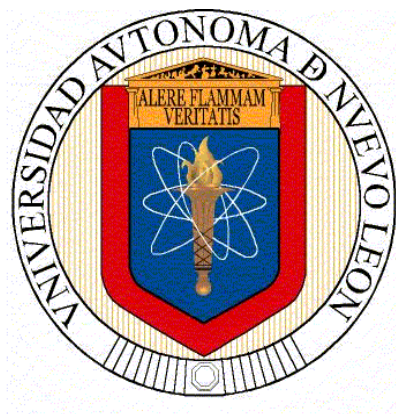


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



TESIS

**¿QUÉ SIGNIFICA EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD?:
ESTUDIO SOBRE LA PERSPECTIVA DESDE EL PERSONAL DE SALUD**

**PRESENTA
ELIZABETH RAMÍREZ RODRÍGUEZ**

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN
TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL**

FEBRERO 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



FTSyDH

TESIS

**¿QUÉ SIGNIFICA EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD?
ESTUDIO SOBRE LA PERSPECTIVA DESDE EL PERSONAL DE SALUD**

PRESENTA

ELIZABETH RAMÍREZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. HÉCTOR AUGUSTO MENDOZA CÁRDENAS

CODIRECTORA

DRA. EMMA ALEXANDRA ZAMARRIPA ESPARZA

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN
TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL**

FEBRERO DE 2024



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FTSDH-D-ET-01

CARTA ACEPTACIÓN DE TESIS

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de la

Mtra. Elizabeth Ramírez Rodríguez

Hacen Constar que han evaluado la Tesis “¿Qué significa el derecho a morir con dignidad?: estudio sobre la perspectiva desde el personal de salud” y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADA	RECHAZADA	DIFERIDA	FIRMA
Dr. Héctor Augusto Mendoza Cárdenas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. María Asunción Álvarez del Río	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Emma Alexandra Zamarripa Esparza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Beatriz Vanda Cantón	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Eder J. Noda Ramírez	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido APROBAR esta tesis por lo que damos nuestro consentimiento para que sea sustentada en examen de grado del Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social.

Vo.Bo.

MTS. Reina Hernández Hernández
Subdirectora de Posgrado
Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, UANL

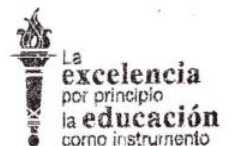


Facultad de Trabajo Social
y Desarrollo Humano
Subdirección de Estudios
de Posgrado

San Nicolás de los Garza N.L. a 07 de marzo de 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
Cd. Univeritaria, C.P. 66455
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México
Tels. (81) 8352 1309, 8376 9177



DEDICATORIA

A Eiza y Emma: Desde que inicié con este proyecto, ustedes han estado atentas a mi camino, quizás sin darse cuenta con sus risas, sus abrazos y sus acciones llenas de amor, han sido una fuente de inspiración y fortaleza para mí. Espero mis niñas que, siempre tengan la opción de decidir, de construir sus propias metas y sueños, de vivir de acuerdo a sus principios éticos y valores, por ahora yo estaré caminando unos pasos adelante de ustedes, abriendo camino para que el suyo sea un poco más amable, con más opciones, con respeto a su autonomía y su dignidad, para que la vida, su vida, sea eso que le llaman “una buena vida”.

Con amor, mamá.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por el fomento a la investigación y formación académica de posgrado y de cuyos programas para el otorgamiento de becas académicas resulté beneficiada.

A mi alma mater la Universidad Autónoma de Nuevo León, porque me ha brindado el espacio para seguir mi formación profesional y como investigadora. A la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, a su cuerpo docente que ha sido partícipe de mi formación como trabajadora social y ahora en la obtención del grado máximo de estudios.

A mi asesor el Dr. Héctor Augusto Mendoza Cárdenas, porque no solo me guio para conocer y comprender a profundidad el tema de mi investigación, sino también para fomentar mi interés en la bioética. Su acompañamiento fue permanente en todo mi proceso como estudiante, no solo compartiendo sus amplios conocimientos en la materia, también compartiendo al gran ser humano que es y que un estudiante siempre va agradecer, gracias por todo doctor.

A mi comité de tesis, la Dra. Emma Alexandra Zamarripa Esparza, quien además fungió como co-asesora de esta investigación, gracias por la paciencia y los comentarios tan acertados y por ser siempre una motivadora en este proceso, también mi agradecimiento y admiración a la Dra. María Asunción Álvarez del Río, un referente para mí durante toda la investigación, sus publicaciones fueron una guía a lo largo de este estudio y me ayudaron a tener una mayor comprensión en esta área de estudio, a la Dra. Beatriz Vanda Cantón porque siempre fue muy puntual y crítica con sus observaciones y eso me ayudó en todo el proceso para procurar hacer y entregar un trabajo de calidad y por último al Dr. Eder J. Noda Ramírez, quien gracias a su orientación, explicaciones y guía para trabajar un capítulo crucial en esta investigación, los resultados aquí presentados fueron posibles. Una mención especial al Dr. Manuel Ribeiro Ferreira a quien por un periodo tuve la fortuna de recibir su acompañamiento y orientación como parte del comité de tesis de esta investigación.

Al personal de salud que mostró entusiasmo y disposición para participar en esta investigación, por los comentarios que me hicieron llegar sobre su interés en el tema y las reflexiones que tuvieron acerca de los procedimientos de muerte medicamente asistida, participaron en un momento muy complicado por la pandemia que nos tocó vivir, mi reconocimiento y agradecimiento a todos ellos por su labor y entrega en una época tan difícil para la humanidad.

A mi familia, a mis hermanos que siempre han tenido acciones de apoyo, a Omar que es médico y que gracias a él pude llegar a personal del sector salud. Especialmente agradezco a mi madre y esposo Ramiro, ellos son mi red de apoyo más fuerte, hicieron que el proceso fuera más noble por contar siempre con su amor, acompañamiento, solidaridad y aliento.

A mi red de amistades que he construido en mi camino de estudiante y profesionista, a mis amigas de toda la vida, a mis amigas que conocí en el doctorado y que siempre procuramos brindarnos alegría y apoyo, a mis amistades con las que he compartido espacios académicos y laborales soy afortunada de estar rodeada de grupos solidarios y motivadores.

Estoy convencida que “los logros individuales son el reflejo de esfuerzos colectivos, de esa red de apoyo que suma y construye”. Gracias.

RESUMEN

El significado de morir con dignidad a la luz de los procedimientos de muerte médicamente asistida tales como eutanasia y suicidio médicamente asistido, visto desde la percepción y actitudes del personal de salud de medicina, enfermería y trabajo social en el estado de Nuevo León, han sido los ejes centrales de esta investigación.

Las preguntas que guían este estudio son ¿Existe una relación estadística entre la profesión que ejerce el personal de salud y su actitud y percepción acerca de los diversos medios que ayuden a las personas a tener una muerte digna?, ¿El apego a las creencias religiosas o ideológicas constituyen un factor predominante en la percepción y actitud del personal de salud sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida?, ¿Cuál sería la postura del personal de salud ante una propuesta de legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida en México? y ¿El personal de salud identifica a los procedimientos de muerte médicamente asistida como parte del concepto de morir con dignidad?

Para dar respuesta estas preguntas se realizó una investigación de diseño cuantitativo con el fin de reflejar, de forma estadística, la percepción de los actores involucrados en esta temática, sus actitudes hacia el tema y sus opiniones respecto a una posible legalización. Para lo anterior, participaron 316 profesionales de la salud, esta investigación fue de corte transversal descriptiva; dentro de la cual se realizaron correlaciones entre las variables de estudio.

Como resultado se encontró que no hay una relación significativa entre la profesión del personal de salud y la percepción y actitudes que tienen acerca de los diversos medios que ayuden a las personas a tener una muerte digna. Sin embargo, el análisis de los datos permitió identificar la relación significativa que existe entre la creencia en Dios y la práctica de alguna religión ya que se encontró relación estadística, ya que el personal de salud que reconoció tener un mayor apego a las creencias religiosas mostró a su vez una menor aceptación hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida, ya sea eutanasia o suicidio médicamente asistido.

Otro de los hallazgos sobre la percepción del personal de salud ante una propuesta de legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida en México, los resultados en general fueron favorables ya que el personal de salud manifestó estar a favor de que exista una legalización de dichos procedimientos en el país. Por lo anterior, en cuanto al tema legislativo se puede decir que existe una aceptación por parte del personal de salud para que se cambien las leyes en México a favor de las personas que soliciten ayuda para morir, siempre y cuando haya una justificación médica y en mayor aceptación que el diagnóstico sea de una situación de enfermedad terminal.

Por último, se puede afirmar que el personal de salud identificó como parte del concepto de morir con dignidad las medidas que se enfocan a la limitación del esfuerzo terapéutico, a paliar los síntomas y morir en un entorno no hospitalario, ya que fueron afirmaciones que tuvieron mayor aceptación cuando seleccionaron la forma en cómo les gustaría que su vida concluyera si tuvieran una enfermedad terminal, también mostraron aceptación a los procedimientos de muerte médicamente asistida como parte del concepto de morir con dignidad. Es importante precisar que todos y cada uno de ellos es parte del abanico de posibilidades que un paciente pudiera tener al final de su vida, ya que en el caso de México los procedimientos de muerte médicamente asistida no son aún una posibilidad legal.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Antecedentes de la investigación.....	3
1.1.1. Sobre la muerte y la muerte digna	3
1.1.1.1. Muerte.....	3
1.1.1.2. Muerte digna.....	4
1.1.2. Principales medios que forman parte de la muerte digna.....	5
1.1.2.1. Cuidados paliativos	6
1.1.2.2. Limitación del esfuerzo terapéutico	6
1.1.2.3. Voluntades anticipadas	6
1.1.2.4. Muerte médicamente asistida	7
Figura 1. Medios que sirven para conseguir la muerte digna.....	8
1.1.2.5. Objeción por conciencia	9
1.1.2.6. Obstinación terapéutica	10
1.1.3. Antecedentes de las políticas de atención para personas en situación terminal	11
1.1.4. Estudios que se han realizado sobre el tema	16
1.2. Problematización	23
1.2.1. Impacto del tema en la población en situación de vulnerabilidad.....	23
1.2.2. Contextos socioculturales y políticos que han obstaculizado la legalización de la muerte médicamente asistida.....	24
1.3. Preguntas y objetivos de la investigación.....	29
1.3.1. Preguntas de investigación	29
1.3.2. Objetivo general	29
1.3.3. Objetivos específicos.....	29
1.4. Hipótesis	30
1.5. Justificación de la investigación	30
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	32
2.1. Perspectiva bioética en los procedimientos denominados muerte médicamente asistida ..	32
2.1.1. Bioética sus orígenes y campos de aplicación.....	32
2.1.2. Diálogo entre los principios de la bioética y el trabajo social.....	39
2.1.3. Dilemas éticos en torno a la vida humana: Calidad de vida, vida como valor.....	42
2.1.4. Dilemas éticos en torno a la muerte: Buena muerte	45

2.2. Procedimientos de muerte médicamente asistida	48
2.2.1. La eutanasia	48
2.2.2. El suicidio médicamente asistido	51
2.2.3. Discusiones desde la bioética	53
2.2.4. Otros abordajes relacionados con la atención o alternativas al final de la vida	58
2.2.4.1. Cuidados paliativos	58
2.2.4.2. Voluntades anticipadas	61
2.2.4.3. Obstinación terapéutica	63
2.2.4.4. Objeción por conciencia	66
2.3. Análisis desde la perspectiva de derechos humanos	69
2.3.1 Perspectiva de derechos humanos	69
2.3.2 Derecho a la vida	70
2.3.3. Derecho a la dignidad humana y el derecho a morir con dignidad	75
2.3.4. Derecho a la libertad.....	79
2.3.5. Derecho al libre desarrollo de la personalidad	82
2.3.6. Principio de autonomía.....	85
2.4. Avances en la aplicación de la muerte médicamente asistida: Contexto internacional y reflexiones en torno a México	86
2.4.1. La experiencia internacional en el tema	86
2.4.1.1. El caso de Holanda	87
2.4.1.2. El caso de Bélgica.....	90
2.4.1.3. El caso de Oregón.....	94
2.4.1.4. Caso Colombia	96
2.4.1.5. Caso Canadá	99
2.4.1.6 Caso España.....	101
2.4.2 Reflexiones en torno a México	104
CAPÍTULO 3. MÉTODO	106
3.1. Enfoque y diseño de investigación: El método cuantitativo.....	106
3.2. Población, muestra y muestreo	106
3.3. Selección de la muestra	107
3.4. Instrumento de recolección de datos	108
3.5. Procedimiento para recolección de datos	110
3.6. Análisis de los datos	111
3.7. Limitaciones del estudio.....	112
3.8. Consideraciones éticas del estudio	112

CAPÍTULO 4. ANÁLIS DE RESULTADOS	113
4.1. Características generales de la población muestra	113
4.2. Desarrollo de modelos estadísticos y resultados	120
4.2.1. Profesión.....	122
4.2.2. Creencia en un Dios.....	130
4.2.3. Práctica de alguna religión	143
4.3. Legalización y procedimientos de muerte médicamente asistida.....	167
4.3.1. Percepción de legalización de procedimientos.....	168
4.3.2. Percepción del concepto morir con dignidad y procedimientos de MMA.....	170
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES , REFLEXIONES Y PROPUESTAS	172
5.1 Conclusión.....	172
5.2 Reflexión	175
5.3 Propuestas derivadas de la investigación	177
Bibliografía.....	179
Anexos.....	196
Anexo 1. Operacionalización de variables	196

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Medios que sirven para conseguir la muerte digna.....	8
---	---

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Género.	113
Gráfica 2. Edad del personal participante.....	114
Gráfica 3. Profesión del personal participante.....	115
Gráfica 4. Grado de estudios.	115
Gráfica 5. Institución educativa.....	116
Gráfica 6. Creencia en Dios.....	117
Gráfica 7. Religión practicada.	118
Gráfica 8. Asistencia a ceremonias religiosas.	119
Gráfica 9. Tipo de institución de salud en la que trabaja.	119

Gráfica 10. Nivel de atención en la que labora.....	120
---	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de los cuidados paliativos en México.	12
Tabla 2. Muerte médicamente asistida y limitación del esfuerzo terapéutico.....	17
Tabla 3. Prevalencia de actitud positiva, negativa, neutral o ambivalente hacia la eutanasia... 18	
Tabla 4. Opinión respecto a la muerte médicamente asistida.....	18
Tabla 5. Se les preguntó a los médicos si ellos realizarían la acción.	19
Tabla 6. Opinión sobre tratamiento.	21
Tabla 7. Prolongación de la vida vs. Cuidados paliativos.	21
Tabla 8. Terminación de la vida.	22
Tabla 9. Contextos socioculturales y políticos que obstaculizan la legalización de la muerte médicamente asistida.	28
Tabla 10. Diferencias entre ética médica y bioética.	35
Tabla 11. Similitudes trabajo social y bioética.	41
Tabla 12. Tipos y ejemplos de futilidad médica.....	65
Tabla 13. Países que regulan la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.	87
Tabla 14. Relación del personal de salud y cuestionarios contestados.	109
Tabla 15. Resultados de Prueba T de student de los 10 ítems.....	109
Tabla 16. Información de resultados	113
Tabla 17. Tipo de especialidad.	116
Tabla 18. Tiempo de trabajar como profesionista en el ámbito de la salud.	117
Tabla 19. Escala de religiosidad.	118
Tabla 20. Variables y prueba estadística realizada.....	121
Tabla 21. Resultados entre la variable profesión y las actitudes y percepciones acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna.	122
Tabla 22. Profesión y la percepción de que mantener a toda costa la vida es el deber principal del personal de salud.....	123
Tabla 23. Profesión y la afirmación de limitar a solo cuidados paliativos a pacientes con enfermedad terminal.	125
Tabla 24. Profesión y percepción de que se legalice la eutanasia para personas en condición de tetraplejía.	126
Tabla 25. Profesión y solicitar ayuda para morir (suicidio médicamente asistido).....	127
Tabla 26. Profesión y concepto de muerte digna.....	128

Tabla 27. Relación de variable creencia en un Dios y diversas actitudes y percepciones acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna.	130
Tabla 28. Creencia en Dios y percepción de que ninguna persona es dueña de su propia vida.	133
Tabla 29. Creencia en Dios y percepción de que los procedimientos de muerte médicamente asistida deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia.	134
Tabla 30. Creencia en Dios y percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir a través de la eutanasia.	135
Tabla 31. Creencia en Dios y percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir a través del suicidio médicamente asistido.....	136
Tabla 32. Creencia en Dios y percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejia reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.....	137
Tabla 33. Creencia en Dios y percepción sobre si en países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida.	138
Tabla 34. Creencia en Dios y opinión sobre si la eutanasia fuera permitida en México y el personal de salud fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?.....	138
Tabla 35. Creencia en Dios y opinión respecto a si el suicidio médicamente asistido fuera permitido en México y el personal de salud fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?	139
Tabla 36. Creencia en Dios y opinión respecto sobre si la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar o colaborar en un procedimiento de este tipo, ¿lo aceptaría?.....	140
Tabla 37. Creencia en Dios y actitud sobre si en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo. ¿Usted aceptaría participar?	141
Tabla 38. Creencia en Dios y opinión sobre si el personal de salud padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante y su relación con el concepto de “muerte digna” para usted.	142
Tabla 39. Práctica de religión y actitudes del personal de salud respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida.....	143
Tabla 40. Practica alguna religión y percepción acerca de si mantener a toda costa la vida es el deber principal del personal de salud.	149
Tabla 41. Practica alguna religión y actitud sobre si los cuidados paliativos, incluyendo la sedación profunda, deben ser la única práctica que debe utilizarse para pacientes con enfermedad	

terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente).	150
Tabla 42. Practica alguna religión y actitud sobre que ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla.	151
Tabla 43. Practica alguna religión y actitud del personal de salud respecto a que no se debe practicar ningún procedimiento que interrumpa la vida de un paciente, bajo ninguna circunstancia.	152
Tabla 44. Practica alguna religión y percepción de que un paciente en etapa terminal y mentalmente competente tiene derecho a decidir cuándo termina su vida, si padece un sufrimiento o dolor intolerable.	152
Tabla 45. Practica alguna religión y actitud sobre si al aplicar la eutanasia o auxiliar con el suicidio médicamente asistido a un paciente terminal que así lo ha solicitado es un medio para que tenga una muerte digna.	153
Tabla 46. Practica alguna religión y actitud sobre si cuando alguien solicita y/o recibe la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, está ejerciendo su derecho al libre desarrollo de la personalidad.	154
Tabla 47. Practica alguna religión y percepción sobre si cuando alguien solicita la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, está ejerciendo el principio de autonomía.	155
Tabla 48. Practica alguna religión y percepción sobre si un paciente terminal y mentalmente competente, que padece sufrimiento o dolor intolerable, si así lo quiere, debería recibir ayuda para morir por parte de su médico.	156
Tabla 49. Practica alguna religión y percepción sobre si un médico que está dispuesto a aplicar un procedimiento de muerte médicamente asistida a petición de un paciente en etapa terminal y con sufrimiento psíquico o físico intolerable está ejerciendo el principio de beneficencia, el cual consiste en prevenir o eliminar el daño, así como hacer el bien a otros.	157
Tabla 50. Practica alguna religión y actitud sobre si los procedimientos de muerte médicamente asistida (eutanasia y suicidio médicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo quieren y solicitan.	158
Tabla 51. Practica alguna religión y actitud sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.	158
Tabla 52. Practica alguna religión y actitud sobre si se debiese cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido.	159
Tabla 53. Practica alguna religión y actitud sobre si se debiese cambiar la legislación mexicana para permitir que, a través de documentos como las voluntades anticipadas, las personas que se encuentran con enfermedades degenerativas progresivas (por ejemplo, Alzheimer o esclerosis múltiple) reciban ayuda para morir, a través de procedimientos como la eutanasia.	160
54. Practica alguna religión y la actitud de que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejia reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.	161

Tabla 55. Practica alguna religión y percepción sobre si la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son procedimientos que cumplen un principio de justicia hacia aquellos que tienen sufrimiento intolerable al final de su vida.	162
Tabla 56. Practica alguna religión y percepción sobre si en países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida.	163
Tabla 57. Practica alguna religión y percepción sobre si se solicitaría la eutanasia, en caso de que la eutanasia fuera permitida en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable.	164
Tabla 58. Practica alguna religión y percepción sobre si se solicitaría ayuda para morir, en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable.	165
Tabla 59. Practica alguna religión y actitud sobre si se aceptaría participar, en caso de que la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera colaborar en un procedimiento de este tipo. .	165
Tabla 60. Practica alguna religión y actitud sobre si en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo. ¿Usted aceptaría participar?.....	166
Tabla 61. Practica alguna religión y percepción sobre si el personal de salud padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante y su relación con el concepto de “muerte digna” para usted.	167
Tabla 62. Comprobación de hipótesis.	177

INTRODUCCIÓN

La regularización de los procedimientos de muerte médicamente asistida como un medio para que las personas puedan morir con dignidad, es un tema que desde finales del siglo pasado ha ido avanzando en países tanto de Europa como de América Latina, tal es el caso de España quien en el año 2021 hace efectivo el derecho de las personas a decidir, en un contexto médico, cómo desean concluir con su vida en caso de enfrentar una enfermedad catastrófica y/o terminal (Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia). Del otro lado del continente, Colombia se ha posicionado con avances importantes en el tema al regular la eutanasia, ya que desde el 2015 se ha practicado la eutanasia como una ayuda médica para personas con enfermedad terminal y a personas con enfermedades incurables avanzadas (Correa, 2020).

