

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



# Comisión Nacional de Bioética

---

APROXIMACIONES BIOÉTICAS Y JURÍDICAS  
A LA MUERTE DIGNA  
EN MÉXICO



Ciudad de México, diciembre de 2017

## Aspectos médicos y sociales de la mortalidad en México

La mortalidad en México ha experimentado una profunda transformación en las últimas décadas: la esperanza de vida (urbana y rural) ha aumentado considerablemente, las principales causas de defunción han cambiado, así como las condiciones en que se presenta de manera cotidiana. A mediados del siglo pasado las enfermedades con mayor mortalidad en nuestro país eran de tipo infeccioso, parasitario y de vías respiratorias, mientras que en la actualidad son las afecciones cardiovasculares, cáncer, obesidad y diabetes.

Esta transición demográfica plantea una serie de desafíos importantes para el Sistema Nacional de Salud, puesto que fue diseñado con la finalidad de brindar atención aguda, sin embargo el número de pacientes crónicos ha aumentado considerablemente en años recientes. La urgencia de esta situación se refleja en el hecho de que nuestro país ocupa, de acuerdo con el índice internacional de calidad de muerte de 2015,<sup>1</sup> el lugar 43 de 80 en calidad de muerte, principalmente a causa de la baja disponibilidad de opiáceos para controlar el dolor y la mala calidad en la atención de pacientes en situación de terminalidad.

A nivel global, una de las principales vías implementadas para mejorar la calidad de muerte en diversos países consiste en la provisión de cuidados paliativos –una iniciativa que ha cobrado un gran impulso en el ámbito internacional en los últimos años–.<sup>2</sup> Con este antecedente y con base en las recomendaciones de diversos organismos internacionales y asociaciones de la sociedad civil en favor de los derechos humanos, en 2014 dio comienzo en nuestro país un proceso de transformación de los servicios de salud a nivel federal con el objeto de satisfacer las crecientes demandas de una población que envejece rápidamente.

Ciertamente, en nuestro país se han logrado grandes avances para mejorar el acceso a cuidados paliativos; sin embargo, resulta aún necesario fortalecer los recursos humanos y protocolos clínicos para brindar servicios de medicina paliativa de alta calidad, además de que deben incorporarse estos servicios bajo los distintos esquemas de protección social en salud, asegurando la disponibilidad de medicamentos controlados.

---

<sup>1</sup> Cfr. The Economist Intelligence Unit, *The 2015 Quality of Death Index, Ranking palliative care across the world*. London, New York, Hong Kong, Geneva. EIU. 2015

<sup>2</sup> La Organización Mundial de la Salud considera que los cuidados paliativos son una herramienta que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias cuando enfrentan una enfermedad avanzada y progresiva que amenaza la vida. La intención de administrar estos cuidados es prevenir y aliviar el sufrimiento mediante el tratamiento del dolor, así como otros problemas físicos, psicosociales y espirituales concomitantes.

## Relación médico-paciente

La práctica médica, en general, lleva implícito el principio ético del respeto y servicio al ser humano, en particular al paciente, mediante la salvaguarda de su dignidad, derechos humanos y libre albedrío; no obstante, en todo proceso de atención a la salud es necesario contar con lineamientos generales, normas y guías que respalden el ejercicio competente de los profesionales de la salud para asegurar la protección efectiva de la integridad física, psicológica y social de las personas. En este sentido, la bioética no busca sino humanizar la práctica de la medicina, promoviendo la protección de los derechos humanos, con énfasis en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

En la sociedad es común una creencia equívoca sobre la función de la medicina, y por ende del médico, frente a la muerte. De acuerdo con el Dr. Ruy Pérez Tamayo: “el concepto popular de que la función del médico se limita a luchar contra la muerte, aparte de no ser correcto, lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando”.<sup>3</sup> En realidad, los objetivos de la medicina deben ser preservar la salud con calidad de vida o aliviar cuando no se pueda curar y dar acompañamiento, a fin de pueda acontecer la muerte en condiciones dignas.

El médico tiene la obligación de brindar información al paciente con veracidad y exactitud, consciente del alcance de su responsabilidad legítima, con el objeto de empoderar al paciente en la toma de decisiones; en el caso del tratamiento paliativo, resulta fundamental esclarecer que la finalidad de las medidas que se tomen consiste en aliviar el sufrimiento del paciente, sin que represente un beneficio terapéutico, si bien este recurso puede emplearse como una medida complementaria al tratamiento.

## Obstinación terapéutica vs abandono del paciente

El cuidado del paciente en situación de terminalidad exige una atención interdisciplinaria, que comprende desde el control del dolor y otros síntomas físicos, hasta cuestiones psicológicas, sociales y espirituales. Su finalidad no es prolongar innecesariamente la vida del paciente en situación terminal, sino mejorar su situación y cubrir sus necesidades, atendiendo no sólo el aspecto médico, sino el emocional, social y espiritual.

