autonomía: en ese sentido se les otorga libertad sobre su muerte.

¹¹ Básicamente, este argumento consiste en asumir que, de aprobarse una ley en favor de la eutanasia aumentarían indiscriminada y drásticamente los abusos sobre la vida de aquellos considerados vulnerables, por ejemplo personas de la tercera edad, personas con algún tipo de discapacidad física, neonatos con enfermedades graves, etc.

Desde el ámbito médico, hay algunas objeciones entre las que destaca principalmente que responder a un pedido de ayuda para morir, implica atentar contra la vida y objetivos médicos: ante tal argumento, el Dr. Pérez Tamayo considera que “es posible construir un código de ética médica laica basado en los objetivos de la medicina y centrado en la relación médico-paciente” (Pérez, 2008, p. 19). Entre esos objetivos, está la consideración de que existen muertes deseables y benéficas que deben ser atendidas eficiente y éticamente, en ese sentido acompañar al paciente a una buena muerte respondería también a los objetivos de la medicina.

CONCLUSIONES

En México, la discusión abierta sobre el tema de las DFV sigue siendo un reto porque aún es una cuestión tratada como tabú y, salvo algunas excepciones, se le presenta como un tópico “peligroso” o “prohibido”. Sin embargo, debido al hecho de que en nuestro país la muerte está ocurriendo equitativamente tanto en hospitales como en los hogares, es congruente pensar en la construcción de un programa de salud que atienda a las personas que mueren en sus hogares. Podría tratarse desde los más básicos cuidados paliativos hasta la consideración legal del SMA, que, me parece, podría ser un primer paso.

También considero pertinente la existencia de un tipo de protocolo de acompañamiento médico para el paciente terminal en casa. Resulta sumamente importante considerar también a los cuidadores principales (generalmente los propios familiares) como acompañantes y parte integral del tratamiento (con seguimiento médico y psicológico). Si bien lo ideal sería que cada enfermo tuviera acceso a cuidados paliativos, lo cierto es que en México no hay infraestructura para ello, por lo que es necesario generar alternativas para que esas muertes que están ocurriendo hoy en casa, ocurran con apoyo médico y en las mejores condiciones.

Otra consideración importante es que, con pobreza o sin ella, las razones por las que alguien pide ayuda para morir no parecen responder necesariamente a razones económicas y sí, muy claramente a pérdida de autonomía, dignidad o manifestación de dolor insoportable.

Cualquier ley sobre las DFV deberá basarse en la construcción de una relación ética y de confianza entre el paciente y su médico, además, tendría que fortalecer el

diálogo para la toma de DFV, así como resguardar la ética del hacer médico y principalmente proteger el derecho de las personas que conscientemente y en condiciones específicas soliciten la ayuda de su médico para tener una buena muerte, una que sobrevenga en condiciones éticas y jurídicas que respondan a las características de nuestro país.

Finalmente, reitero que se trata de un tema de discusión prioritario, las cifras sobre mortandad en el país no son sólo números, cada una representa una vida y una muerte únicas. Como sociedad y como individuos tenemos la responsabilidad de asumir la una y la otra, ética y libremente. Cabe también recordar que los indicadores del estudio de la Fundación Lien (2010) señalan que en nuestro país, la muerte ocurre en circunstancias de mínima calidad y, dado que todos vamos a morir, quedamos convocados a reflexionar sobre cómo queríamos y podríamos morir, qué decisiones podremos tomar cuando nuestra vida llegue a su fin.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. (1998). *Muerte y subjetividad una experiencia de investigación*. Tesis de maestría. México: UNAM.
- Álvarez, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Amèry, J. (2001). *Revolución y resignación. Acerca del envejecer*. España: Pre-textos.
- Andorno, R. (2013). Nonphysical-Assisted Suicide in Switzerland. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1017/S0963180113000054>
- Arellano, J. y Hall, R. (2012). *Bioética de la biotecnología*. México: Fontamara.
- Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. España: Acantilado.
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (s/f). Actualidad DMD. Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/principal.htm>
- Brena, I. (2008). *Eutanasia: hacia una muerte digna*. México: Colegio de Bioética y Foro Consultivo Tecnológico.
- Carrick, P. (2001). *Medical ethics in antiquity. Philosophical perspectives on Abortion and Euthanasia*. The Netherlands: Reidel Publishing Company.
- Cohen, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Elías, N. (2009). *La soledad de los moribundos*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Lien (2010). The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. Recuperado de www.eui.com/sponsor/lienfoundation/quality-of-death
- Gadamer, H. (2011). *El estado oculto de la salud*. España: Gedisa.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012). Ley de Voluntad Anticipada, 19 de septiembre de 2012. Recuperado de http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/Reforma_reglamento_VoluntadAnticipada_sep2012.pdf
- Garzón, E. (1988). ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico? Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/10872>
- González, J. y Linares, J. (Coords.) (2013). *Diálogos de bioética*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hansberg, O., y Platts M. (Coords.) (2002). *Responsabilidad y libertad*. México: UNAM.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2014). Mortalidad. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=mort_mg fecha de actualización diciembre de 2014.
- Kübler-Ross, E. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Random House Mondadori.
- Lazcano-Ponce, E. (2004). Ethics and communication between Physicians and their patients with cancer, HIV/AIDS, and rheumatoid arthritis in Mexico. Recuperado de http://www.academia.edu/421110/Ethics_and_Communication_Between_Physicians_and_Their_Patients_With_Cancer_HIV_AIDS_and_Rheumatoid_Arthritis_In_Mexico
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012). Ley de Voluntad Anticipada, 19 de septiembre de 2012. Recuperado de http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/Reforma_reglamento_VoluntadAnticipada_sep2012.pdf
- Loria, A. y Villareal, E. (2008). Physician Assisted Death. Opinion of a sample of Mexican Physicians. Recu-

- perado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188440913001495>
- Martínez, Á. (2007). Arriesgado, aprobar la eutanasia en un país de pobres como México. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/08/index.php?section=sociedad&article=043n1soc>
- Miyaji, T. (1993). The power of compassion: truth-telling among American doctors in the care of dying patients. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8426968>
- Murray, K. (2011). How doctors die. Recuperado de <http://www.zocalopublicsquare.org/2011/11/30/how-doctors-die/ideas/nexus/>
- Pérez, R. (2008). El médico y la muerte. En Eutanasia: hacia una muerte digna. México: Colegio de Bioética y Foro Consultivo Tecnológico.
- Quill, T. (2008). Physician-Assisted Death in the United States: Are the Existing “Last Resorts” Enough? Recuperado de <http://www.medscape.com/viewarticle/580804>
- Rinken, S. (2000). The AIDS Crisis and the Modern Self. Biographical Self-Construction in the Awareness of Finitude. UK: Kluwer Academic Publishers.
- Schuklenk-Van, D. (2011). End-of-life Decision-Making in Canada: The report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End-of-Life Decision-Making. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3265521/>
- Séneca, L. (2005). Tratado de la brevedad de la vida. España: Melsa.
- Sesma, R. y Serrano, R. (2009). Opiniones de la sociedad andaluza ante la legislación de la eutanasia. En J. Castillo (Coord.). *La sociedad andaluza del siglo XXI. Diversidad y cambio*. España: Centro de Estudios Andaluces.
- Simón, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre uso correcto de las palabras. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-tica-muerte-digna-propuesta-consenso-13128649?ref=er=buscador2008;23:271-85>
- Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) (2008). Principales causas de mortalidad general. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_mortalidadgeneral.html
- Trejo, E. (2007). Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spe/SPE-ISS-02-07.pdf>