En el caso de México como en la mayoría de los países del mundo, la regulación de la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido, son procesos que no se encuentran actualmente en la agenda pública, si bien el tema de la muerte digna sí ha sido abordado desde el poder legislativo a través de reformas en la Ley General de Salud para legislar acerca de los cuidados paliativos y las voluntades anticipadas (Congreso de la Unión, 2009), más no así, sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida.

El abordaje de este tema puede realizarse desde diversas posturas, una de ellas es desde la perspectiva de los actores que participan, en primer lugar el paciente que enfrenta una situación de salud que merma significativamente su calidad y/o pronóstico de vida, también puede ser retomado desde la visión de la familia que acompaña al paciente en el proceso de enfermedad y que a su vez enfrenta desafíos tanto en ámbito emocional como económico, de igual manera, desde la mirada del personal de salud, quienes desde las clínicas y hospitales de especialidades les corresponde la atención, el respeto, la protección y garantía del derecho humano a la salud de las personas que acuden a un servicio médico.

Sin embargo, en el caso particular de este estudio, el tema de los procedimientos de muerte médicamente asistida y su relación con el concepto de morir con dignidad se aborda desde la percepción del personal de salud. Es pertinente referir que para el desarrollo de esta investigación se utilizaron aspectos tanto teóricos como metodológicos, cuyo marco de análisis se centró en la bioética y la perspectiva de los derechos humanos. En lo que respecta al aspecto metodológico, este estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con el cual se buscó comprobar la relación estadística entre la percepción del personal de salud y los aspectos de su profesión, de sus creencias, de la religión que profesan y su actitud hacia una posible legalización de dichos procedimientos en México.

Cabe mencionar que este estudio se presenta mediante cinco capítulos, en el primero se brinda un panorama general acerca del tema, comenzando por analizar conceptos relacionados con la muerte digna y explica los diferentes medios que se identifican como ayuda al bien morir en la etapa final de la vida, específicamente se aborda los procedimientos de muerte médicamente

asistida tales como la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Asimismo, se hace una recapitulación de los avances que han tenido en México las políticas de atención para personas que se encuentran en una situación terminal, así como los antecedentes basados en algunos estudios que se han realizado en este país, dirigidos a la población del sector salud respecto a este tema. Dentro de este capítulo también se reflexiona acerca de la situación de vulnerabilidad que enfrentan los pacientes que pasan por una enfermedad terminal y cuáles han sido los aspectos socioculturales y políticos que han obstaculizado los avances del tema en México. También se plantean las preguntas de investigación, los objetivos e hipótesis derivadas de los antecedentes bibliográficos del tema, así como la pertinencia y relevancia de este trabajo doctoral de investigación.

En el segundo capítulo se desarrollan las perspectivas principales que enmarcan este estudio, por un lado, la bioética y por otro los derechos humanos, asimismo, se hace un análisis de los principales derechos que se involucran en el concepto de morir con dignidad, específicamente los relacionados a los procedimientos de muerte médicamente asistida; eutanasia y suicidio médicamente asistido. Para tal efecto se incluyeron importantes tesis presentadas por autores referentes en la materia tales como Álvarez-del Río (2017), Mendoza (2021), Pérez-Tamayo (2014), Malespina (2017), Mañón (2016), Kraus (2019) y Flemate (2015). También se incluye una revisión de los procesos que se desarrollaron en diversos países precursores de la legalización de estos procedimientos, así como los resultados que ha tenido esta práctica médica en dichos países.

En el capítulo tres se desarrolla la metodología aplicada en este estudio, el diseño de investigación que se utilizó, la técnica de recolección de información y elaboración de instrumento (cuestionario), la selección de la muestra y la recolección de datos. Asimismo, se narran las implicaciones éticas del estudio y el proceso metodológico utilizado para el análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, en el cual se muestra el análisis de los resultados cuantitativos que fueron obtenidos, por lo que se describe datos sociodemográficos y características del perfil del personal de salud que participaron en el estudio, también se incluyen los resultados que de acuerdo a las pruebas estadísticas utilizadas resultaron significativos, además de que se muestra la relación de variables que presentan mayor significancia, aspectos que contribuyeron para poder responder las hipótesis que fueron planteadas en este estudio.

Finalmente, en el capítulo cinco se exponen las conclusiones, las reflexiones finales y las propuestas derivadas de este estudio, del mismo modo, se presentan las posibles líneas de investigación que se pueden continuar y que se considera permitirán tener mayores hallazgos y evidencias sobre la pertinencia de avanzar tanto académicamente como en el marco de las políticas sociales de salud que es en donde se involucra esta temática.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este capítulo busca proporcionar información que permita la mejor comprensión sobre la muerte médicamente asistida, por lo que primeramente se realizará una breve reflexión sobre el concepto de la muerte y la muerte digna. Posteriormente, se describen cuáles son los principales medios que se identifican como ayuda a las personas en la etapa final de la vida, destacando aquellos sobre los cuales se centra esta investigación: eutanasia y suicidio médicamente asistido, también se hará referencia a otros conceptos que se relacionan con el tema, tal como la objeción por conciencia y la obstinación terapéutica.

1.1. Antecedentes de la investigación

Uno de los puntos que se desarrolla en este apartado es la descripción de la evolución que ha tenido en México la política de atención hacia las personas en situación terminal, dado que esto permitirá tener un panorama general sobre los avances y retos que se tienen sobre este tema. Del mismo modo, se presentan algunos estudios llevados a cabo en el contexto de México sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida, en donde han participado personal de salud, estas investigaciones permiten valorar la importancia de tener una mayor incidencia académica y científica que abone a incrementar el conocimiento sobre la muerte médicamente asistida en México.

1.1.1. Sobre la muerte y la muerte digna

Hablar del fin de la vida conlleva analizar diferentes temas relacionados con la muerte y con la forma en cómo las personas enfrentan este proceso inevitable del ser humano. Es decir, hay situaciones en las que el proceso del final de la vida va acompañado de sufrimiento, ya sea físico o mental, o simplemente se llega a esta etapa en condiciones que no son deseables para algunas personas; lo anterior, ha sido tema de estudio y debate, a lo cual se le ha denominado “muerte digna”, o lo que, en términos de derechos humanos se ha definido como el “derecho a morir con dignidad”.

Por lo que, para comenzar a analizar el tema, es pertinente abordar dos conceptos claves: muerte y dignidad, así como la noción que se ha construido en torno a la denominada muerte digna.

1.1.1.1. Muerte

Aréchiga (2019: 225) presenta algunas definiciones de muerte que se aplican desde la medicina; una de ellas la define como la ausencia de signos vitales clínicamente detectables, es decir, cuando el corazón deja de latir y la persona deja de respirar, hay un descenso de la presión sanguínea que la hace indetectable, hay una dilatación de las pupilas y se da un descenso de la temperatura del cuerpo. Otra definición refiere que la muerte llega cuando hay una ausencia de actividad eléctrica cerebral; esto se realiza a través de un electroencefalógrafo que determina una serie de trazos (rectos).

La Ley General de Salud define la muerte de la siguiente manera:

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:

1. Ausencia completa y permanente de conciencia;

2. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
3. 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 neurotrópicas.

Artículo 344. Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;
- Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial (Congreso de la Unión, 1984).

Por otra parte, Aréchiga (2019:223) refiere que el tema de la muerte es algo que a la sociedad en general le cuesta trabajo abordar y existen diversas causas, entre ellas aspectos psicológicos, como temor o angustia, pero también hay aspectos culturales, que hacen de esta temática un tabú.

Sin embargo, aunque sea un tema poco abordado, Aguilera y González (2013: 163), indican que la idea de la muerte ha estado presente de diferentes maneras como un hecho tanto universal como particular, como un hecho colectivo y también personal; los autores consideran que la muerte se percibe como un fenómeno externo a la conciencia de las personas, como un hecho objetivo en el que biológicamente no hay reversibilidad; es decir la muerte representa la caducidad de la vida.

Por otro lado, muy poco se habla de la muerte como parte de la vida, como hecho intrínseco al proceso vital de la persona y por lo tanto no hay una preparación para tener una buena muerte. Aguilera y González (2013: 163) manifiestan que prepararse para la muerte implicaría lo que ellos llaman “el cuidado de sí mismo” o “el cuidado de la muerte”, y reflexionan acerca de que ese cuidado se debe llevar a cabo a lo largo de toda la vida, como parte de un ejercicio vital que implica responsabilidad; mismo que está ligado a la dignidad humana, ya que el cuidar de la propia muerte presenta una mayor oportunidad para tener una muerte digna.

Tal como lo reflexiona Aréchiga (2019: 225), si se pudiera meditar y hacer consciente el hecho de que no se puede huir de la muerte, y descubrir que el temor no es sólo a la muerte, sino a la enfermedad, a envejecer, a perder las cosas que una persona considera como valiosas, entonces se podría entender la importancia de que las personas deberían estar preparadas para su propia muerte; de esa manera se podría incorporar el elemento de la dignidad, el cual hace referencia a un sentimiento de respeto hacia sí mismo, de confianza y comprensión, y que si este elemento se puede mantener en el proceso de morir, le da significado a lo que sería morir con dignidad.

1.1.1.2. Muerte digna

En este punto Aguilera y González (2013), argumentan que hay un problema en el concepto de muerte y dignidad humana en una sociedad clasista y en la que predomina un sistema de capitalismo, ya que no existe igualdad en el tema; es decir, la muerte no es democrática ni equitativa, ya que no es igual la forma en la que la enfrentan las personas que les tocó nacer en países subdesarrollados o con conflictos bélicos.

Estos autores citados con anterioridad manifiestan que la muerte en un sistema capitalista sufre un proceso de instrumentalización, donde hasta los lugares en los que yacen los cuerpos de las personas fallecidas tienen un valor simbólico de poder y estatus. En este sentido, la dignidad no es respetada al final de la vida en aquellas sociedades donde existen profundas desigualdades sociales.

(...) a los desdichados sin suerte, predestinados a morir cruelmente, se les deja podrir donde sea, claro, siempre y cuando, no interrumpan la vida cotidiana de aquellos que se consideran más importantes, les causen problemas de conciencia y conflictos morales, o simplemente, porque les parezca poco estético (Aguilera y González, 2013: 172).

Por lo anterior, Aguilera y González (2013) abogan por trabajar en quitarle a la muerte este simbolismo de poder, desclasarla, hacerla democrática, equitativa; que todas las personas, y no sólo aquellas con poder económico, tengan derecho a una vida digna y por ende también a una muerte digna.

Por otra parte, Taboada (2000) señala que la concepción de que todas las personas tienen el derecho a morir con dignidad ha sido y es un debate en los temas bioéticos contemporáneos y que están relacionados con el final de la vida humana, quienes están a favor del derecho a una muerte digna, señalan que este derecho implica el poder disponer de la propia vida mediante procedimientos como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, y ponen como centro del argumento el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente.

De esa manera se sostiene que a ninguna persona se le puede obligar a vivir en condiciones de sufrimiento extremo si ésta no lo desea, por lo que los procedimientos para terminar con la vida de una forma médicamente asistida representan actos de beneficencia hacia pacientes que atraviesan por situaciones límites al final de su vida (Taboada, 2000).

Por su parte Álvarez del Río (2017) alude que el término dignidad, al ser ambiguo, se ha usado tanto para defender como para atacar procedimientos tales como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, por lo que la autora prefiere utilizar el término en un sentido subjetivo y, con esto, se refiere a que la dignidad está en función de lo que un paciente establezca como condiciones mínimas aceptables de vida, que es lo que finalmente interesa y que puede definirse por el propio paciente.

En este sentido, Aguilera y González (2013: 163), refieren que si la muerte y el buen morir son parte integral de una persona, entonces la discriminación violenta la dignidad humana, por lo que, en el caso de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, al negarle a una persona la posibilidad de realizarse alguno de estos procedimientos de muerte médicamente asistida, constituye un acto de negación de uno de sus derechos fundamentales; los autores consideran que privar a una persona de tener una muerte digna y mantenerla dependiente de medios desproporcionados o no deseados, va en contra del cuidado de sí mismo y de su propia muerte.

1.1.2. Principales medios que forman parte de la muerte digna

Es importante que en el abordaje del tema de muerte digna, se definan cuáles son los diversos medios que se utilizan (de acuerdo a lo permitido legalmente en cada país) para ayudar a las personas al final de sus vidas a tener una muerte con el menor sufrimiento o dolor innecesario, así como a no estar expuestas a medios desproporcionados o extraordinarios para seguir manteniendo la vida; lo anterior, debido a que existen procedimientos que, en ocasiones, pueden

generar confusión respecto a su definición y alcance. Los cuidados paliativos, la voluntad anticipada, la suspensión de tratamientos ya no curativos, la limitación del esfuerzo terapéutico y rechazo al tratamiento, además de los procedimientos de muerte médicamente asistida, como eutanasia y suicidio médicamente asistido, son los medios más conocidos para ayudar a las personas a tener una muerte digna (véase la figura 1).

Por lo anterior, a continuación, se revisan los conceptos, así como los alcances de algunos de estos medios, esto con el propósito de describirlos y de visualizar que existen diversas alternativas para tener una muerte digna.

1.1.2.1. Cuidados paliativos

En primera instancia están los cuidados paliativos; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son aquellos procedimientos que:

...mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo (OMS, 2018: 1).

Por su parte Álvarez del Río (2017: 120) lo define como el cuidado activo y total de aquellas personas que padecen una enfermedad que no responde a tratamiento curativo; por lo tanto, se vuelve necesario proporcionar alivio mediante el tratamiento del dolor y otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

1.1.2.2. Limitación del esfuerzo terapéutico

Otro tipo de medio que contribuye a que los pacientes puedan tener una muerte digna es la limitación del esfuerzo terapéutico, la cual se define como:

La suspensión o el inicio de tratamientos cuando, de acuerdo con la evidencia médica, dichos tratamientos son inútiles o fútiles, ya que solo consiguen prolongar la vida biológica, retrasando la muerte inminente, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima (Álvarez del Río, 2017: 121).

La limitación del esfuerzo terapéutico se aplica en aquellos pacientes que, a juicio del equipo médico que le brinda tratamiento, se ha llegado a la condición de irrecuperabilidad, ya sea por tratarse de enfermos terminales, o bien en casos de que la gravedad de su enfermedad los acerque a la muerte a pesar de la terapia aplicada; la limitación del esfuerzo terapéutico también enfrenta dificultades en su aplicación, ya que no existe un consenso explícito en la forma de tomar las decisiones y en qué se fundamenta en bases éticas, legales o técnicas; asimismo, no hay consenso sobre quiénes participan en la toma de medidas, grado de información y participación del paciente o familiar y cómo se lleva a la práctica (Canteros, Lefebvre, Toro y Herrera, 2007).

1.1.2.3. Voluntades anticipadas

Adicionalmente, se contempla la voluntad anticipada, la cual se refiere a la declaración que realiza de forma voluntaria una persona mayor de edad o emancipada, contando con plena capacidad de goce y ejercicio de sus facultades mentales, mediante la cual señala con antelación

qué es lo que desea para sí en relación al o los tratamientos y cuidados de salud, en caso de encontrarse en un escenario determinado que no le permita manifestarse al respecto, particularmente en caso de encontrarse en una situación de enfermedad terminal derivada de un proceso natural o como consecuencia de un accidente fortuito. La voluntad anticipada privilegia el principio de autonomía (Colegio de Bioética AC, S/F). Asimismo, permite a las personas morir con dignidad, respetando sus deseos y decisiones al final de la vida.

Kraus (2007:1) refiere que son dos los pilares fundamentales de las voluntades anticipadas:

- 1) Cualquier persona tiene derecho a rechazar un tratamiento médico, incluyendo los que prolonguen la vida. El rechazo, idóneamente –esto sucede cuando existe una buena e inteligente relación entre médico y paciente– debe ser aceptado y cumplido por el médico que atiende al enfermo.
- 2) Cualquier persona tiene derecho a formalizar sus voluntades anticipadas.

Mientras que para Vanda (2017:125) la voluntad anticipada entra en vigor cuando la persona ya no es capaz de expresarla.

1.1.2.4. Muerte médicamente asistida

Ahora bien, respecto al concepto de muerte médicamente asistida, Álvarez del Río (2005: 42) la define, en un sentido general, como la ayuda que otorga un médico a un paciente para terminar con su vida, ya sea que lo haga mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

Si bien la eutanasia o el suicidio médicamente asistido se consideran opciones para los pacientes con enfermedad terminal que padecen un sufrimiento intolerable y para quienes no hay alternativas de tratamiento, a estos pacientes simplemente lo que se está haciendo es acelerar la muerte que, de todas formas, llegará en tiempo breve (Álvarez del Río, 2013). Al respecto, y como se revisará en esta investigación, esto puede variar según las legislaciones de los diferentes países; por ejemplo, en Holanda y Bélgica se puede ayudar a morir a pacientes que no necesariamente enfrentan una enfermedad terminal.

Por lo anterior, es importante reflexionar que existen otras situaciones en las que la eutanasia o el suicidio médicamente asistido también representan una opción, tales como: pacientes con una situación de capacidad mental competente que sufren una incapacidad física (por ejemplo, personas tetrapléjicas) y pacientes con estado general aceptable, pero con diagnóstico que los incapacitará (por ejemplo, enfermos de Alzheimer) (Álvarez del Río, 2013).