En el contexto clínico, la obstinación puede ocurrir principalmente por dos razones: que el médico tratante no cuente con el apoyo de un equipo terapéutico, o bien por el desconocimiento por parte de pacientes y sus familiares de los procesos terapéuticos, o de pronóstico y diagnóstico. A fin de evitar esta mala práctica, resulta fundamental implementar estrategias de capacitación en bioética dirigida a profesionales de la salud, así como brindar información a los pacientes sobre los dilemas bioéticos al final de la vida y la posibilidad de recibir cuidados paliativos en caso de presentar síntomas que no puedan ser aliviados por los médicos tratantes, o bien en caso de que decida abandonar el tratamiento por la carga que representa para el paciente y su calidad de vida. En este contexto resulta fundamental que los tratantes, el enfermo y la familia tengan acceso

---

<sup>3</sup> Ruy Pérez Tamayo, “El médico y la muerte”, *Gaceta Conbioética. Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos*, 17: 30-35 (septiembre de 2015).

a consultoría en cuidados paliativos, a fin de enfrentar los problemas de una enfermedad terminal en sus distintas fases.

## **Enfermedad terminal y cuidados paliativos**

La medicina paliativa afirma la vida y la muerte como un proceso normal. En este sentido, la atención paliativa no busca adelantar o retrasar la muerte, sino constituir un sistema de apoyo y soporte para el paciente ante una enfermedad terminal.

El 26 de diciembre de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el *Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos*, así como los procesos señalados en la *Guía del manejo integral de cuidados paliativos*, esto ha marcado un hito en la atención médica en México. Asimismo, la perspectiva de la OMS se refleja en el Artículo 166 Bis 1 de la Ley General de Salud en el que se definen los cuidados paliativos como “el cuidado activo y total de aquellas 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”.

Ante este contexto, “los comités hospitalarios de bioética pueden apoyar al personal sanitario, así como a los pacientes, a clarificar situaciones médicas complejas y analizar los dilemas o conflictos de valores desde una perspectiva multidisciplinaria que los ayude a tomar decisiones médicas óptimas. Sin embargo, para que el equipo médico presente los casos ante estas instancias o incorpore esas reflexiones en su práctica, debe ser consciente de los aspectos bioéticos presentes en el ejercicio de la medicina paliativa e identificar conflictos de valores o dilemas cuando estos se presentan en su labor cotidiana para analizarlos eficientemente, tomar decisiones o emprender acciones que contemplen el enfoque bioético”.<sup>4</sup>

## **¿Qué es la eutanasia?**

Por eutanasia, cuya etimología significa *buena muerte*, se entiende el provocar la muerte para beneficio de una persona.<sup>5</sup> De acuerdo con Krauss, la eutanasia implica una muerte sin sufrimiento y se aplicaría a pacientes incurables cuando se sabe que la enfermedad es fatal y en quienes sufren dolores físicos intolerables y persistentes.<sup>6</sup> El problema de la eutanasia radica en el conflicto entre la vida como un valor en sí o un valor subordinado a ciertas condiciones mínimas de bienestar –como son “calidad de vida” o “vida digna”–, es decir, entre lo que podría llamarse el valor absoluto o

---

<sup>4</sup> Nallely Arce Hernández, “La formación de competencias bioéticas en médicos paliativistas”, *Gaceta Conbioética. Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos*, 17: p. 21 (septiembre de 2015).

<sup>5</sup> En este contexto, no se debe pensar en la eutanasia promovida por las políticas de “higiene racial” de regímenes racistas –como el nacionalsocialista– que perseguían la eliminación de personas indeseables para el sistema.

<sup>6</sup> Arnoldo Krauss, “¿Qué es y qué no es la eutanasia?”, *Muerte digna. Una oportunidad real*, Guillermo Soberón y Dafna Feinholz (comps.), Secretaría de Salud, México, 2008.

subordinado de la vida.<sup>7</sup> Asimismo, también se ha planteado como un conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libre decisión.

Existen varios tipos de eutanasia, a saber:

- Eutanasia voluntaria (cuando el paciente manifiesta de forma explícita su deseo de morir).
- Eutanasia involuntaria (falta de la manifestación explícita del deseo de morir por parte del paciente).
- Eutanasia activa (que un tercero provoque la muerte al paciente).
- Eutanasia pasiva (dejar morir al paciente).<sup>8</sup>

Sin embargo, la aplicación de la eutanasia constituye un dilema bioético porque trastoca lo moral con lo legal:<sup>9</sup> sin duda la vida representa el mayor bien para una persona, por ello se ha establecido jurídicamente la prohibición de matar, sin embargo en un contexto al final de la vida –como es el caso de los pacientes terminales o bien de pacientes en estado vegetativo permanente–, habrán ocasiones en que la muerte represente el mejor desenlace para el paciente.

Bajo este concepto, la ponderación entre “el derecho a la vida” y “el derecho a la libre decisión” es un aspecto especialmente relevante para la puesta en práctica de la eutanasia, pues el derecho regula lo colectivo, pero el bien individual es algo que se debe determinar en cada caso.