Respecto al procedimiento denominado eutanasia, etimológicamente proviene de dos palabras griegas: *eu* buena y *thanatos* muerte; de ahí su significado de “buena muerte”. Es una forma de muerte voluntaria que se da en un contexto particular: la atención médica en el final de la vida (Álvarez del Río, 2013). También se ha definido como el procedimiento que un médico realiza para terminar con la vida de un paciente, quien previamente ha solicitado de su ayuda para concluir con su vida y con esto poner fin a un sufrimiento innecesario (Álvarez del Río, 2013).

Este mismo autor hace una reflexión sobre lo que no es eutanasia y que es importante precisarlo para fines de este estudio, con el propósito de no generar confusión en su abordaje:

- No dar o suspender un tratamiento que se considera inútil, aún y cuando esto cause la muerte del paciente. Aunque a esta opción se le ha denominado eutanasia pasiva, este

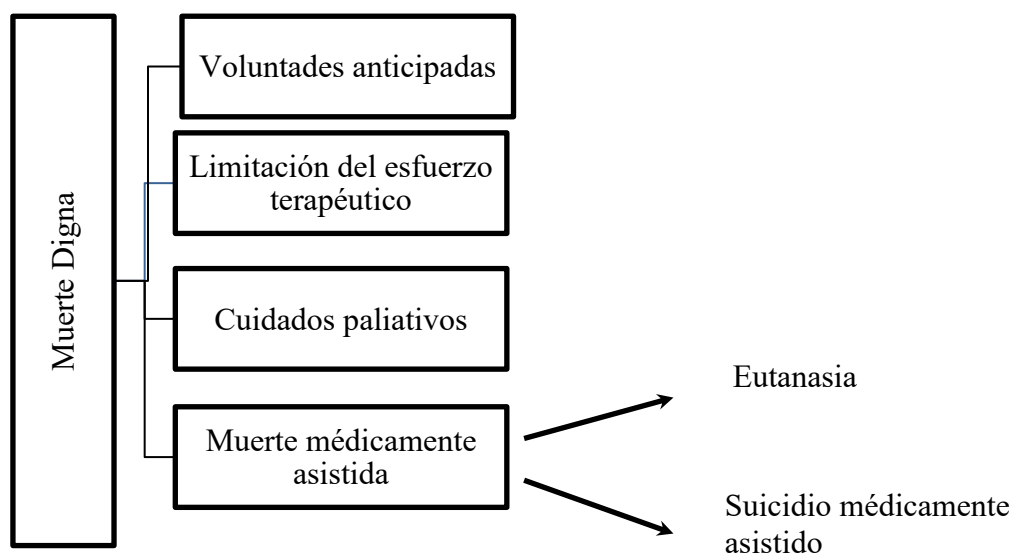
término tiende a ser sustituido por el de limitación del esfuerzo terapéutico, que se aplica cuando el tratamiento no se justifica en situaciones de soporte vital.

- No se considera eutanasia cuando se dan medicamentos para aliviar el dolor u otros síntomas y esto tiene como consecuencia que se adelante la muerte del paciente (también conocida como eutanasia indirecta). Aquí cabría también la sedación profunda que consiste en una sedación permanente en la conciencia de un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.
- Cuidados paliativos. Que tal como ya se había referido solo buscan conseguir la mejor calidad de vida posible y el máximo bienestar de la persona enferma, a través del control de los síntomas físicos, psíquicos y de sus necesidades espirituales y sociales.
- Terminación activa de la vida sin solicitud expresa, que consiste en la decisión médica de concluir con la vida de un paciente sin solicitud expresa, cuando se considera que es lo mejor para resolver su situación. También se denomina eutanasia no voluntaria.

De esta manera, la eutanasia implica dos elementos imprescindibles: la voluntad del paciente que se acompaña de una solicitud expresa y la participación de personal médico en la inducción de la muerte de un paciente. Por tal razón, cuando se habla de eutanasia, por definición es activa, voluntaria, y directa, ya que otras acciones, tal como se ha señalado tienen otro nombre específico.

Respecto al suicidio médicamente asistido, Álvarez del Río (2013) señala que es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia, este se distingue de la eutanasia, en la que el médico además de proporcionar los medios, es agente real de la muerte en respuesta a la solicitud del paciente, en este caso la acción de quitarse la vida, a diferencia de la eutanasia, es realizada por el propio paciente.

Figura 1. Medios que sirven para conseguir la muerte digna.



Fuente: Elaboración propia.

Con la finalidad de clarificar algunos aspectos que también acompañan la muerte digna, se considera pertinente precisar dos conceptos que se involucran en el tema de estudio; uno de ellos es la objeción por conciencia y otro es la obstinación terapéutica.

1.1.2.5. Objeción por conciencia

La objeción por conciencia es entendida como la “pretensión pública individual de un imperativo ético personalmente advertido en colisión con un deber jurídico contenido en la ley” (Lee, Sotelo y Monroy s/f:1); es decir, se define como la pretensión de incumplir una ley por motivos religiosos o ideológicos y, en este sentido, la objeción por conciencia plantea una confrontación entre las obligaciones establecidas por el Derecho, la ética del médico, y entre éstas y la ideología del paciente (Lee, Sotelo y Monroy s/f).

Respecto a este tema, como Solís (2012: 122) señala que tanto la libertad de pensamiento, de conciencia y la religiosa, son el marco en donde se insertan los conflictos individuales entre la exigencia jurídica y la moral, en ese sentido, se parte de dos criterios morales distintos; eso es a lo que se le denomina objeción por conciencia.

Este autor refiere que la objeción por conciencia involucra, por un lado, la relación médico-paciente, porque en ella se confronta a dos conciencias frente a un bien que trasciende a ambos: la vida y sus valores, la objeción por conciencia, como derecho, exige la protección de la libertad del médico de objetar y del paciente a fin de evitar consecuencias discriminatorias o represalias injustas, enfatizando que la objeción no es un pretexto para no cumplir con los deberes que correspondan al sistema de salud (Solís, 2012).

Por otro lado, la objeción por conciencia no es exclusiva de la relación médico-paciente, pues se pueden producir conflictos entre lo que el médico debe hacer en conciencia, y lo que se establece en las leyes o en las políticas de las instituciones de salud; en este sentido, también se pueden objetar en las relaciones médico-Estado o médico-institución de salud (Solís, 2012).

Sobre esta relación médico–Estado, es importante precisar que la objeción por conciencia es una demanda estrechamente ligada a la libertad de conciencia, y que ésta se expresa en la libertad religiosa e ideológica reconocidas en el artículo 16 de la Constitución Mexicana; estas libertades tutelan el ámbito más específico de la identidad humana, ya que es el lugar donde cada persona busca y establece su relación personal con los valores con los que cada ser humano decide comprometerse, por lo que el respeto a esta esfera de autonomía define una de las características esenciales del Estado democrático, que implica más que una ausencia de coacción, pues también involucra la prohibición de que el Estado influya sobre la formación y existencia de aquellas convicciones (Gómez, 1997).

Cabe destacar que, en el año 2018, en México, el Senado de la República habría aprobado una reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual adicionaba el Artículo 10 Bis, que dictaba de esta manera:

El personal médico y de enfermería que forma parte del Sistema Nacional de Salud, podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá involucrarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional. El ejercicio de objeción de conciencia no derivará

en ningún tipo de discriminación laboral (Ley General de Salud, 1984, reforma del 11 de mayo de 2018: 8).

Esta propuesta de adición a la Ley General de Salud tuvo diversos ecos entre críticos y defensores de derechos humanos, quienes replicaron que esta reforma a la ley abría la puerta a que personal médico, utilizando como argumento la objeción por conciencia, pudiera negar atención médica por causas que tengan que ver con prejuicios hacia ciertos sectores de la población o en casos que involucraran abortos legales e inclusive procedimientos contemplados en los cuidados paliativos en casos de personas con enfermedades terminales. Tan es así que dicho artículo quedó invalidado por sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación por acción de inconstitucionalidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 2022 (Ley General de Salud, DOF 21-12-2021).

Por lo tanto, de acuerdo con Santillán (2017) la objeción por conciencia en la medicina implica un acto individual y privado que realiza el médico, el cual presenta un riesgo de interferir negativamente con los intereses de sus pacientes por lo que su regulación es pertinente y su ejercicio debe ser condicionado de manera estricta, no se puede argumentar la objeción por conciencia sin pensar en el paciente, ya que esto abre la puerta a una práctica médica basada en valoraciones morales subjetivas, con la posibilidad de tomar decisiones sesgadas, prejuiciosas, intolerantes y discriminatorias, ya que esto representaría una traición al paciente y, sin regulación, amenaza la laicidad del Estado.

1.1.2.6. Obstinación terapéutica

En contraparte a la limitación del esfuerzo terapéutico, se encuentra la obstinación terapéutica, también denominada ensañamiento terapéutico y se refiere a implementar o continuar con tratamientos o medidas que no van a modificar la situación médica de un paciente, y esto puede tener como consecuencia sólo prolongar un sufrimiento innecesario que implican aspectos físicos, morales y hasta económicos (Álvarez, 2017).

Cabe destacar que la Ley General de Salud establece, en su artículo 166 Bis 1, que la obstinación terapéutica es: “la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía”. Asimismo, se contempla la prohibición al personal médico de aplicar tratamientos o medidas que caigan en la obstinación terapéutica, ya que eso va en contra del respeto a la dignidad de la persona enferma y en detrimento de una vida de calidad (Congreso de la Unión, 1984).

Asimismo, en la Ley General de Salud se contempla el respeto de pacientes en situación terminal para no ser sometidos a tratamientos innecesarios y de poder decidir el momento en que se interrumpa un tratamiento curativo para pasar a uno paliativo; sin embargo, como ya se ha mencionado, eso no incluye el poder poner fin a su propia vida.

Una vez que se abordaron los procedimientos que forman parte de lo que se ha construido en torno al concepto de muerte médicamente asistida y contextualizado otros procedimientos que se involucran con el tema, tales como la objeción por conciencia y la obstinación terapéutica, se precisa que este estudio se centra específicamente en el tema de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido, ya que son procedimientos de muerte médicamente asistida que conllevan el respeto a la autonomía de la persona de decidir morir con dignidad y en las mejores condiciones deseadas para sí misma cuando otros medios de aliviar su sufrimiento no les sirven.

Cabe destacar que, en el apartado de marco teórico de este estudio, se profundizará sobre estos medios y su alcance, desde una perspectiva de bioética y de derechos humanos.

1.1.3. Antecedentes de las políticas de atención para personas en situación terminal

Se considera oportuno analizar la evolución que han tenido las políticas de salud para dar atención a personas con enfermedad terminal; políticas que en México incluyen la atención a través de cuidados paliativos y voluntades anticipadas. Se comenzará describiendo el desarrollo que han tenido estas políticas encaminadas a brindar atención integral a las personas que así lo requieran.

Para comenzar, es necesario precisar que el derecho a la protección de la salud abarca la atención y cuidados que una persona requiere al final de la vida, y este derecho se encuentra contemplado en la legislación internacional y nacional, a través de los procedimientos denominados cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (2018: 1-3) explica cómo los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y su familia cuando enfrentan enfermedades mortales, ya que brindan una atención integral que previene y alivia el sufrimiento y/o el dolor.

Por otra parte, el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PDESC) (ONU, 1966), el cual México ratificó en 1981, establece en su artículo 12 el derecho “al disfrute del más alto disponible estándar de salud mental y físico posible”. Asimismo, el Comité del PDESC, en su Observación General No. 14, señala que es obligación de los Estados dar “prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad” (Organización de las Naciones Unidas, 2018). Los Estados no pueden negar o limitar el acceso a los servicios paliativos. En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 contempla, en su artículo 4, la protección de la salud (CPEUM, 2017).

En este orden de ideas, Flores (2018: 57), refiere que, en México desde la década de 1950, en las instituciones de salud (públicas o privadas), se contemplan dos tipos de servicios médicos: la medicina preventiva y la curativa o resolutive; a continuación, las características de estos servicios:

1. Medicina preventiva: Se caracteriza por tener un impacto masivo en la población, donde se instruye sobre los diversos métodos para prevención y control de enfermedades.
2. Medicina curativa o resolutive: Busca restablecer la salud de las personas y reintegrarlas a su vida productiva y autosuficiente, los servicios de medicina curativa se dividen, a su vez, en tres niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel de atención.

Respecto a los niveles de atención, Flores (2018:57) los describe de la siguiente manera:

- Primer nivel: Es la consulta externa, en la que el personal médico atiende la salud familiar; está a cargo de los programas de prevención del diagnóstico oportuno de enfermedades que pueden ser controladas de forma domiciliaria y es en este nivel donde se pueden detectar enfermedades que por su gravedad requieren ser turnadas a otro nivel de atención.
- Segundo nivel: Se atienden los padecimientos en hospitales especializados, que incluyen espacios físicos para la práctica de las diversas especialidades (ginecología, traumatología,

medicina interna, etc.). Cabe destacar que la ubicación de estos hospitales territorialmente es estratégica a fin de dar una mayor cobertura.

- Tercer nivel: Se incluyen hospitales de gran tamaño que albergan una cantidad importante de camas de hospital; se reconocen como unidades médicas de alta especialidad donde se atiende a pacientes con enfermedades agudas o crónicas, que requieren diagnósticos y decisiones terapéuticas que implican un alto riesgo y especialización.

Es precisamente en el tercer nivel de atención en el que la calidad de vida de las personas cobra preponderancia, ya que en personas con enfermedades crónicas o terminales la calidad de vida depende de muchos factores, como puede aliviar el dolor y otros síntomas que les generen malestar constante o que limiten la autosuficiencia de las personas; y es aquí donde el personal de salud debe de procurar a los pacientes una mejor calidad de vida a través de una atención integral que ayude al paciente a sobrellevar su padecimiento con alivio de sus síntomas, con una atención no solo a aspectos físicos sino también emocionales. Esto implica otro enfoque o especialidad de atención, que son los cuidados paliativos; estos han sido y son practicados en diversos países del mundo, sobre todo en aquellos donde prevalece un importante número de personas adultas mayores y en culturas donde prevalece un sentido social y compromiso hacia personas con enfermedades crónicas o terminales (Flores, 2018).

En el caso de México, el desarrollo de los cuidados paliativos surge en la década de los setenta con las clínicas del dolor; a continuación, se presenta una tabla que cronológicamente explica cómo fue evolucionando esta política de atención a personas con enfermedad terminal en el país (Flores, 2018).

Tabla 1. Evolución de los cuidados paliativos en México.

Año	Avances en el tema
1972	Se fundó en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubiran”, la primera clínica del dolor.
1976	Se fundó una clínica del dolor en el Hospital General de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México.
Finales de 80’s	Hubo un surgimiento de clínicas del dolor en diferentes lugares de México, propiciando que anestesiólogos se interesaran por tratar el dolor crónico en los hospitales, sobre todo en pacientes con cáncer. Destaca la clínica del dolor del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en 1984.
1989	Se creó el primer programa académico en cuidados paliativos en el INCan, apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
1990	Apareció en el Diario Oficial de la Federación la Norma Técnica No. 329 para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer. Se firmó la declaración mexicana de alivio del dolor en cáncer y se reconoció como política oficial de importancia dentro de la salud pública. Fue a principios de esta década que surgió de manera importante el desarrollo de clínicas del dolor con un enfoque primario y especializado en pacientes con enfermedades oncológicas.

2003	Se efectuó el Primer foro sobre dolor y su tratamiento en México que reunió a médicos y legisladores. Aquí inició el desarrollo de leyes a favor de los cuidados paliativos en el país.
2004	Los legisladores aprobaron reformas y adiciones a la Ley General de Salud en materia de dolor y cuidados paliativos. Esto propició una serie de reformas en el tema.
2008	Se presentó una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud retomando todas las propuestas presentadas en el Senado.
2009	Durante el mandato del presidente Felipe Calderón, en el Diario Oficial de la Federación se publicó el decreto en el que se reforma y adiciona la ley en materia de cuidados paliativos.

Fuente: Elaboración propia con información de Flores, 2018.

De esta manera, los cuidados paliativos se incluyeron, a partir de 2009, en la Ley General de Salud, en la que se agregó el Título Octavo Bis, "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal"; el artículo 166 BIS refiere el objetivo de salvaguardar la dignidad de aquellas personas que tienen un padecimiento terminal, especificando que un enfermo terminal es quien tiene una enfermedad incurable e irreversible, cuyo pronóstico de vida es menor a 6 meses (Congreso de la Unión, 2009). Al respecto, si bien es cierto que algunas de las entidades federativas cuentan con una regulación concreta sobre los cuidados paliativos, tales como la Ciudad de México, Aguascalientes, Jalisco y Tabasco (Comisión Nacional de Bioética, s/f), la Ley General de Salud tiene aplicabilidad a nivel nacional, por lo que la definición, procedimientos y alcances de los cuidados paliativos tiene vigencia y obligatoriedad en todas las entidades del país.

Asimismo, en la referida ley, se define a los cuidados paliativos como el cuidado activo de enfermedades que no responden a tratamiento curativo, así como el control del dolor, de otros síntomas y la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales. La finalidad de los cuidados paliativos es que el paciente pueda tener una vida de calidad a través de la atención médica oportuna (Congreso de la Unión, 2009).

El primero de noviembre de 2013 se publica en el Diario Oficial de la Federación la adición al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios y Atención Médica, el Capítulo VIII Bis sobre las disposiciones para la prestación de los servicios de cuidados paliativos. En dicho reglamento se contempla aspectos como establecer los protocolos de tratamiento que se proporcionen a los enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, así como una serie de precisiones respecto a conceptos como el dolor y las directrices para la atención de los pacientes en situación terminal.

Posteriormente, el 9 de diciembre de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-11-SSA3-2014, sobre los criterios para la atención de los enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos (DOF, 2014).

Esta Norma tiene por objeto, establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar, a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida

digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica (DOF, 9 de diciembre de 2014).

Cabe destacar que dicha Norma es de carácter obligatoria para todo el territorio nacional y tiene alcance en todos los establecimientos que prestan servicios de atención médica, ya sean públicos, sociales o privados, mismos que conforman el sistema nacional de salud y que cuenten con un área o servicio para la prestación de servicios de cuidados paliativos a pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal (DOF, 9 de diciembre de 2014).

Poco después, el 26 de diciembre de 2014, se publicó la "Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos", en la que se establece una serie de objetivos y procesos para implementar un modelo óptimo de atención paliativa, en el que se considera un abordaje multidisciplinario, atención integral a los pacientes y sus familias, garantizar el acceso a medicamentos que controlen el dolor, la atención continua y oportuna, dar atención a la salud mental y su abordaje y realizar atención domiciliaria (DOF, 26 de diciembre de 2014).

Aunque como se ha señalado, se han tenido avances legislativos en el tema y los mecanismos para su aplicabilidad, no se ha logrado aún emplear las bases que ya están establecidas para articular estos procedimientos que organicen el Sistema Nacional de Salud ni implementar los objetivos y estrategias que aseguren el acceso de todas las personas con enfermedades terminales a una atención integral que les permita tener una muerte con dignidad.

Prueba de esto se refleja en el informe que, en el año 2014, la organización Human Right Watch (HRW) publicó y que fue titulado: "Care When There Is No Cure: Ensuring the Right to Palliative Care in Mexico"; en dicho informe hacen referencia a que, si bien la ley contempla desde 2009 que se brinde atención y cuidados paliativos a los pacientes que así lo requieran, sólo tienen acceso a estos cuidados aquellos pacientes que geográficamente se ubican en las grandes ciudades, ya que es en esos hospitales donde se brindan los cuidados paliativos (HRW, 2014).

En este mismo informe se señala que, de los 32 estados que hay en el país, en 17 de ellos los cuidados paliativos se implementan sólo en la capital de esos estados y en 7 simplemente no están disponibles, y eso hace evidente el poco avance que se tiene en el tema para dar cumplimiento a lo señalado en la Ley General de Salud (HRW, 2014).

Si bien, del año 2008 al 2011 se diseñó y difundió desde la Secretaría de Salud (federal) el proyecto de "Programa Nacional de Cuidados Paliativos" (PALIAR), no hubo continuidad para su institucionalización y nunca se puso en marcha. En 2015 se realizó un taller convocado por la dirección general de calidad y educación en salud de la mencionada secretaría, cuyo objetivo fue definir los componentes fundamentales para instaurar un Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Flores, 2018); sin embargo, hasta la fecha no se ha concretado dicho programa.

Asimismo, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso 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 publicada el 26 de diciembre de 2014 (DOF, 14 de agosto de 2018).

Esas modificaciones a la Guía del 2014 implicaron, además de reiterar la obligatoriedad de dichos esquemas de atención integral, extender el alcance de los cuidados paliativos a enfermedades no transmisibles (ENT) que requieren tratamiento contra el dolor, tales como insuficiencia renal, enfermedades hepáticas, esclerosis múltiples, por mencionar algunas (DOF, 14 de agosto de 2018).

Ahora bien, otro tema que ha tenido avances en el país es la voluntad anticipada, la cual, al igual que los cuidados paliativos, se contempla desde el año 2009 en la Ley General de Salud, en el capítulo de los cuidados paliativos, en su título 8o. artículo 166 Bis 4.

Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento (Ley General de Salud, 1984).

Es así como la voluntad anticipada, al igual que los cuidados paliativos, al estipularse en la Ley General de Salud, tiene aplicabilidad en todas las entidades del país; no obstante, existen en diversas entidades federativas legislaciones al respecto. La primera ley surgió en la Ciudad de México en el año 2008, dando pauta al establecimiento de otras legislaciones estatales. Son en total 11 entidades federativas en México que con diferente denominación atienden el tema, como es el caso de Coahuila, Aguascalientes, Hidalgo, Chihuahua, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Guerrero, Colima y Estado de México (Comisión Nacional de Bioética, s/f). Recientemente, en Sonora se ha propuesto la Ley de derechos y cuidados paliativos de enfermos en etapa terminal, donde se contempla la voluntad anticipada (20 minutos.com.mx, 20 de febrero del 2018).

Respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida, estos no han tenido ningún avance en México. En el caso de la eutanasia, este procedimiento está expresamente prohibido en el artículo 166 BIS 21 de la Ley General de Salud; se estipula que queda prohibida la práctica de la eutanasia, se le define como homicidio por piedad, y remite al Código Penal Federal, en donde en realidad no se tipifica específicamente la eutanasia, por lo que, en todo caso, en los términos del referido Código Penal, se estaría hablando de homicidio.^{1,2}

Sobre el suicidio médicamente asistido, esta práctica tampoco está permitida en México, ya que al igual que la eutanasia, el artículo 166 BIS 21 de la Ley General de Salud³, prohíbe el suicidio asistido y remite al artículo 312 y 313 del Código Penal Federal, que habla de la prohibición de auxiliar a otra persona para cometer suicidio.

Cabe señalar que hoy en día, y como ya se mencionó, no se cuenta con avances en el tema de la muerte médicamente asistida, siendo una de las razones el hecho de que no han existido casos que hayan llegado a analizarse en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, y mucho menos que hayan trascendido a nivel internacional. Tampoco se tiene documentado que desde la sociedad civil haya iniciativas sobre este tema, que contribuyan en poner en una agenda pública

¹ Véase artículo 166 de la Ley General de Salud.

² Cabe señalar que en la legislación Penal Federal, existen diversos tipos de homicidio, y no queda claro cuál de ellos es el que debería considerarse en los términos de la remisión que hace la Ley General de Salud.

³ Véase artículo 312 y 313 del Código Penal Federal y sus correlativos de los Códigos Penales locales.

la posibilidad de su legalización, aunque sí se han presentado por partidos políticos iniciativas que no han prosperado. En este sentido, se reconoce la conformación en México de la organización Por el Derecho a Morir con Dignidad AC. (DMD, México) que, entre otros objetivos, busca que sea una opción legal la muerte médicamente asistida (DMD, 2019).

De tal suerte, que el tema de “muerte digna” ha empezado a tener algunos avances en su abordaje, como ya se ha indicado, bajo el concepto de voluntad anticipada y los cuidados paliativos, también al incluirse en la Constitución Política de la Ciudad de México el Derecho a Morir con dignidad⁴, y en el 2019 con la iniciativa de reforma al artículo 4° de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos para la incorporación de este derecho, iniciativa aún en curso⁵. Sin embargo, estos avances dejan fuera de alcance la legalización de procedimientos de muerte médicamente asistida.

1.1.4. Estudios que se han realizado sobre el tema

En los procesos de muerte médicamente asistida se involucran cuatro actores principales: por un lado, las personas que apelan a que se respete el ejercicio de su derecho a decidir cómo desean concluir su vida, por otro lado, la familia que acompaña estos procesos de enfermedad, se encuentra también el personal de salud, involucrado en la atención de estos casos y el Estado como garante del respeto y protección de los derechos humanos de las personas. Las implicaciones en el tema de estos cuatro actores tienen relación con:

- Si el Estado debe reconocer y garantizar el derecho que tienen las personas de decidir sobre sí mismas y recibir ayuda para hacerlo en las mejores condiciones, en casos donde sea su voluntad concluir con su vida.
- La participación de la propia familia en los procesos de salud-enfermedad que vive el paciente y su apoyo a las decisiones tomadas por el paciente.
- La preparación, el conocimiento y la actitud del personal médico y del área de la salud, para atender estas situaciones y dar esa ayuda.

Por el hecho de estar abordando un tema de política de salud, en el cual adquiere relevancia la actuación de las y los prestadores de servicios de salud que son los operadores directos de estas políticas, se hace oportuno indagar sobre la percepción que tiene el personal médico y en general el personal del área de la salud sobre situaciones de muerte médicamente asistida y sobre la posibilidad de su regulación en México. Tomando como base lo anterior, se presentan algunos antecedentes que fueron identificados, a través de algunos estudios que se han realizado en México, en ellos se refleja la opinión, postura, actitud y significado psicológico que el personal de salud ha manifestado sobre esta temática.

Álvarez del Río (2017) publicó los resultados de un cuestionario que fue aplicado a 2,097 médicos mexicanos de diferentes hospitales del país, esto con la finalidad de conocer su opinión sobre la eutanasia y sobre el rechazo a tratamiento y suspensión de tratamiento (véase la tabla

⁴ Ver artículo 6, inciso A, numeral 2 de Constitución Política de la CDMX.

⁵ Ver iniciativa de Ley https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-01-1/assets/documentos/Dict_dic_derecho_a_la_salud.pdf

2), lo que también se conoce como “Limitación del Esfuerzo Terapéutico”; los resultados fueron los siguientes:

- 40% estuvo de acuerdo en que se aplique la eutanasia a un paciente con enfermedad terminal si este la solicitaba debido a su sufrimiento, 44% estuvo en desacuerdo y 16% señaló estar indeciso.
- 48% estuvo de acuerdo en retirar el tratamiento a un paciente en estado vegetativo persistente si así lo solicitaban sus familiares, 38% mencionó estar en desacuerdo y el resto se mostró indeciso.

Tabla 2. Muerte médicamente asistida y limitación del esfuerzo terapéutico.

	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso
Un paciente terminal, con una enfermedad que le produce un sufrimiento intolerable, que se encuentra mentalmente competente, le pide al médico que lo ayude a morir, ¿estaría de acuerdo en que el médico le ayude?	40%	44%	16%
Un paciente se encuentra en estado vegetativo persistente. El familiar solicita al médico que retire todas las medidas de tratamiento y lo deje morir, ¿estaría de acuerdo en que el médico retire el tratamiento?	48%	35%	17%

Fuente: Álvarez del Río (2018).

Al preguntar a los médicos la razón por la que están de acuerdo, la respuesta principal fue basada en el respeto de la autonomía del paciente, la opinión de los familiares y evitar el sufrimiento del paciente, por otra parte, los médicos que estuvieron en desacuerdo argumentaron como razón principal el respeto a la vida y a la santidad de la vida.

En el 2011, Álvarez del Río y Marván presentaron los resultados de un estudio de muestra no probabilística realizado a 546 estudiantes de medicina (de la Universidad Autónoma de México), a quienes dividieron en principiantes y avanzados de acuerdo al nivel de grado que cursaban en el momento de la aplicación del estudio y médicos de cuatro diferentes hospitales públicos de la ciudad de México. El instrumento que se utilizó fue una encuesta que se basó en el método de redes semánticas, un método cualitativo que analiza las palabras que las personas asociaban con el término de eutanasia. Lo anterior para analizar el significado psicológico que la palabra tenía en ellos. Posteriormente se clasificó según el tipo de respuesta en actitud positiva, negativa, neutral o ambivalente hacia la eutanasia (Álvarez del Río y Marván, 2011).

Uno de los hallazgos que se encontraron en ese estudio es que la principal palabra mencionada por los participantes fue “elección”. También se destaca que solo los estudiantes principiantes usaron palabras con connotación negativa, tales como asesinato y poco ético. Sin embargo, estos alumnos también lo relacionaron con palabras como respetable, conveniente, ayuda y alivio, con connotación positiva. Los participantes avanzados y los médicos no usaron palabras con connotación negativa para relacionar la palabra eutanasia, haciendo uso de palabras como conveniente, alivio, calma, respetable, ético y digno (Álvarez del Río y Marván, 2011). Los resultados de esta investigación se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3. Prevalencia de actitud positiva, negativa, neutral o ambivalente hacia la eutanasia.

Actitud	Estudiantes principiantes	Estudiantes avanzados	Médicos
Positiva	44%	68%	69%
Ambivalente	30%	13%	8%
Negativa	19%	7%	6%
Neutral	7%	12%	18%

Fuente: Álvarez del Río y Marván (2011).

En los resultados de este estudio se destaca la prevalencia de una actitud positiva respecto a la eutanasia, sobre todo de los estudiantes que se encontraban en grados superiores de estudios y en el personal médico, sin embargo, los alumnos que eran principiantes fueron el grupo que mostró un porcentaje menor de actitud positiva (44%), además de presentó más ambivalencia respecto al tema (30%), ya que relacionaron connotaciones positivas y negativas en torno al tema, es decir, ambas actitudes fueron manifestadas por los mismos participantes.

Por otra parte, Loria, Villarreal, Sifuentes y Lisker realizaron en el año 2013 un estudio dirigido a 239 estudiantes de medicina de un hospital público de la Ciudad de México; con esta investigación se buscó conocer la opinión respecto a la muerte médicamente asistida: eutanasia, suicidio médicamente asistido, la discontinuación de una terapia (limitación del esfuerzo terapéutico) y sobre la muerte médicamente asistida para ellos mismos. Los resultados fueron los siguientes:

- 50% estuvieron de acuerdo con la aplicación de procedimientos de muerte médicamente asistida.
- 58% estuvo de acuerdo sobre la limitación del esfuerzo terapéutico.

Una de las posibles razones que se señala en el estudio es que los estudiantes de medicina manifestaron una aceptación de procedimientos como limitar el esfuerzo terapéutico, la cual pudo deberse a que la población entrevistada era joven y con pocos años de práctica. Un dato relevante de esta investigación es que los resultados se desagregaron dependiendo si los estudiantes provenían de escuelas de medicina laicas o católicas, para mayor comprensión los resultados se exponen a continuación.

Tabla 4. Opinión respecto a la muerte médicamente asistida.

	Estudiantes de medicina de escuelas laicas	Estudiantes de medicina de escuelas religiosas
Muerte médicamente asistida	68% De acuerdo	33% De acuerdo
Limitación del esfuerzo terapéutico	79% De acuerdo	39% De acuerdo
Muerte médicamente asistida para ellos mismos	57% De acuerdo	48% De acuerdo

Fuente: Álvarez del Río (2017).

Como se puede observar, los porcentajes de estudiantes que señalaron estar de acuerdo con este tipo de procedimientos tanto para sus pacientes como para ellos mismos, es mayor en los que estudiaron en universidades laicas, en este sentido, se pudiera hablar de una posible influencia en la formación de los estudiantes que provienen de instituciones con orientación religiosa.

Otro estudio llevado a cabo por Loria, Villarreal, Sifuentes y Lisker fue realizado en el año 2013, en dos hospitales públicos de la Ciudad de México, este buscó explorar la opinión del personal médico residente, tanto de las áreas de medicina interna como de oncología. En esta investigación se preguntó la opinión sobre la aplicación de procedimientos de muerte médicamente asistida y la limitación del esfuerzo terapéutico. Parte de los hallazgos que se encontraron, es que fue mayor la proporción de los residentes más jóvenes o principiantes los que se mostraron a favor de la realización de estos procedimientos (88%), en comparación con los residentes de mayor edad y en grados más avanzados (55%) (Loria, Villarreal, Sifuentes y Lisker, 2013).

Otro hallazgo encontrado en esta investigación fue que la opinión de los residentes sobre la aplicación de los procedimientos de muerte médicamente asistida (MMA) aumentó significativamente al preguntar cuál sería su participación al legalizarse estos procedimientos en el país, entre los más jóvenes la aceptación de su aplicación aumentó de un 16% a un 66% y entre los más avanzados de un 13% a un 42%. Finalmente, al preguntarles si quisieran un procedimiento de MMA en ellos mismos, 76% de los residentes más jóvenes estuvieron de acuerdo y 56% de los más avanzados respondieron a favor de esta medida (véase la tabla 5) (Álvarez del Río, 2017).

Tabla 5. Se les preguntó a los médicos si ellos realizarían la acción.

	Residentes Principiantes		Residentes avanzados	
	MMA No legalizada	MMA Legalizada	MMA No legalizada	MMA Legalizada
Muerte médicamente asistida	16%	66%	13%	42%
Limitación del esfuerzo terapéutico	50%	45%	29%	46%
	Residentes principiantes		Residentes avanzados	
MMA para uno mismo	76% De acuerdo		56% De acuerdo	

Fuente: Álvarez del Río (2017).

Del mismo modo, en el año 2015 la Asociación Mexicana por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. presentó los resultados de una investigación cualitativa, la cual fue dirigida a médicos de diversos hospitales privados de la ciudad de México y de Puebla, en ella se indagaron varios aspectos de la atención médica al final de la vida. Algunos de los resultados de este estudio fueron las siguientes:

- El manejo que se da a los enfermos terminales varía si el paciente es atendido en hospitales públicos o privados, ya que, en los primeros, al enfrentar el problema de saturación, los enfermos terminales no tienen toda la atención necesaria para aliviar su sufrimiento a consecuencia de que los médicos se enfocan en atender a enfermos hospitalizados que pueden curarse.
- Los hospitales públicos no cuentan con la infraestructura necesaria para ofrecer cuidados paliativos. Por el contrario, en hospitales privados el personal médico cuenta con mayor tiempo para mantener una mejor comunicación con su paciente.
- En los hospitales privados comentaron que, en ocasiones, se realizan esfuerzos terapéuticos innecesarios, con el fin de cobrar los tratamientos.
- Asimismo, los médicos mostraron temor derivado de un desconocimiento sobre cómo utilizar procedimientos de limitación del esfuerzo terapéutico en caso de que los pacientes ya no puedan decidir y la decisión sea tomada por su familia.
- Respecto a los procedimientos de MMA, las opiniones del personal médico son diversas; hay médicos que opinan que el paciente tienen el derecho de decidir cuándo terminar con su vida, en caso de sufrimiento intolerable; hay otros especialistas que incluso consideran que se debe respetar la decisión del paciente cuando ellos creen ya no tener una vida digna, derivada de alguna discapacidad o dependencia; pero también resultó que médicos, por cuestiones religiosas, están en contra de los procedimientos que pongan fin a la vida del paciente.
- En relación a la postura de si se debe o no legalizar la muerte médicamente asistida, son tres posturas las que prevalecen: la postura a favor y la importancia de contar con una ley que defina los criterios de cómo aplicarla, así como los mecanismos de supervisión; la otra postura es en contra de su legislación, argumentando su peligrosidad debido a la corrupción que impera en México, lo cual se prestaría a que se realizara de manera abusiva; la tercera postura, está a favor de que se legalice, pero manifiesta su preocupación acerca de que faltaría incidir primeramente en temas de educación y divulgación de este tema entre el personal del área médica y en la población en general.

Por último, se identificó otro estudio realizado por Grether, Lisker, Loria y Álvarez del Río en 2015, el cual fue dirigido al personal de salud en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes INPer y Médica Sur de Lomas en la Ciudad de México, este tuvo el objetivo de conocer la opinión del equipo de salud sobre las decisiones relacionadas con la atención de fetos y neonatos gravemente enfermos, en esta investigación se contó con la participación y opinión de personal de trabajo social, enfermería y medicina.

Respecto al primer cuestionamiento se plantea la existencia de información que señala que un feto, en el tercer trimestre de embarazo, padece una enfermedad grave, intratable, que afectaría considerablemente su vida, en ese sentido, se le preguntó al personal con qué tipo de soluciones de las proporcionadas estarían de acuerdo. Se encontró que el grupo de quienes ejercen la carrera de trabajo social, 36% estuvo de acuerdo con la terminación del embarazo y, en consecuencia con la vida del feto dentro del útero; 45% coincidió en que se terminara el embarazo, aunque esto no signifique que se terminara la vida del feto, por lo que puede o no vivir fuera del útero y, si vive, se le de atención de cuidados paliativos sin hacer maniobras extraordinarias para que

viva; nadie del personal de trabajo social estuvo de acuerdo en llevar el embarazo hasta la etapa de término para posteriormente dar cuidados paliativos al recién nacido, y sólo 18% estuvo de acuerdo en continuar el embarazo y utilizar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido.

Por su parte, 34% del personal de enfermería sí estuvo de acuerdo en continuar el embarazo y posteriormente dar cuidados paliativos al recién nacido, 55% del personal médico mencionó estar de acuerdo con esta misma opinión y sólo 12% manifestó estar de acuerdo en usar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido. El equipo médico fue el grupo en el que se reflejó menor decisión de terminar el embarazo y la vida del feto en el útero (véase la tabla 6).

Tabla 6. Opinión sobre tratamiento.

	Terminación del embarazo, terminado con la vida del feto en el útero	Terminación del embarazo y cuidados paliativos al recién nacido	Continuar el embarazo y cuidados paliativos al recién nacido	Continuar el embarazo y usar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido
Trabajadoras Sociales	36%	46%	0%	18%
Enfermeras	24%	17%	38%	21%
Médicos	11%	27%	55%	7%
Global	18%	28%	42%	12%

Fuente: Grether, Lisker, Loria y Álvarez del Río (2015).

Respecto a la segunda pregunta, sobre el supuesto de que un recién nacido haya sido diagnosticado con una enfermedad grave y progresiva, que tuviera como resultado su muerte en semanas o meses y que esta enfermedad no fuera tratable, lo cual afectaría considerablemente su calidad de vida, 73% del personal de trabajo social estuvo de acuerdo en aplicar cuidados paliativos al recién nacido hasta su fallecimiento, 83% de las enfermeras dieron esta solución y 93% de los médicos estuvieron de acuerdo. Con esta pregunta, se pudo identificar que fue el equipo de trabajo social el grupo que más estuvo de acuerdo en usar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido (véase la tabla 7).

Tabla 7. Prolongación de la vida vs. Cuidados paliativos.