Resulta fundamental que los equipos clínicos que manejan pacientes en estado de coma reciban capacitación no sólo para asegurar que el personal de salud cuente con los conocimientos y habilidades requeridos, sino para fomentar una actitud empática, a fin de brindar una atención centrada en el paciente con base en una evaluación integral de la situación.<sup>10</sup>

En México este tema ha sido ampliamente discutido, no obstante, el principal problema con el que se ha enfrentado es que en la deliberación no suele adoptarse un enfoque laico. A pesar de ello, en abril de 2017 fue publicada la Constitución de la Ciudad de México en la que en su Capítulo II De los Derechos Humanos, Artículo 6 Ciudad de libertades y derechos, inciso A Derecho a la autodeterminación personal se expresa:

---

<sup>7</sup> Françoise Dastur, *La muerte. Ensayo sobre la finitud*, Editorial Herder, Barcelona, 2008, p. 27.

<sup>8</sup> Op. cit., nota 1, p. 195.

<sup>9</sup> En México, en el capítulo IV, artículo 343 de la Ley General de Salud, se indica que la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible. Asimismo, 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.”

<sup>10</sup> Cfr. Nallely Arce Hernández, op.cit. p. 20-23.

1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad.
2. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una *muerte digna*.<sup>11</sup>

Con esto, dicha Carta Magna se convierte en una de las más progresistas de Latinoamérica aunque aún está pendiente la legislación secundaria para tener una definición específica de muerte digna y los supuestos en los que esta aplicaría;<sup>12</sup> y si bien en su redacción no se menciona nunca la eutanasia, los especialistas plantean que puede ésta ser una primera puerta de entrada de acceso a esta posibilidad.

Asimismo, en diversas entidades federativas, tratando de respetar el derecho a la autodeterminación, pero sin violar la prohibición de no matar, se ha dado la posibilidad de que cada individuo manifieste su voluntad anticipada.

### **Voluntad anticipada**

La voluntad anticipada es la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar la vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.<sup>13</sup> Respalda el derecho de los individuos a rechazar tratamientos que prolonguen la vida y obliga a los familiares y médicos a respetar su decisión, al mismo tiempo que garantiza a estos últimos de que no incurrirán en responsabilidad jurídica, sin que esto implique que se traten de documentos estrictamente jurídicos. La trascendencia de este tema es la salvaguarda de la autonomía, los derechos humanos y la dignidad de las personas enfermas.

En México existen varias leyes estatales sobre voluntad anticipada, siendo la más antigua la de la Ciudad de México (2008). El desarrollo de este instrumento responde

---

<sup>11</sup> A pesar de estos avances, desde el punto de vista jurídico mexicano la práctica del suicidio asistido se encuentra tipificada en el Código Penal Federal vigente en los artículos 312 y 313, mismos que señalan lo siguiente:

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

Artículo 313. Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.” (Consúltese Código Penal Federal en [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9\\_171117.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_171117.pdf))

<sup>12</sup> Consúltese Constitución Política de la Ciudad de México en la *Gaceta Oficial* en: <http://www.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/59a/588/5d9/59a5885d9b2c7133832865.pdf>.

<sup>13</sup> Art. 1 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Publicada el 07 de enero de 2008.

a una evolución desde el mundo jurídico y de la ética en relación con el respeto de la autonomía de la voluntad como un principio fundamental.

Si bien en las leyes estatales casi siempre es requisito firmar un documento ante notario público, la posibilidad de expresar la voluntad también se encuentra dentro de la Ley General de Salud, la cual establece que toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, manifestar su decisión por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestarse. No obstante, este documento podrá ser revocado en cualquier momento.<sup>14</sup>

Asimismo, la Ley establece que las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán observar la voluntad expresada en las directrices anticipadas. Se exceptúa lo que hace al tipo penal equivalente a la eutanasia y al suicidio asistido. La ejecución de esas disposiciones por el personal médico, técnico y auxiliar de la salud no los exime de las responsabilidades de cualquier tipo que pudieran contraer.

## Conclusiones

La meta que ha perseguido la medicina tradicionalmente ha consistido en aplazar la muerte y el incremento general de la esperanza de vida, sin embargo resulta igualmente importante su función de acompañar a las personas a lo largo del proceso de muerte. En este sentido, resulta indispensable continuar impulsando la medicina paliativa al interior del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de hacer valer la autonomía de las personas en situación de terminalidad para decidir sobre su propia muerte, al tiempo que se evite prolongar su sufrimiento de manera innecesaria, así como brindar apoyo a los familiares a lo largo de este proceso.

El marco normativo actual y las estrategias que se han desarrollado a partir del 2014 representan un paso decisivo para elevar la calidad de muerte en nuestro país, no obstante aún deben realizarse más acciones para asegurar la disponibilidad de los servicios de cuidados paliativos con calidad –una medida que, además, contribuirá a reducir los costos de operación para el Sistema Nacional de Salud–, así como brindar capacitación en materia de cuidados paliativos para profesionales de la salud y concientizar a la sociedad sobre el valor de la medicina paliativa para la población de nuestro país.



---

**Manuel H Ruiz de Chávez**  
Comisionado Nacional de Bioética

---

<sup>14</sup> Artículo 166 Bis 4. de la Ley General de Salud.