	Usar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido	Cuidados paliativos al recién nacido hasta su fallecimiento
Trabajadoras Sociales	27%	73%
Enfermeras	17%	83%
Médicos	7%	93%
Global	13%	87%

Fuente: Álvarez del Río (2017).

Por último, la pregunta de si a pesar de los cuidados paliativos, el recién nacido tiene un sufrimiento intolerable, si estarían de acuerdo en administrar una inyección letal para terminar con su sufrimiento en caso de que los padres lo solicitaran, 59% del personal de trabajo social estuvo de acuerdo, 28% del personal de enfermería proporcionó la misma respuesta y mientras que 24% del personal médico estuvo de acuerdo con esta solución.

Tabla 8. Terminación de la vida.

Trabajadoras Sociales	59% de acuerdo
Enfermeras	28% de acuerdo
Médicos	24% de acuerdo
Global	30% de acuerdo

Fuente: Álvarez del Río (2017).

En esta investigación llama la atención que el personal que está más directamente involucrado en dar o aplicar la medida paliativa o terminal al paciente es más conservador al momento de dar una respuesta como la aplicación de una inyección letal; caso contrario al personal de trabajo social, cuya función se caracteriza con tener una interacción más cercana con la familia; los trabajadores sociales mostraron en sus respuestas una mayor tendencia en favor de concluir con el sufrimiento del recién nacido y, con esto, también disminuir el sufrimiento de la familia.

Los estudios aquí presentados y que tienen como contexto su realización en México permiten tener un panorama de la postura y percepción que el personal de salud ha tenido respecto a algunos medios que facilitan tener una muerte digna; algunas de las conclusiones de estos estudios son las siguientes:

- Existe una dificultad para separar las decisiones médicas que tienen que ver con el final de la vida con los aspectos morales, específicamente con aquellos que provienen de dilemas religiosos, sobre el respetar la vida como un bien que sólo Dios puede dar o quitar.
- Según los hallazgos de los estudios, hay mayor aceptación de estos procedimientos entre el personal médico más joven o que está iniciando su preparación profesional. Asimismo, profesionales como los trabajadores sociales muestran mayor aceptación a procedimientos que culminen con el sufrimiento, tanto del paciente como de la familia.
- El hecho de que exista una legislación clara inclina la opinión a favor de practicar procedimientos de MMA. Sin embargo, existe desconfianza de permitir esta opción por la corrupción que impera en el país.
- En general hay una mayor aceptación a los procedimientos que limitan el esfuerzo terapéutico a los que propiamente tienen que ver con la práctica de métodos de muerte médicamente asistida.

En relación a las aportaciones de estos estudios y las posibles limitaciones que se encuentran al respecto, mismas que presentan áreas de oportunidad para seguir profundizando en el tema, la mayoría son estudios que se han concentrado en la población de la ciudad de México, por lo que es importante conocer sobre el tema desde lo que sucede en otras entidades, en este caso en Nuevo León, también se puede observar que con excepción de los resultados del último estudio planteado, se destaca que no se han encontrado investigaciones más amplias sobre el tema que

involucren la percepción de todo el personal del área de la salud, como es el personal de enfermería y trabajo social, quienes también participan en la atención que reciben los pacientes que enfrentan una situación médica terminal o incapacitante.

Respecto al tipo de estudios vemos que han prevalecido estudios de corte cuantitativo, a través de la aplicación de la encuesta como instrumento, en su mayoría centrado en la opinión del personal encuestado. La excepción es el estudio de Álvarez del Río y Marván (2011), cuyo tiempo de realización sobrepasa lo diez años y otros estudios que analizan a la religión como factor influyente en las percepciones del personal médico respecto al tema.

Sin bien en este apartado no se presentan estudios a nivel internacional que aborden el tema, si se identificaron algunas investigaciones que se han realizado en el contexto mexicano y que permiten identificar la importancia de incidir académicamente en esta temática e indaguen sobre la percepción y las actitudes que actualmente pudieran tener, no solo del personal médico, sino cualquier personal de salud que estén involucrados en la toma de decisiones al final de la vida.

1.2. Problematización

1.2.1. Impacto del tema en la población en situación de vulnerabilidad

Para abordar este punto, es importante primero explicar el concepto de vulnerabilidad, el cual la Real Academia Española (s/f) lo define desde el origen de la palabra vulnerable (del latín *vulnerabilis*) como aquel que puede ser herido o recibir una lesión de índole física o moralmente. De esta manera, cuando una persona se encuentra en una situación en la que pueda sufrir algún tipo de daño, se dice que se encuentra en una situación de vulnerabilidad que implica un estado de riesgo al que las personas pueden estar expuestas en un determinado momento (Real Academia Española (s/f) citada en Espinosa, 2015).

Asimismo, la vulnerabilidad es parte del ser humano, y tiene que ver con el sufrimiento, con la enfermedad, el dolor, la fragilidad, la limitación y con la muerte; es decir, representa a todo aquello que genera una amenaza y hace a las personas frágiles (Mendoza, 2019:114).

Si bien, como lo señala Espinosa (2015), la vulnerabilidad tiene su origen en la noción de riesgo que se da cuando pueden suceder acontecimientos que no son previsibles, tal como una contingencia ambiental, un accidente o el desarrollo de una enfermedad, también esta vulnerabilidad o estado de mayor riesgo se puede presentar debido a condiciones o características de las personas que les imposibiliten satisfacer sus necesidades básicas o gozar plenamente de sus derechos humanos, en este sentido, la vulnerabilidad puede surgir por un acto de discriminación.

Sobre esta idea Mendoza (2019: 114) refiere que la vulnerabilidad implica estar en una situación de indefensión, fragilidad, con la posibilidad de sufrir algún tipo de daño físico, emocional, ético o moral, el cual puede ser causado por una situación de discriminación, injusticia, desprecio o cualquier otro contexto que afecte la identidad de las personas.

La palabra vulnerabilidad está muy ligada a otro término, el de curar, cuyo significado proviene del verbo latino *curo* que significa cuidar, preocuparse, y el sustantivo *cura*, que significa cuidado, atención, solicitud y tratamiento, por lo que curar y cuidar son dos términos que se encuentran relacionados y, a su vez, constituyen labores que se realizan ante la vulnerabilidad humana (Mendoza, 2019:114).

Además, la vulnerabilidad tiene relación directa con los derechos humanos y con el derecho a la salud, ya que hay personas de la población que son más vulnerables que otras, debido a su posibilidad de acceso a la asistencia sanitaria; es decir, en una importante proporción de la población del país hay una evidente pobreza y exclusión social; a esto se le puede señalar como espacios de vulnerabilidad tal como lo señala Mendoza (2019: 120). Sin embargo, también esto representa los espacios de exclusión y el no cumplimiento de los derechos humanos de las personas.

De esta manera, las personas que por diversos motivos experimentan discriminación y, por ende, ven limitado o cancelado el ejercicio de sus derechos de forma plena, se encuentran en una situación de vulneración. Cabe señalar que, a lo largo de los años y a la luz del derecho a la no discriminación, se ha modificado el enfoque sobre este tema: hoy se afirma que no hay grupos vulnerables, es decir, que no hay personas o colectivos que irremediablemente estén destinados a la exclusión; más bien, adoptamos un punto de vista según el cual la vulneración resulta de la interacción entre una persona y el entorno que estigmatiza sus características, y así, afirmamos que la discriminación no es merecida, natural ni permanente para algunos y algunas (Espinosa, 2013).

Como lo señala Beltrão, Monteiro, De Brito Gómez, Paredes, y Zúñiga (2014), en materia de protección de los derechos humanos, las nociones de igualdad y de vulnerabilidad van particularmente unidas, ya que aplican a personas en situación de vulnerabilidad, quienes tienen disminuidas, por distintas razones, sus capacidades para hacer frente a las lesiones de sus derechos fundamentales, esa disminución de capacidades va asociada a una condición determinada que identifica a la persona como integrante de un determinado colectivo que, como regla general, está en condiciones de clara desigualdad con respecto al colectivo mayoritario.

Trasladando esta perspectiva al tema de la salud y a la vulneración que ciertos padecimientos puedan generar en las personas, particularmente aquellos que enfrentan diagnósticos de enfermedad terminal o padecimientos que les generen sufrimiento psíquico o físico intolerable, estos se pueden ver agravados por no contar con una adecuada atención que cubra todas las necesidades que un paciente enfrente en la etapa final de su vida, como bien lo señala Mendoza (2019:120) aquel que se encuentra vulnerable requiere de un tratamiento adecuado y específico, por lo que se deben detectar y prevenir esos espacios de vulnerabilidad, para brindar la atención que requieren estas personas. A esto se agregaría como ya se mencionó, aquellas situaciones en las que las políticas de salud no cubran las expectativas de los pacientes que apelen a un procedimiento de muerte médicamente asistida.

1.2.2. Contextos socioculturales y políticos que han obstaculizado la legalización de la muerte médicamente asistida

En este punto es sustancial reflexionar que hay diversos aspectos, tanto culturales como políticos, que han influido para que en México no haya avances en la legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida.

Al abordar los aspectos socioculturales, en primera instancia y como lo refiere Álvarez del Río (2017), México a pesar de ser un país con tradiciones y expresiones culturales que hacen referencia a la muerte, en realidad prevalece un sentimiento compartido de negación a la muerte, exceptuando la cultura indígena, que la admite y se prepara para enfrentar la finitud como parte de la vida; el resto de la sociedad mexicana evita abordar este tema.

Álvarez del Río y Kraus (2014) señalan que hay muchas personas, incluyendo algunas dentro del personal médico, que consideran que ayudar a otra persona a morir va en contra de la propia medicina, ya que ésta debe ir encaminada a curar y prolongar la vida de los pacientes, considerando que esa es la base de la confianza en la relación médico-paciente.

Por otra parte, y como ya se ha mencionado, en México no suele hablarse y reflexionarse acerca de la muerte. Decrescenzo (2009:13) argumenta que hablar o pensar en el tema de la muerte es tabú, algo que ni los propios médicos o personal de salud mencionan abiertamente, ya que, según este autor, ello infunde temor de enfrentarse con el propio final, con algo inevitable y desconocido; lo anterior ha contribuido a construir una sociedad que niega su evidencia.

El animal conoce la muerte sólo cuando muere; en cambio el hombre se aproxima usualmente a su muerte con plena conciencia de ella en cada hora de su vida. La forma en que la humanidad se ha enfrentado a la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre llena de ambigüedad entre lo inevitable de la muerte y su rechazo (Decrescenzo, 2009: 14).

Igualmente, las aspiraciones políticas de la medicina, como lo señala Decrescenzo (2009: 14), se centran en dar prioridad a la destreza técnica, a ver el cuerpo como una máquina; al diagnosticarse alguna enfermedad de gravedad, el médico se centra en luchar contra ella; sin embargo, cuando ya no hay posibilidades de cura, es necesario que el médico regrese a centrar su atención no a la enfermedad, sino al paciente que la vive, lo que implica que el médico recuerde que atiende personas enfermas, no enfermedades.

Más aun, en la actualidad el juramento hipocrático, en el que se encuentran plasmados principios éticos que guían el actuar del médico en el ejercicio de su profesión, ha ido con el paso del tiempo actualizándose, ya que en su texto original prohibía expresamente la realización del procedimiento de la eutanasia, así como el aborto, sin embargo, en la última versión actualizada en el año 2017 solo refiere que se debe velar por el máximo respeto a la vida humana y agrega el respeto a la autonomía y a la dignidad del paciente, así como el respeto a los derechos humanos y las libertades ciudadanas (Sánchez, Salvatierra y Type-Rondan, 2018).

Por otra parte, también predominan los aspectos ligados a la religión, en la que la vida es considerada como un valor supremo, en la que Dios otorga la vida y él la quita (Álvarez del Río y Kraus, 2014). Resulta importante precisar que en México predomina la religión católica⁶, arraigada en una filosofía de tradición cristiana; constituye una corriente que considera que el ser humano proviene de un ser divino, el cual le otorgó la vida, vida que en su forma material tiene un final, no así su forma espiritual. En esta corriente filosófica la vida es materia y es espíritu; ambos se funden en una sola sustancia; en la cosmovisión cristiana, la vida humana trasciende la propia muerte, existe la vida eterna y ésta es condicionada por las decisiones éticas que las personas tomaron en su vida material (Martínez, 2009).

En este contexto, desde una perspectiva cristiana, el dolor y sufrimiento no quita o disminuye la dignidad humana, ya que la fe de la persona le permite identificarse con la figura de Jesucristo y con su sufrimiento; desde esta visión, el sufrimiento para la persona cristiana tiene significado al hacerse parte de la redención y, desde este contexto, no es el sufrimiento lo que resta dignidad

⁶ De acuerdo con cifras del INEGI, en el último censo de población de 2020, 77.7% de las personas en México que dicen profesar alguna religión, profesan la religión católica, sin bien hubo un decremento comparado con el censo 2010 en el que las personas que profesaban la religión católica representaban el 89.3%, sigue siendo una mayoría en el país: <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>. Consultado el 11 de junio de 2023.

humana, sino la desesperanza ante el mismo, razón por la cual el cristianismo católico rechaza la eutanasia y el suicidio asistido, ya que la muerte propiciada a un paciente es vista no sólo como la privación de una vida que es otorgada por Dios, “sino como un rechazo a la acción salvadora de Jesucristo, que llama a una vida eterna a quienes aceptan con sus actos su redención, así vista, la compasión de la eutanasia es una falsa salida que sólo condena al paciente a la desesperanza” (Martínez, 2009: 10).

Estas posturas, arraigadas en aspectos culturales y que involucran la manera de actuar de los principales actores en este tema, han obstaculizado que se dé un debate abierto sobre la aplicación de procedimientos de muerte médicamente asistida a pacientes que lo llegasen a solicitar.

Un aspecto social que ha influido para frenar el avance de la incorporación de los procedimientos de muerte médicamente asistida en el país es el temor a los abusos, hecho que se ha relacionado con el concepto de “pendiente resbaladiza”, en el que se hace alusión al riesgo que existe al permitir que se apliquen los procedimientos de muerte médicamente asistida en pacientes que no lo soliciten, pero que terceras personas consideren que deben poner fin a su vida (Álvarez del Río y Kraus, 2014).

Tal como lo señala Ortega (2003: 7), en el debate bioético hay argumentos que advierten de las consecuencias que pudieran derivarse en el caso de que se den modificaciones legislativas a favor de los procedimientos de muerte médicamente asistida, por eso se habla que el efecto de la pendiente resbaladiza es “una invitación a la prudencia frente a los resultados futuros y desconocidos que se pueden derivar de un cambio”. En tal afirmación hace referencia a ese temor de consecuencias negativas que pudiera traer la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

Para Ortega (2003), legalizar la eutanasia para casos límites, en el que el paciente en situación terminal que presenta dolor intolerable manifieste su voluntad de poner fin a su vida, daría pie a que más adelante se presente una “pendiente resbaladiza” en donde estas condiciones se dejen de exigir y se comience a cambiar la legislación aplicando la eutanasia con menos restricciones, aplicando procedimientos de muerte médicamente asistida a pacientes que no enfrentan una situación terminal, o el riesgo de aplicarse a personas con una situación mental no apta para decidir, hasta llegar a un nivel en que debido a que el dolor insoportable sea un punto subjetivo (porque sólo el paciente puede sentir el dolor y ningún doctor o ningún criterio externo puede saber hasta qué punto llega el dolor a ser insoportable), no se sabría si la petición de la eutanasia es por dolor físico, por un sufrimiento psicológico, o por otros motivos aparte del dolor, tales como el papel de la persona en la sociedad, escasa calidad de vida, soledad o carga económica, hasta aplicar la eutanasia sin el consentimiento del paciente.

Respecto a factores de índole políticos, De la Rosa (2004) cita una reflexión de Meny y Thoenig, quienes se cuestionan si las políticas (entendidas como los propósitos y programas de las autoridades públicas⁷) se determinan por la política (entendida como la actividad de organización y lucha por el control del poder⁸) o viceversa. El autor destaca que se tienen diferentes perspectivas al respecto; una de ellas es sobre que las políticas son las decisiones de

⁷ Definición retomada de Roth, A. (2006:25)

⁸ Definición retomada de Roth, A. (2006:26)

un autor central (el Estado); otra teoría refiere que el Estado está al servicio de grupos particulares, representando los intereses del capital, y hay quienes proponen la interacción de diversos actores que se involucran en asuntos públicos.

Respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida, es un tema que políticamente no se ha logrado impulsar; retomando la reflexión de Meny y Thoening, pareciera que en este tema la política incide sobre las políticas y que las decisiones que se han tomado respecto a este tema responden al interés de ciertos grupos. Ejemplo de ello es el caso de Nuevo León que en 2019 y con el apoyo de un congreso que se caracterizó por propuestas conservadoras, modificó el artículo 1° de su constitución local al considerar lo siguiente:

Artículo 1. (...) El Estado reconoce, protege y tutela, el derecho a la vida que todo ser humano tiene. Desde el momento de la concepción entra bajo la protección de la Ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, sin perjuicio de las excluyentes de responsabilidad previstas en el Código Penal.

Esta modificación al artículo 1° de la constitución hace referencia el derecho a la vida hasta su muerte natural, con lo cual tiene repercusiones para obstaculizar cualquier iniciativa legislativa que aborde una regulación de los procedimientos de muerte médicamente asistida.

Cabe destacar que, en la legislación penal mexicana, sólo se consideran supuestos que, de facto, hacen referencia al procedimiento de la eutanasia, y hay ambigüedad en la forma en la que se hace referencia al auxilio al suicidio. En algunos códigos penales se refieren a ayuda, otros a inducción e incitación, sin hacer distinción entre estos conceptos (Mendoza, 2017). En este sentido, como lo señala el autor, el marco jurídico mexicano es ambiguo, contradictorio y variado en temas relacionados con el final de la vida, en el que cada una de las entidades de la República tiene facultades para legislar en materia civil y penal.

En el año 2014, el Partido de la Revolución Democrática (PRD) presentó una iniciativa de Ley para despenalizar la eutanasia; como resultado hubo grupos de la sociedad que manifestaron su rechazo; uno de ellos fue la Iglesia Católica, aun y cuando en sondeos a la opinión pública se obtuvo que las personas pensaban que la eutanasia era una opción válida en ciertas situaciones. A partir de esta propuesta, la Secretaría de Salud pidió a la Comisión Nacional de Bioética realizar una serie de foros en los que se reflexionara acerca de la eutanasia, así como sobre en el tema de la muerte y el morir (Álvarez del Río y Kraus, 2014), sin embargo, hasta la fecha no se tiene registro de los avances en esta materia.

Cabe señalar que en septiembre de 2022 la diputada Irma Juan Carlos del partido político de Morena presentó una iniciativa para adicionar al artículo cuarto de la carta Magna el derecho a la vida y la muerte digna, permitiendo con ello la eutanasia, sustenta en dicha iniciativa que, aunque todas las enfermedades producen dolor y angustia, hay algunas como las enfermedades terminales que son exponenciales de dichas situaciones para el paciente, reconoce que tres son los factores que han impendido el avance del tema, tal como el temor a la muerte y por ende el temor a abordar este tema, la creencia de que reconocer el derecho a tener una muerte digna es promover la eutanasia y otra causa es el tema de la religión y la fuerte influencia que sigue teniendo en el sistema jurídico mexicano (Cámara de Diputados LXV Legislatura, 2022).

Por otra parte, Álvarez del Río (2017: 30) argumenta que México transita en dos extremos en materia de salud: por un lado y como ya se abordó, existe una deficiente atención en los servicios de salud, tema que no ha podido ser resuelto y, por otro lado, un excesivo tratamiento al final

de la vida de muchos pacientes, que sólo trae como consecuencia un excesivo sufrimiento que se pudiera evitar si no se buscara obstinadamente postergar la muerte.

Señala, además, que el otorgamiento de tratamientos innecesarios pudiera derivarse del temor del personal médico de ser acusados penalmente si llegase a fallecer algún paciente al que se le pudo prolongar la vida, aunque también predomina la convicción de que el deber de un médico es luchar contra la muerte (Álvarez del Río, 2017).

Hurtado (2008: 162) afirma que, en México, la práctica de la eutanasia se ha venido realizando en la clandestinidad, este autor refiere que, aunque “no se han hecho exploraciones de esa naturaleza ni es probable que quienes practican la eutanasia se atrevieran a confesarlo, se da por cierto que por lo menos en las instituciones de beneficencia o medicina social es práctica común”.

Respecto al suicidio médicamente asistido, Mendoza (2017: 75) indica que el tipo penal que sanciona el auxilio al suicidio fue incluido en los códigos penales a principios del siglo pasado, cuando ni en el país ni en el mundo entero se vislumbraban los grandes cambios que las biotecnologías aportarían; es por ello que, se hace necesaria una revisión legislativa acorde a la realidad actual del país.

Con el objetivo de clarificar estos aspectos señalados con antelación a continuación se presenta una tabla en donde se ejemplifican los contextos socioculturales y políticos que giran en torno al tema.

Tabla 9. Contextos socioculturales y políticos que obstaculizan la legalización de la muerte médicamente asistida.

Aspectos socioculturales	Aspectos políticos
La convicción de que el deber de un médico es luchar contra la muerte.	La palabra eutanasia es tabú en la legislación penal mexicana.
Negación de abordar el tema de la muerte.	Legalización antigua no acorde a los avances biotecnológicos.
Motivos religiosos, particularmente de la corriente cristiana-católica: La vida humana se considera un valor supremo.	Deficiente atención en los servicios de salud que no se han resuelto y, por otro lado, un excesivo tratamiento al final de la vida de muchos pacientes que obstaculiza el llevar a una agenda pública el tema.
Temor a abusos (pendiente resbaladiza).	Tema que, si bien ha sido impulsado en la agenda legislativa, no se ha tenido resultados a favor de su legalización.

Fuente: Elaboración propia.

Cabe agregar que el 7 de mayo de 2019, la autora de esta investigación con el objetivo de tener la percepción de algún congresista en el tema, solicitó una entrevista con la entonces Diputada Claudia Tapia Castelo, quien representaba en ese periodo al partido de Morena en el Congreso del estado de Nuevo León, quien señaló lo siguiente en torno a este tema:

Nuestra postura como grupo legislativo de Morena es una agenda legislativa basada en una visión de respeto a los derechos humanos, alineada a ese consenso universal, para aterrizar criterios internacionales para la solución de los temas locales. A nivel nacional, el Presidente Andrés Manuel López Obrador impulsa una agenda en el que aborda el tema de la muerte médicamente asistida. Así como se impulsan políticas públicas del buen vivir, es necesario el impulso al buen morir, que sea abordada desde un punto de vista de científico de salud pública, sobre la decisión sobre su cuerpo, con una visión laica en las modificaciones al marco normativo y la aplicación de políticas públicas (Tapia, C. Entrevista realizada el 7 de mayo de 2019).

Retomando la reflexión de la congresista citada, es importante que las discusiones que se generen en torno a estos temas se trasladen para visualizarlos, más que como dilema moral como una discusión científica y multidisciplinaria, enmarcada por el respeto a los derechos humanos y por la vigencia de un Estado laico. México enfrenta importantes retos en materia de salud, por lo que es necesario que el derecho a una muerte digna y el acceso a los procedimientos que el paciente considere lo mejor para sí mismo, sean una realidad y no un tema de discusiones ideológicas o religiosas. Es por ello que, la presente investigación abona a esta pertinente discusión científica.

1.3. Preguntas y objetivos de la investigación

1.3.1. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la percepción y las actitudes que el personal de salud (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) de clínicas y hospitales en Nuevo León tienen acerca de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como medios para lograr una muerte digna?
- ¿Existe una relación estadística entre la profesión que ejerce el personal de salud y su actitud y percepción acerca de los diversos medios que ayuden a las personas a tener una muerte digna?
- ¿El apego a las creencias religiosas o ideológicas constituyen un factor predominante en la percepción y actitud del personal de salud sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida?
- ¿Cuál sería la postura del personal de salud ante una propuesta de legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida en México?
- ¿El personal de salud identifica a los procedimientos de muerte médicamente asistida como parte del concepto de morir con dignidad?

1.3.2. Objetivo general

Analizar la percepción y las actitudes del personal de salud de instituciones clínicas y hospitalarias del estado de Nuevo León de las áreas médicas, de enfermería y de trabajo social sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida y su relación con el derecho a morir con dignidad.

1.3.3. Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento y actitudes que el personal de salud tiene respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos que se relacionan con la muerte digna tales como cuidados paliativos, voluntades anticipadas, obstinación terapéutica y objeción por conciencia.

- Analizar la relación estadística que existe entre la profesión específica que ejerce el personal de salud y su percepción y actitudes acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida.
- Analizar si el apego a las creencias religiosas o ideológicas constituyen un factor predominante en la percepción del personal de salud sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida.
- Indagar la percepción del personal de salud sobre la legalización de procedimientos de muerte médicamente asistida en México.
- Indagar si el concepto de morir con dignidad el personal de salud lo asocia a los procedimientos de muerte médicamente asistida.

1.4. Hipótesis

- Hay una relación estadística entre la profesión específica que ejerce el personal de salud y su percepción y actitudes acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna.
- El apego a las creencias religiosas o ideológicas constituyen un factor predominante en la percepción del personal de salud sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida.
- La percepción del personal de salud sobre la legalización de procedimientos de muerte médicamente asistida en México es favorable.
- De acuerdo a la percepción del personal de salud, el concepto de morir con dignidad se asocia a los procedimientos de muerte médicamente asistida.

1.5. Justificación de la investigación

A saber de la reciente incorporación de la perspectiva de derechos humanos en el diseño, gestión, implementación y evaluación de las políticas públicas en la que el cumplimiento del derecho a la salud se evalúa a la luz de las obligaciones estatales de respetar, proteger, garantizar y promover el acceso a un sistema de protección a la salud que brinde a las personas igualdad en el goce del más alto nivel posible de salud (CONEVAL, 2018), por lo que es necesario que las políticas de salud enfocadas a los pacientes que enfrentan situaciones al final de su vida sean valoradas bajo una perspectiva que respete los derechos humanos de estos pacientes, así como los principios de bioética que permiten centrar la reflexión sobre los fundamentos de la vida, en el cual se involucra la perspectiva biológica, humanística y social, y cuyo estudio amerita una perspectiva multidisciplinaria (Mendoza y Ramírez, 2021).

La libre elección ante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es un tema personal, no una cuestión que se debe someter a votación popular, ya que es un tema sobre la que cada individuo debe decidir en función de su escala de valores; mientras no se dañe a otras personas, el derecho a la libertad y el principio de autonomía deberían considerarse valores inviolables (Rivero, 2018).

Adicionalmente, el tema de la muerte médicamente asistida tiene relación directa sobre la calidad de vida de las personas. Es importante, por lo tanto, poner en la agenda pública la necesidad de que las personas puedan decidir si desean o no prolongar su vida cuando ésta implique sufrimiento, dolor innecesario, desgaste físico y emocional, tanto de ella misma, como en su entorno familiar. Se hace oportuno hablar de las opciones que las personas puedan tener al final de la vida, de poder decidir tener una muerte digna y que esto implique que el Estado

mexicano salvaguarde los derechos estipulados en la Constitución y en los tratados internacionales de los cuales es parte.

En este sentido, cobra preponderancia conocer cuál es la percepción que tiene el personal de salud; al ser actores estatales que tienen la obligación de conducirse bajo principios de bioética y de respeto a los derechos humanos, es pertinente estudiar las actitudes que tienen respecto a estos procedimientos de muerte médicamente asistida, ya que ante una regulación de los mismos, ellos estarían a cargo de hacer realidad este derecho para pacientes que así lo requieran y voluntariamente lo soliciten. Por lo tanto, es importante que la percepción y actitudes como objeto de esta investigación sean analizadas a la luz del personal de salud como sujeto de esta investigación, la pertinencia de conocer acerca de su percepción y actitud ante los procedimientos de muerte médicamente asistida permitirá estar en posibilidades de delinear propuestas que permitan actuaciones caracterizadas por un respeto a los derechos humanos de estos pacientes, si hay una mayor comprensión de los principios de bioética en el cual se involucre una perspectiva biológica, humanística y social, el impacto que se tendrá en las políticas de salud será progresista y encaminada en el bienestar de los pacientes.

Se espera que los resultados de este estudio aporten una mayor comprensión sobre el tema del final de la vida y que ésta pueda contribuir a colocar en la agenda pública el respeto, protección y garantía del derecho de todas las personas a morir con dignidad.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se muestran aspectos teóricos y conceptuales en torno a los procedimientos de muerte médicamente asistida y su relación con el derecho a morir con dignidad. Para esto se hace un análisis desde la perspectiva de la bioética y de los derechos humanos, ya que son temas que conllevan dilemas éticos, jurídicos y sociales que son posibles explicar si se visualizan desde ambas perspectivas.

Para comenzar, se explica desde la perspectiva bioética los procedimientos de muerte médicamente asistida, comenzando por dar un panorama general sobre lo que es la bioética y sus campos de aplicación, incluyendo su relación con el trabajo social, analizando conceptos como la calidad de vida y vida con valor y los dilemas bioéticos en torno a la buena muerte.

Posteriormente, se realiza un análisis desde la perspectiva bioética de los procedimientos de muerte médicamente asistida: eutanasia y suicidio médicamente asistido, así como de otros abordajes que se involucran en la etapa final de la vida cuando se presentan enfermedades o situaciones que colocan a las personas en situación de vulnerabilidad y que tienen relación con el derecho a morir con dignidad, tales como cuidados paliativos, voluntades anticipadas, obstinación terapéutica y la objeción por conciencia.

Después, se presenta un análisis del tema desde la perspectiva de derechos humanos, en el que se analizan los principales derechos involucrados en la realización de procedimientos de muerte médicamente asistida tales como el derecho a la vida, a la dignidad humana, a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, así como el principio de autonomía.

Para finalizar, este apartado se describen los avances que los procedimientos de muerte médicamente asistida han tenido en el ámbito internacional, analizando cómo se ha dado su regulación en diversos países de Europa y de América, concluyendo sobre una reflexión de los elementos que pudiera retomar México respecto a estas experiencias.

2.1. Perspectiva bioética en los procedimientos denominados muerte médicamente asistida

A continuación, se abordan los orígenes de la bioética y su desarrollo en distintas áreas, entre ellas el área de la salud, también se analiza la relación entre la bioética y el trabajo social, sobre todo del trabajo social que se desarrolla desde el contexto de la salud. Asimismo, se abordan algunos conceptos como la calidad de vida, la vida como valor y la buena muerte, mismos que enfrentan diversos dilemas éticos cuando se abordan desde los procedimientos de muerte médicamente asistida.

2.1.1. Bioética sus orígenes y campos de aplicación

Para comenzar a hablar de bioética es importante analizar el concepto de ética y de moral; Juanquera de Estéfani refiere que se habla de ética y moral como si fueran sinónimos y, remitiéndose al origen del concepto de cada palabra, el autor señala que ética proviene del griego *ethos* y que alude a dos ideas: hábito y carácter, y la palabra moral proviene del latín *mos* que es una traducción del *ethos* griego; por lo anterior, etimológicamente se podría concluir que ética y moral son sinónimos que se refieren al modo de actuar de las personas; sin embargo, esta

aproximación a los conceptos no es suficiente ni del todo precisa (Juanquera de Estefaní, 2013: 22).

Por lo anterior, moral y ética son palabras con dos niveles distintos, la moral está constituida por los códigos y juicios que intentan regular las conductas concretas de las personas y se realiza a través de dictar normas de comportamiento, el cual suele regularse con el cuestionamiento ¿qué debo hacer? a través de esto se busca que las personas tengan una vida feliz, buena y humana y esto lo logran ajustando su conducta a las normas establecidas; de esta manera, la moral está ligada directamente a las costumbres y a los hábitos que se van implementando en una sociedad (Juanquera de Estefaní, 2013: 24).

En este sentido, la moral es un saber práctico que pertenece tal como lo señala el autor al “mundo de la vida” y de esta manera, constituye un conjunto de: “códigos, costumbres, máximas, consejos, advertencias, prohibiciones y exhortaciones tácitas o expresas que se dan en una sociedad” (Juanquera de Estefaní, 2013: 25), por lo que no existe una sola moral, dado que las distintas culturas, religiones, sociedades tienen sus propios códigos morales aceptados por una sociedad determinada (Juanquera de Estefaní, 2013: 27).

Como lo señalan Mendoza y Ramírez (2021), la palabra moral representa las costumbres sociales que son elevadas al rango de norma, ya que la moral es el resultado de cómo las costumbres y los hábitos, al ser socialmente aceptados, adquieren ese rango de norma, misma que tiene un carácter dogmático que termina por ser una regla general para una sociedad determinada. A su vez esta norma, al convertirse en regla general, les brinda a las personas una sensación de protección al actuar bajo sus directrices, por lo que no se cuestiona, solo se sigue, en este orden de ideas, se puede decir que la moral brinda respuestas a las preguntas ¿qué debo hacer? ¿qué es lo bueno?, pero no cuestiona ¿por qué lo debo hacer?, ¿para qué lo debo hacer?, ¿qué fin tiene el actuar o no bajo estas normas morales?; este tipo de preguntas corresponden ya al campo de la ética (Mendoza y Ramírez, 2021).

Como lo indican Rivero y Pérez-Tamayo (2014: 14), la ética salva a las personas de la moral, y con esto se refieren a que la moral como ya se mencionó, son costumbres o normas dadas por otros y que las personas van asumiendo sin un proceso de reflexión; en este sentido, la ética lleva a las personas a pensar por ellas mismas y seguir sus propias normas.

Por otra parte, los autores citan a Aristóteles, Platón y Heidegger, quienes refieren que la ética tiene dos significados, “1) puede ser el estudio racional de los fenómenos morales, 2) puede ser la calificación que reciba un acto humano cuando es fruto de la deliberación previa y de la elección” (Rivero y Pérez-Tamayo, 2014: 16).

Juanquera de Estefaní (2013: 25) sostiene que la ética tiene un nivel superior a la moral, que inclusive ha sido catalogada como “la moral pensada”; eso implica que, alejándose del campo de la praxis, es decir, el mundo de la práctica que involucra a la moral, la ética se sitúa en el campo de la filosofía, ya que supone una reflexión filosófica sobre la moral; en otras palabras, supera a la reflexión del “qué debo hacer” para buscar dar razones a las prescripciones morales.

Hay un consenso en la mayoría de los autores que sitúan el nacimiento de la ética en la filosofía griega, cuando ésta se ocupaba de la reflexión sobre el comportamiento humano; asimismo, se distingue como una rama de la filosofía que estudia la moral; es decir, el fenómeno de la moralidad, vinculado a la vida de los seres humanos, es su objeto de estudio. La ética se ocupa de aspectos como la felicidad, el bien, las virtudes, la razón, como instrumentos de la moralidad, de los valores, la libertad. Lo anterior es analizado a la luz de cómo afectan al ser humano. Cabe destacar que no existe, al igual que la moral, una sola ética, ya que hay diferentes maneras de argumentar y fundamentar las cuestiones del orden moral (Juanquera de Estefaní, 2013).

En el mismo orden de ideas, cuando se habla de ética se está haciendo alusión a un proceso racional en el que se busca fundamentar valores, normas o costumbres que se desprenden de la moral, haciendo una reflexión humana que no se rige por reglas morales, la ética reflexiona y analiza por qué lo correcto es aceptable o lo incorrecto inaceptable (Mendoza y Ramírez, 2021).

Por otra parte, la bioética, palabra que está compuesta de los términos *bio* vida y *ethos*, ética (Juanquera de Estefaní, 2013), es una disciplina que se deriva de la ética y esto no implica que sustituya a ésta, ya que la ética existe y seguirá existiendo, como lo refieren Rivero y Pérez-Tamayo (2014: 15), mientras exista un ser que se plantee preguntas acerca del bien y el mal.

Asimismo, Mendoza, Santillán, Chirino, Soto y González (2011: 21) refieren que la ética proviene del griego *ethos* que significa estancia o lugar donde se habita y remiten a Aristóteles que lo define como manera de ser o carácter, entonces se pudiera definir a la bioética como ética de la vida. De esta manera, la bioética tiene su propia delimitación; su estudio no tiene que ver solo con aspectos del bien o el mal, sino que se enfoca a reflexionar la forma en cómo los avances científicos y tecnológicos van cambiando el pensar y el actuar de las personas ante sucesos como la vida y la muerte (Rivero y Pérez-Tamayo, 2014).

Salles (2015) coincide con lo anterior, al señalar que la bioética es una ética aplicada, y esto significa que los problemas que aborda surgen de un contexto social y no de un ideal sobre el comportamiento humano, de esta manera, la bioética ayuda a tomar decisiones cuando se abordan temas o situaciones relacionadas con la vida, incluida la muerte, entre otras cuestiones.

En este tenor, Juanquera de Estefaní (2013) refiere que la bioética surge para responder a los nuevos retos que desde las ciencias biosanitarias se plantean respecto al ser humano; lo anterior derivado del desarrollo de la biotecnología, la genética, las ciencias de la vida y de la sanidad que surgen durante el siglo XX; la bioética une dos áreas que hasta ese entonces se encontraban separadas: la ciencia y las humanidades.

Es importante señalar que el surgimiento de la bioética tiene sus orígenes a principios de los años setenta, y durante todo este tiempo ha tenido cambios en su significado, los cuales sean visto reflejados de acuerdo a la disciplina desde la cual se aborda, ya que tanto la biología, la ecología, la medicina, las ciencias del mar, la filosofía, la sociología, las ciencias políticas, el derecho y la antropología consideran a la bioética como una de sus legítimos objetos de estudio (Rivero y Pérez-Tamayo, 2014).

Ahora bien, el estudio de la bioética tiene como precursor al bioquímico estadounidense Van Renselaer Potter, quien en el año 1971 publicó el libro *Bioethics: Bridge to the future*, en el que argumentó que el conocimiento científico y su aplicación habían avanzado más rápido que la sabiduría necesaria para garantizar la supervivencia del planeta y de los seres humanos, y aludió a la necesidad de unir a la ciencia y a la ética para dar surgimiento a la bioética, este científico definió a la bioética como la ética basada en el conocimiento biológico y dirigido a la supervivencia (Rivero y Pérez-Tamayo, 2014: 23).

Potter visualizaba una estrecha relación entre el mundo de las ciencias de la vida, los hechos y los valores éticos, además señalaba que estas tienen que ver con la vida humana, por lo que englobaba el entorno ecológico y ambiental (mundo animal y vegetal), Potter concebía este precepto como “Bioética Global” (Mendoza, Santillán, Chirino, Soto y González, 2011: 22).

Cabe destacar que la bioética, después de su surgimiento y desarrollo en los diversos campos del conocimiento, ha sido mayormente adoptada por parte de las áreas de la salud, específicamente por el área médica; incluso llegó a confundirse con la ética médica, alejándose de la principal premisa de Potter, la cual daba importancia a “la responsabilidad del ser humano hacia los demás seres vivos”, en ese sentido, aunque las ciencias de la salud y la función del personal de salud en la atención médica debe estar regulada por una ética profesional (ética médica), es importante distinguirla de la bioética, dado que su campo de acción es más amplio (Rivero y Pérez-Tamayo, 2014: 24).

De esta manera, las principales diferencias entre ética médica y bioética son las que se exponen en la siguiente tabla, destacando que, en el caso del estudio de los procedimientos de muerte médicamente asistida, estos se ubican en el ámbito de la bioética.

Tabla 10. Diferencias entre ética médica y bioética.

Ética médica	Bioética
<p>Analiza la relación entre paciente y las relaciones con otros sujetos o individuos que intervienen en su salud.</p> <p>Su aplicación le corresponde en particular al personal de salud y los asuntos que involucran al paciente: las políticas de salud, las situaciones límite que se dan en la práctica hospitalaria, las políticas hospitalarias, las decisiones del paciente y aquellas subrogadas y todos los asuntos relacionados con quien que padece alguna enfermedad.</p>	<p>Su reflexión abarca a todos los seres vivos y ecosistemas. No solo a los humanos.</p> <p>Apela a la responsabilidad de la ciencia para garantizar la supervivencia de la humanidad, respetando al ambiente y la naturaleza.</p>

Fuente: Rivero y Pérez-Tamayo (2014).

Cabe destacar que tanto la moral (la cual aporta el deber ser), como la ética médica y la bioética tienen en común que no se reducen a ser solo teoría; ambas buscan, con su práctica, que las personas puedan llegar a ser mejores seres humanos, personas éticas (Rivero y Pérez-Tamayo, 2014).

Se considera pertinente hacer esta distinción entre la ética médica y la bioética, ya que el objeto de esta investigación se dirige a conocer la perspectiva del personal de salud sobre el concepto del derecho a morir con dignidad y es importante que se valore desde esta perspectiva, si la visión del personal se centra en una ética médica o abarca una perspectiva desde la bioética.

Por otra parte, Mendoza y Ramírez (2021) argumentan que la bioética es un nuevo campo disciplinario, cuyo principal reto es la reflexión sobre los fundamentos de la vida, para el cual involucra la perspectiva biológica, humanística y social, y cuyo estudio amerita una perspectiva multidisciplinaria. Asimismo, refieren que cuando se habla de bioética, se alude a una interacción multidisciplinaria; no se centra a una discusión de la biología y la ética, ya que se requiere que intervengan múltiples áreas o disciplinas, siendo una de ellas la medicina, la filosofía, la ética misma, la teología, la economía, el derecho, la sociología y el trabajo social.

Si bien, tal y como lo reflexionan Mendoza y Ramírez (2021) la bioética es campo de acción de múltiples disciplinas, en los últimos años, desde su surgimiento y evolución, ha sido retomada mayormente por el área de la salud, siendo el área médica en la que se ha tenido mayor desarrollo y aplicabilidad, involucrando con ello las situaciones que corresponden al inicio y al final de la vida.

Al respecto, en el año 1979, Tom L. Beauchamp y James F. Childress, en su libro Principios de ética biomédica, propusieron los siguientes cuatro principios de la bioética que en la actualidad siguen teniendo vigencia, siendo reconocidos como principios universales de la bioética (Siurana, 2010):

- a) Respeto a la autonomía: Este principio implica, por un lado, *la libertad*, entendida como la independencia de influencias que busquen ejercer control, e implica, por otro lado, *la agencia*, que es la capacidad de acción de forma intencional que ejercen las personas. Para los autores, una persona ejerce su autonomía cuando actúa intencionadamente, con comprensión y sin influencias controladoras que determinen su actuación. De esta manera, el principio de autonomía se respeta cuando es reconocido el derecho de las personas de tener diferentes puntos de vista, hacer elecciones y actuar con base en sus creencias y valores personales. Beauchamp y Childress ofrecen los siguientes lineamientos para brindar un trato autónomo a las personas: decir la verdad, respetar la privacidad de otros, proteger la confidencialidad de la información, obtener consentimiento para las intervenciones de los pacientes, y cuando se solicite, ayudar a otras personas a que tomen decisiones importantes (Siurana, 2010).
- b) No-maleficencia: Implica no causar daño a otros de manera intencional; parte de la máxima clásica *primum non nocere* (lo primero no dañar). En este sentido, no dañar implica en una connotación amplia el no lesionar los intereses de otras personas tales

como su reputación, propiedad, privacidad o libertad, y en un sentido acotado a no dañar los intereses físicos y psicológicos, como lo son la salud y la vida (Siurana, 2010).

- c) Beneficencia: Consiste en prevenir o eliminar el daño, así como hacer el bien a otros, implica acción, es decir, para hacer el bien se debe actuar. Involucra aquellos actos que requieren una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Algunos lineamientos del principio de beneficencia son: proteger y defender los derechos de otras personas, prevenir el daño que se pueda ocasionar a otros, ayudar a las personas que tengan alguna discapacidad, incluye el rescatar a personas que se encuentran en peligro; enfatizan que cuando la beneficencia es practicada sin tomar en cuenta la opinión del paciente, se estaría incurriendo en acciones paternalistas (Siurana, 2010).
- d) Justicia: Respecto a este principio se reflexiona como los altos costos que ha tenido el acceso al cuidado de la salud y las desigualdades en el ejercicio de este derecho humano, han propiciado que se desarrolle un debate respecto a la justicia social. Beauchamp y Childress en Siurana (2010) refieren que la justicia es dar un tratamiento equitativo y apropiado a las personas, de lo contrario se estarían cometiendo actos de injusticia. Para lograr lo anterior, recomiendan algunos criterios de distribución, tales como: cada persona debe tener una participación igual, tomar en cuenta las necesidades individuales de las personas, así como su esfuerzo individual, contribución social y méritos.

Asimismo, en el desarrollo de la bioética cobra importancia, en su consolidación, la aprobación de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, documento firmado el 19 de octubre de 2005, en su preámbulo se anuncia que “por primera vez en la historia de la bioética, los Estados miembros se comprometían, y comprometían con ello a la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en un único texto” (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, 2005: 1).

De esta manera, la declaración incluye aspectos éticos que están relacionados tanto por la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos y toma en cuenta las dimensiones sociales jurídicas y ambientales, esta declaración, dirigida a los Estados parte, brinda una orientación para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas públicas y privadas en temas de bioética (UNESCO, 2005).

En el artículo 1º de esta declaración se especificaron las cuestiones éticas que tiene relación con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, para las cuales se toman en cuenta tres dimensiones, la social, la jurídica y la ambiental, además en dicho marco normativo se concentran 15 principios de la bioética y con esto se amplían los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress (UNESCO, 2005), dentro de los cuales se incluyen los siguientes:

1. Dignidad humana y derechos humanos: Hace referencia al respeto de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, da preponderancia al bienestar de las personas, sobre el interés de la ciencia o la sociedad.

2. Beneficios y efectos nocivos: En la aplicación y fomento del conocimiento científico, así como la práctica médica, se debe priorizar los beneficios para los pacientes, reduciendo cualquier efecto nocivo.
3. Autonomía y responsabilidad individual: Las personas, asumiendo su responsabilidad, tiene la facultad de tomar decisiones. Incluye el tomar medidas especiales para personas que carecen de capacidad para ejercer su autonomía.
4. Consentimiento: Se aplica en cualquier intervención médica ya sea de prevención, de diagnóstico o terapéutica, así como para fines de investigación, en el que la persona con suficiente información podrá dar su consentimiento libre e informado, el cual podrá ser revocado en cualquier momento.
5. Protección especial a las personas carentes: Estas personas requieren una protección especial que deberá tomar en cuenta los intereses de la persona y de acuerdo a lo que marque la legislación nacional.
6. Respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal: Esto implica tomar en cuenta a los grupos en situación de vulnerabilidad brindándoles protección especial y respetando su integridad personal.
7. Privacidad y confidencialidad: No utilizar información de las personas para fines distintos de los que se determinan en su consentimiento, se deberá apegar al derecho internacional de los derechos humanos.
8. Igualdad, justicia y equidad: Respeto a la igualdad que tienen todos los seres humanos en dignidad y derechos, propiciando un trato con justicia y equidad.
9. No discriminación y no estigmatización: Respeto a la dignidad humana y a todos los derechos humanos sin discriminación.
10. Respeto a la diversidad cultural y al pluralismo: Principio de gran importancia ya que con esto se busca respetar la dignidad humana respetando la diversidad cultural y no limitar el alcance de la Declaración.
11. Solidaridad y cooperación: Implica la solidaridad entre las personas y cooperación entre los pueblos.
12. Responsabilidad social y salud: Compromiso de los Estados en el desarrollo social y la salud, apelando al goce máximo de salud sin distinción de cualquier tipo, como derecho humano fundamental, el cual el progreso de la ciencia debe fomentar. Incluye el derecho a la alimentación, al agua, mejora en las condiciones de vida y del medio ambiente, reducción de pobreza, analfabetismo y erradicación de la marginación y exclusión.
13. Aprovechamiento compartido de los beneficios: Beneficios derivados de las investigaciones científicas deben compartirse en sociedad, apoyando en todo momento a los países en desarrollo

14. Protección de las generaciones futuras: “Se deberían tener debidamente en cuenta las repercusiones de las ciencias de la vida en las generaciones futuras, en particular en su constitución genética”.
15. Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad: Se refiere a tomar en cuenta a la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida, así como un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos.

Como se puede ver, estos principios no se centran solo en temas médicos, ya que el cuidado del medio ambiente y el uso de la tecnología quedan plasmados para orientar el quehacer de todas las personas que se desempeñan en diferentes disciplinas, con énfasis en el área de la salud, de igual modo, se puede observar que en esta declaración también se señalan artículos que orientan sobre la aplicación de dichos principios.

Asimismo, en el artículo 19 de dicha Declaración correspondiente a la aplicación de los principios, se contempla la creación de comités de ética que sean pluridisciplinarios que tengan las capacidad de evaluar problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales, tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico, así como estar evaluando los adelantos de la ciencia y la tecnología, realizando recomendaciones pertinentes; la función de dichos comités abarca también el ámbito de la educación y divulgación de la bioética (UNESCO, 2005).

Es así que, desde las Naciones Unidas (ONU a través de la UNESCO), se plantea una ética multicultural, que no se acota al área de la salud, que apela a una cooperación internacional con miras a reducir la injusticia social e invoca la existencia de condiciones de igualdad y no discriminación; una bioética que va de la mano con el respeto y protección de los derechos humanos, en particular de aquellos grupos en situación de vulnerabilidad y, como se verá en el siguiente apartado, cuyos principios coinciden con los principios del trabajo social.

En este tenor, Mendoza, Santillán, Chirino, Soto y González (2011) refieren que:

El carácter interdisciplinario se da por el hecho de que la bioética se apoya en varias disciplinas desde las médicas hasta las humanistas, económicas, filosóficas, políticas y desde luego el derecho. Adicionalmente, estas disciplinas han influenciado en las distintas corrientes bioéticas. El resultado de este ensamblaje disciplinario es una visión más amplia y complementaria de los objetos de estudio de esta ciencia (Mendoza, Santillán, Chirino, Soto y González, 2011: 22).

A partir de los conceptos analizados, y para fines de este estudio se entenderá como bioética a la disciplina que deriva de la ética y que responde de forma sistemática, plural y multidisciplinaria a los nuevos desafíos que implica el avance de la ciencia y las biotecnologías y la forma en cómo el ser humano se relaciona ante las situaciones del inicio y el fin de la vida.

2.1.2. Diálogo entre los principios de la bioética y el trabajo social

El trabajo social, profesión que surge a finales del siglo XIX se caracteriza por su intervención para atender problemáticas que aquejan a población en situación vulnerable, a través de la planificación, la investigación, la gestión y la evaluación de propuestas que tienen como característica el incorporar una visión democrática coparticipativa y responsable, encaminada a mejorar la convivencia de las personas, al desarrollo de sus potencialidades, en la búsqueda de su evolución, haciendo uso de forma racional y justa de los recursos y teniendo como principios

la justicia social, el desarrollo integral y de ahí su vínculo con la bioética (Anguiano, Hernández, Plascencia, Jiménez, 2005).

En este sentido, el trabajo social tiene como uno de sus marcos de actuación el área de la salud, por lo que comparte importantes aspectos y puntos de encuentro con la bioética. Mendoza y Ramírez (2021) indican que un área de mayor tradición en las que interviene el trabajo social es el ámbito de la salud; en donde el abordaje que el personal de trabajo social da al proceso de salud-enfermedad se caracteriza por tener una perspectiva multidisciplinaria y también integral, en el que utiliza un enfoque biopsicosocial que además pugna por un estado de salud completo e integral.

De esta manera, el profesional de trabajo social realiza un abordaje reflexivo, holístico y científico de los fenómenos sociales, en donde cobra preponderancia su reflexión ética y en casos particulares, tal como el tema que se aborda en esta investigación, desde la bioética (Mendoza y Ramírez 2021).

Por tanto, Mendoza y Ramírez (2021) indican que el trabajador social no es solo un agente moral, sino que está llamado a ser un agente ético y en situaciones que impliquen aspectos relacionados con el inicio y fin de la vida, a ser un agente bioético; lo anterior, lo reta a llevar un proceso de reflexión y de cuestionamiento sobre el *estatus quo* de la norma moral vigente, a fin de cuestionarla o modificarla en pro de alcanzar un respeto a la autodeterminación de las personas, ya que la perspectiva de la bioética implica respetar los derechos de las personas y su libertad de pensamiento y acción, siendo estos los fundamentos de ambas disciplinas, la bioética y el trabajo social.

Para dimensionar la importancia del trabajo social en temas de bioética que se abordan en el área de la salud, se indica la participación del trabajo social en los comités de bioética, incorporados en el artículo 41 bis de la Ley General de Salud, que describe lo siguiente:

Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, además de los señalados en los artículos 98 y 316 de la presente Ley, y de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución, contarán con los siguientes comités:

I. Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento....

[...Los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética. Serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho que cuenten con capacitación en bioética, siendo imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento (H. Congreso de la Unión, 2011).

Por lo anterior, el trabajo social tiene en la bioética un campo emergente de actuación, además de que tiene como base los principios en los que descansa su quehacer profesional; por ello, con la finalidad de aclarar las similitudes del trabajo social y de la bioética, se presenta la siguiente tabla.

Tabla 11. Similitudes trabajo social y bioética.

Trabajo Social	Bioética
Tiene un carácter eminentemente humanístico	Surge como una necesidad de conciliar tecnología y humanismo
Es multidisciplinario	La multidisciplinariedad es su característica predominante
Su primordial fuente de acción es con las personas	Su primordial preocupación son las personas
Pretende el desarrollo autónomo e independiente de los individuos	Una de sus principales aspiraciones es la autonomía del individuo
Es una profesión joven y en desarrollo	Es una especialidad joven y en desarrollo
Está vinculado necesariamente a los Derechos Humanos	Los Derechos Humanos son su marco de referencia
Se enfrenta a dilemas bioéticos	Es la herramienta para hacer frente a dilemas bioéticos
Trabaja con grupos en situación de vulnerabilidad	Reflexiona y le preocupan los grupos en situación de vulnerabilidad
Aspira a principios como democracia, justicia, equidad y solidaridad	Facilita la reflexión que nos permita alcanzar: democracia, justicia, equidad y solidaridad
Investiga, planifica, gestiona, evalúa y propone	Permite que estas actividades estén ajenas a prejuicios morales individuales
Esencialmente está basado en la filosofía, ética, historia, sociología, antropología, en relación con el entorno del ser humano	Esencialmente está basado en la filosofía, historia, sociología, antropología, para derivar en una ética especializada (Bioética) en relación con el ser humano y su entorno
El respeto a la voluntad de los individuos es prioritario	La voluntad del individuo es el eje central
Pretende romper paradigmas	Los paradigmas son el centro de su quehacer, los cuestiona y los pone a prueba

Fuente: Mendoza, s/f, Presentación Unidad de Aprendizaje Bioética y Trabajo Social.

De esta manera, el profesional de trabajo social, como responsable de la atención social, utiliza como herramienta a la disciplina de la bioética para intervenir con eficacia y de manera integral en la atención de la vulnerabilidad, que se compone no solo de factores fisiológicos (biológicos), económicos, culturales históricos, sino que interviene en la situación, realidad o problemática de un actor social, una persona con pasado y futuro que se encuentra en un contexto con una perspectiva del mundo y con medios y recursos para potenciar su desarrollo (Anguiano, Hernández, Plascencia y Jiménez, 2005).

Por lo anterior, se puede concluir que el trabajo social, en específico de aquellos profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud, tienen en la bioética una herramienta para tomar decisiones reflexionadas, libres de prejuicios morales, que busque los principios de justicia social, el respeto a la autonomía de las personas que les permita cuestionar aquellos aspectos

que son importantes y pugnar por su modificación, en miras de alcanzar un marco de actuación que respete los derechos de las personas que enfrentan situaciones al final de su vida.

2.1.3. Dilemas éticos en torno a la vida humana: Calidad de vida, vida como valor

Para comenzar, Pastor (2006) explica que el concepto calidad de vida tiene su nacimiento en el mundo anglosajón, el inicio de su construcción fue en el siglo XX, específicamente en la década de los cuarenta, aunque alcanzó su mayor desarrollo en los años setenta, por lo que fue en esa época en la que se da un proceso enfocado en el progreso de los pueblos, para que estos tuvieran avances y acceso a la sociedad de bienestar y de consumo, del mismo modo, cobran relevancia aspectos como las desigualdades sociales, la pobreza y el hambre, las cuales se considera que obstaculizan y son barreras para que las personas puedan tener un estilo de vida que les permita el máximo desarrollo de sus potencialidades, además, el subdesarrollo se observa como una situación que limita el ejercicio pleno de los derechos humanos, por lo que se tendría que buscar mecanismos para que la vida humana aumente su calidad.

De esta manera, se puede observar que el término calidad de vida se aprecia como una situación opuesta a la pobreza extrema y que se centraba más en los aspectos materiales, esta visión aún sigue vigente, dado que se ve a la calidad de vida como la facultad para tener más posibilidades, tanto en el campo de la economía, en el consumo, en tener mejores condiciones tanto de trabajo, en servicios y en ocio, además también incluye que las personas puedan satisfacer ciertos deseos y que haya eficiencia en los servicios creados para este cometido. Sin embargo, esta visión de calidad de vida es reductiva ya que deja de lado los bienes trascendentes de la persona, centrándose más en término de consecución de placeres y bienestar (Pastor, 2006).

Como resultado de esta visión, se ve el surgimiento de este término en el ámbito de la salud, ya que el acceso a los servicios de salud permite a las personas obtener mayor libertad respecto a las limitaciones que puede imponer una enfermedad, Pastor (2006: 404) considera que este visón trajo como resultado que del derecho a los medios sanitarios adecuados para conservar la salud, se pasara a un término más complejo de conceptualizar como lo es el “derecho a la salud a secas”, de la misma manera, este autor plantea un interesante cuestionamiento sobre ¿cuál es la calidad de vida adecuada?, ante esta interrogante se reconoce que no hay respuestas únicas que se apliquen a todas las personas, ya que la calidad de vida es una realidad relativa que depende de circunstancias y condiciones que rodean la vida de los seres humanos.

Lo anterior coincide con la visión que plantea Ardila (2003: 162), quien también precisa que no hay una definición única sobre la calidad de vida; este autor identifica algunos de los elementos que intenta definir la calidad de vida:

- Como una propiedad de las personas para experimentar situaciones y condiciones de acuerdo a las interpretaciones y valoraciones que hacen sobre su entorno.
- Es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación personal sobre ellos (calidad de vida objetiva y percibida). Es decir, es una propiedad de la persona más que del ambiente.
- El estilo de vida sería una dimensión compuesta por elementos físicos, materiales y sociales.

Por otra parte, algunos de los indicadores sociales objetivos y subjetivos (percibidos) que se toman en cuenta para estudiar la calidad de vida son el bienestar emocional y material, la riqueza, la salud, el trabajo y actividades productivas, las relaciones tanto familiares como sociales, la seguridad y la integración a la comunidad (Ardila, 2003:162).

El tema de calidad de vida tiene relación con la teoría de las capacidades que ha desarrollado Amartya Sen a finales del siglo XX, para este autor la capacidad es un marco para evaluar el bienestar y la libertad individual, ya que se centra en lo que los individuos son capaces de hacer y de ser, en otras palabras, en sus capacidades, sin embargo, señala que entre un sujeto y otro no existe igualdad de capacidades, por lo que esta diferenciación de capacidades refleja las desigualdades sociales (Urquijo, 2014: 65-66).

Por otra parte, el enfoque de la capacidad, también denominado por Sen como enfoque de libertad, concibe la libertad como una capacidad, por lo que desde esta visión la capacidad expresa la libertad real con la que una persona debe contar para alcanzar su bienestar (Urquijo, 2014: 67).

Según la perspectiva de Sen, el desarrollo social tiene que ocuparse más de mejorar la vida y las libertades que se disfrutan, dado que la expansión de las libertades enriquece la vida de los individuos y los libera de restricciones, además permite que sean sociales y plenos, en otras palabras, que ejerzan su propia voluntad (Sen, 2000: 31).

Según la perspectiva de este autor, la capacidad refleja la libertad con la que la persona puede tener una buena calidad de vida, por lo que la negación de libertades se relaciona con la privación de los derechos humanos, ya que se estaría negando el bienestar social (Urquijo, 2014: 72-73). Por lo tanto, para Sen el éxito de una sociedad debe evaluarse en función de las libertades fundamentales que disfrutan sus miembros. La justicia social dentro de este enfoque se aborda desde el punto de vista de las libertades individuales, por lo anterior, el aumento de la libertad mejora la capacidad de los individuos para ayudarse a sí mismos (Sen, 2000: 35). De esta manera, se puede observar cómo la calidad de vida va de la mano con la capacidad de las personas para ejercer su libertad y autonomía.

El enfoque de las capacidades individuales de Sen argumenta que las personas han de verse como seres que participan activamente, si se les da la oportunidad, en la configuración de su propio destino. El papel del Estado y de la sociedad es ayudar para que los sujetos configuren su destino (Sen, 2000: 75). Vethencourt (2011) tomando como base las aportaciones de Sen, sostiene que el desarrollo está encaminado a incrementar las libertades de las personas, así como su capacidad para elegir las mejores opciones para delinear su propia vida, lo cual se ve reflejado en un acceso a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Un concepto de calidad de vida centrada en el área de la salud es la que ofrecen Celia y Tulsy (1990) en Ardila (2003: 163) al indicar que “calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”.

Ardila (2003) comparte una definición de calidad de vida tratando de integrar los elementos tanto objetivos como subjetivos de su definición y señala que:

Calidad de vida es un estado general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003: 163).

El autor antes citado destaca que es importante separar la salud subjetiva (percibida) de la objetiva, y menciona que una persona puede sentirse saludable y no estarlo o también se puede dar el caso que una persona esté saludable (salud objetiva) y no percibirse como tal. En este tenor, y coincidiendo con lo que plantean Pastor (2006) y Ardila (2003), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como:

[...] la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance afectado de manera compleja por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y su relación con las características más destacadas de su entorno (OMS, s/f).

Por otra parte, el concepto de calidad de vida se contempla en el artículo 2 de la Ley General de Salud, en donde se establece que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad entre otros aspectos “la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana” (Congreso de la Unión, 1984: 1).

En este sentido, al evaluar la calidad de vida de una persona, se debe tomar en cuenta los aspectos objetivos y tangibles, pero también la percepción que la persona tiene sobre su calidad de vida, tomando en cuenta el contexto cultural y social en la que se encuentra y una visión integral del alcance de la calidad de vida tanto en lo físico, psicológico, social, así como sus creencias personales.

Pastor (2006) plantea el significado que adquiere el concepto de calidad de vida desde una perspectiva bioética, reflexionando que la vida humana no está en función de su calidad, el ser humano está propenso a sufrir enfermedades en algún momento de su vida, por lo que desde la bioética se tiene que reconocer que la vida adquiere calidad diversa y que no puede ser comparada cuantitativamente sobre las vidas de otros. De esta manera, Pastor (2006: 408-409) plantea algunas recomendaciones a considerar en el uso adecuado del concepto de calidad de vida y las implicaciones éticas del mismo.

- El significado debe estar en función de la vida humana y esto implica un rechazo a un concepto que no incluya la diversidad o fomente la selección de la sociedad frente a quien presenta debilidad o discapacidad.
- El juicio sobre la calidad de vida de otro ser humano hay que realizarlo desde la totalidad de la misma, no desde una sola cualidad que es algo relativo. Lo anterior debe discutirse entre el personal de salud y el paciente sobre todo cuando se plantea ante una situación de enfermedad o algún tratamiento posible a realizar.
- Considerar las diferentes dimensiones de la calidad de vida, así como sus aspectos objetivos y subjetivos.

- Tomar en cuenta que la medicina no aspira a evitar o quitar el sufrimiento, eso es generar metas irreales, más bien se debe guiar por el principio ético de respetar la dignidad humana, sobre todo en situaciones de debilidad o fragilidad de la vida, promoviendo la calidad relativa que exige la situación concreta del ser humano que se está tratando.

Por otra parte, Flemate (2015: 71) indica que el concepto de calidad de vida está relacionado al concepto de dignidad humana, este último a su vez hace referencia a la individualidad y a la naturaleza racional de las personas; de esta manera, la calidad de vida está impregnada de esa individualidad, por lo que si una persona argumenta que su vida es carente de calidad “es un hecho que no se puede objetar, puesto que es individual”.

Respecto al concepto de vida como un valor, Marco (1999), en Flemate (2015), sostiene que la vida como valor tiene tres posturas jurídicas que se han desarrollado, la primera alude a la defensa de la vida como el valor más sagrado que tiene el ser humano, anterior a cualquier ordenamiento jurídico y para su protección usa todo su andamiaje del derecho penal; la segunda se refiere a ver la vida como un valor primario, en este sentido, al entrar en coalición el valor de la vida con cualquier otro valor (libertad, autonomía, por ejemplo), va a prevalecer la vida como un valor supremo, la tercera postura es ver a la vida como un derecho. Éste último concepto será ampliamente desarrollado en apartados subsecuentes.

De esta manera, al cuestionar si la vida es un valor y de qué tipo, Flemate (2015) argumenta que la vida sí es un valor, pero subjetivo e individual, y que el Estado debe salvaguardarlo, procurando los recursos y mecanismos para que esa vida sea vivida con calidad, sin embargo, solo el titular de ese derecho, en su individualidad puede determinar si esta vida es buena para sí y si merece la pena ser vivida o no.

Es así que, si bien la vida se presenta como un valor, no es un valor unívoco, ni sagrado y absoluto, la vida es un valor primario que debe ser protegido, es también un derecho que va en relación a otro derecho de igual trascendencia que es la dignidad humana.

2.1.4. Dilemas éticos en torno a la muerte: Buena muerte

En este apartado se reflexiona sobre algunos aspectos en torno a la buena muerte, ya que se considera oportuno analizar este concepto, especialmente cuando se aborda la idoneidad de los procedimientos de muerte médicamente asistida y cuando se habla de tener un derecho a morir con dignidad.

Flemate (2015) retoma el concepto que propone Walston (s/f) sobre calidad de la muerte o buena muerte, quien refiere que es aquella que se define con base a cómo fue la calidad de vida de un paciente en los últimos tres días de su existencia, y toma en cuenta algunos indicadores tales como, si el paciente estuvo en el lugar elegido por él esos últimos días, si estuvo en una situación agonizante pero fue capaz de hacer físicamente lo deseado, si no padeció dolor, si se sintió espiritualmente en paz, si pudo hacer actividades habituales, si murió dormido, en plenitud de facultades, si hubo previa aceptación de su muerte y se completaron tareas importantes.

Por su parte, Bruera (2007: 81 en Flemate, 2015) señala que hay ocho escalas análogo-visuales para medir las condiciones (calidad) de la muerte del paciente en los últimos tres días previos, las cuales son: “dolor, náusea, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito bienestar y ahogo”.

Hurtado (2008) menciona que el definir qué es o no una buena muerte tiene elementos más bien subjetivos, aunque hay una tendencia a la idealización de una buena muerte como aquella que sucede de forma inesperada, sin dolor o sufrimiento (aunque sobre esta no se puede tener algún control); esto no es algo que se pueda generalizar; actualmente, con el avance de las tecnologías médicas se ha propiciado un alargamiento de la vida de pacientes con enfermedades terminales, situación que en el pasado no era posible, ya que no existía la infraestructura tecnológica y médica actual.

Ante esto el paciente puede ver este proceso de diferentes maneras, para unos el simple hecho de prolongar la vida es algo positivo, para otros la calidad de vida se compromete al someterse a ciertos tratamientos y puede resultar en algo alejado a obtener un beneficio, ya que vivir en esas condiciones puede resultar una calamidad, estos pacientes prefieren renunciar voluntariamente a esos procesos que no son curativos y que solo alargan un desenlace inevitable.

En este orden de ideas, la revista española de la Asociación Derecho a Morir Dignamente “DMD” (2019: 20) manifiesta que, si la eutanasia es tener una buena muerte, se tendría que comenzar por reflexionar acerca de lo que esto significa, ya que, aunque se ha tratado de explicar con referencias históricas, morales o filosóficas, o establecer indicadores como los expuestos en los párrafos previos, se puede caer en el error de considerar que solo hay una forma de buen morir, en este sentido, hay una relación directa entre el buen morir y el buen vivir, ya que son las personas las que a lo largo de su vida van eligiendo su proyecto de vida y su propuesta de felicidad, siendo esta elección influenciada por modelos sociales o por su contexto más cercano (comunidad, familia, escuela, etc.); sin embargo, subyace que en ese proceso hay una idea y ejercicio de libertad para decidir acerca de cómo se quiere llevar una existencia personal con base a lo que las personas pueden o tienen oportunidad de delinear.

La felicidad y el buen vivir son aspectos de la vida en los que a cada persona le corresponde definir y decidir en qué consisten para ella misma, el buen morir también forma parte de esta decisión, ya que vivir y morir son procesos que le competen a las personas, y así como hay diferentes maneras de construir el proceso del buen vivir, también hay diversas maneras de cómo las personas delinear lo que será el proceso de morir, siendo decisión de cada una el definir cómo desea terminar su existencia, es así, que en este proceso de buen morir, y de acuerdo a cada situación personal, así como al tipo de padecimiento que tenga cada persona, pueden existir opciones para el buen morir tales como: los cuidados paliativos, la limitación del esfuerzo terapéutico, el abandono de algún tratamiento, la sedación terminal y la muerte que es provocada a través de un procedimiento de muerte médicamente asistida (DMD, 2019: 20).

Por su parte, Mañón (2016: 2) hace un cuestionamiento acerca de la vida y si debe considerarse siempre como un bien y si la muerte debe pensarse como un mal; de esa manera, se presenta una notable disyuntiva entre la visión compartida que puede tener un sector de la sociedad, contra la percepción individual que se tiene acerca de su propia vida y su valor. Sobre esto, y

retomando las reflexiones respecto a la calidad de vida, es importante destacar los aspectos no solo objetivos sino también los subjetivos que se relacionan con este concepto.

Las ideas del autor antes citado coinciden con lo que señala la revista DMD (2019) al cuestionar que, si el tener una buena muerte forma parte de haber tenido una buena vida, es decir, si una persona tuvo la posibilidad de experimentar una vida buena para sí misma, ¿por qué se le debe restringir la posibilidad de tener una buena muerte acorde a como ella ha delineado su propio proyecto de vida?, por lo tanto, es importante que procedimientos como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido se analicen para determinar cuándo la vida es un bien y cuándo no lo es para las personas que están involucradas en esta decisión y si ellas consideran estos procedimientos como un medio para tener una buena muerte (Mañón, 2016: 2).

En otro orden de ideas y siguiendo esta reflexión sobre la buena muerte, Aguilera y González (2012), hacen mención que en la actualidad y dentro de una cultura del capitalismo neoliberal⁹, se ha propiciado que el buen morir deje de tener una significación ética (ethos), es donde existe una instrumentalización de la muerte derivada de este sistema en el que hay intereses económicos, el proceso de la muerte es vista como algo para conseguir un fin, por ejemplo, monetario, sin embargo, en lugares donde hay desigualdad y polarización social, no hay una atención igual a las personas en la etapa de la muerte, ya que sus recursos económicos no se los permite.

Los autores antes señalados resaltan la importancia de que las personas se adueñen de su propia muerte, y abordan el concepto del cuidado de la muerte como esa búsqueda vital que se logra y finaliza con la propia muerte:

Entonces, debemos de conquistar nuestra muerte, arrebatarla de la indiferencia, entrenarnos en el arte de morir y de la muerte (melete thanatou), adquirir las libertades del espíritu y de la vida misma, educarnos para la muerte como se nos educa para comer o para nuestra profesión. Debería ser una tarea de todos para nuestra supervivencia. Ya que todos vamos a morir, o, mejor dicho, todos debemos morir, es urgente el aprendizaje y la instrucción del morir... (Aguilera y González 2012: 158).

En este sentido, Aguilera y González (2012: 54) afirman que el bien morir o la buena muerte tiene relación con recobrar los espacios de realización de la autonomía, es decir, recuperar las libertades para que las personas tengan la capacidad de generar su propio “horizonte vital”, esto implica que el buen morir sea contemplado como una de las áreas en las que las personas deben ejercer su libertad, sin el sometimiento de un aparato técnico que aparentemente hace soportable la muerte.

La agencia toma en consideración la realización de la totalidad de las metas valiosas de las personas, incluyendo las metas que conciernen a su propia vida y las externas a ésta y se encuentran relacionadas con las actitudes de entrega, solidaridad y otros sentimientos de empatía hacia los demás, el tipo de libertades implicadas en el ejercicio de agencia de las personas son

⁹ El capitalismo neoliberal, tal como lo señala Márquez (2010) es un sistema económico que se ha caracterizado por concentrar el capital, poder y riqueza en manos de una delgada élite, marcado por un desarrollo desigual entre los países, con consecuencias tales como la explotación laboral, la depredación ambiental, en la que la vida humana representa un recurso desechable, cuya existencia se encuentra en predicamento en distintos ámbitos del planeta, mientras el capital, en tanto forma suprema de las relaciones sociales, tiene primacía absoluta.

los derechos civiles, libertades políticas, económicas, derechos sociales y culturales, en los que las personas ejercen su libertad de iniciativa personal para hacer lo necesario para ellos mismos y su comunidad (Vethencourt, 2011: 35).

El buen morir, tiene relación con la capacidad de agencia que aborda Amartya Sen y las libertades de las personas. Aguilera y González (2012: 167) refieren que es importante comprender los límites y necesidades que se involucran en los casos de solicitud de procedimientos de muerte médicamente asistida, ya que en estos casos el Estado no debería imponer el sufrimiento o el prolongamiento de la vida de personas que piden morir, ya que para muchas personas el daño no es el término de la vida, sino continuar con un sufrimiento o enfermedad que para ellas sea indignante, por lo que debe prevalecer su capacidad de autodeterminación para elegir su propio horizonte vital.

Es así que la calidad de la muerte tiene relación con la calidad de la vida, ya que ambas forman parte de un mismo proceso, por lo que en uno y otro debe prevalecer un respeto a la autodeterminación y autonomía de las personas, procurando en este proceso evitar el sufrimiento físico o psicológico de las personas, sin perder de vista el centro que es la dignidad humana (Flemate, 2015).

De acuerdo con los autores aquí abordados, la buena muerte entonces va en relación con otros componentes tales como la calidad de vida, el tener una vida digna, con condiciones de igualdad entre las personas y la oportunidad de acceder a escenarios adecuados en procesos del final de la vida, aunado a la capacidad de agencia para decidir, de manera libre y en función de sus propios valores, objetivos y entre las diversas opciones de seguimiento o procedimientos al final de su vida que vayan en relación con el proyecto de vida que se hayan trazado.

2.2. Procedimientos de muerte médicamente asistida

En este apartado se desarrolla los conceptos de eutanasia y suicidio médicamente asistido, sus alcances y las discusiones que se han construido desde la bioética, se presentan también otros procedimientos que tienen relación con éstos o bien que en ocasiones tienden a confundirse en su definición, alcances y limitaciones en su aplicación.

2.2.1. La eutanasia

En este apartado se presentan algunos conceptos que se han elaborado en torno a la eutanasia y se analizan las discusiones que surgen desde los principios de la bioética respecto a este procedimiento de muerte médicamente asistida.

La palabra eutanasia tienen una fuerte carga emotiva, y ha sido utilizada en un sentido tanto positivo como negativo; por un lado, como un procedimiento que resuelve problemas referentes al final de la vida de las personas y, por otro lado, también es vista como una palabra amenazante, precisamente en esos momentos del final de la vida y relacionada con el acto de cometer una acción no solicitada y por lo tanto no voluntaria (Ruiz-Calderón, 2007).

Existen diversos conceptos para definir la eutanasia, Creagh (2012: 150) la define como una buena muerte en la que no existe sufrimiento físico y es provocada por la propia voluntad de un paciente, consiste en administrar algún tipo de fármaco que provoca la muerte, el autor

reflexiona acerca de su aplicación como un problema en el que diversas ideologías históricamente han diferido respecto a la pertinencia o no de practicarse, en esta definición se resalta el concepto de buena muerte y la voluntad del paciente para que el procedimiento sea realizado; sin embargo, se puede observar que no hace referencia a que el paciente se encuentre en una situación terminal.

Malaespina (2017: 246) refiere que la eutanasia en términos generales puede definirse como el acto de quitar la vida a otra persona a petición suya, con la finalidad de aliviarle el sufrimiento. Esta definición se centra en ver este procedimiento como un acto que busca aliviar el sufrimiento de la persona y conlleva también la voluntad de la misma; no refiere si es necesario o no que sea personal médico el que realice el procedimiento, ni hace referencia al requisito de estar en una situación terminal; tampoco hace alusión a algún tipo de sufrimiento en particular.

Es importante destacar que, aunque desde la perspectiva bioética se señala que se requiere asistencia médica, toda vez que el profesional de la salud es la persona que tiene los conocimientos para garantizar una muerte sin sufrimiento o dolor, se pueden dar casos en los que la eutanasia sea aplicada por personal no médico.

Cano (1999, en Ruiz-Calderón, 2007: 144) define la eutanasia como “la acción u omisión que provoca la muerte de una forma indolora a quien, sufriendo una enfermedad terminal de carácter irreversible y muy doloroso, la solicita para poner fin a sus sufrimientos”. En esta definición se incluye el requisito de padecer una enfermedad terminal y reitera la presencia del dolor; asimismo, se agrega la posibilidad de que la eutanasia sea pasiva, cuando se refiere a la omisión que provoque la muerte.

Sánchez (1999, en Ruiz-Calderón, 2007: 144) describe la eutanasia como:

“aquellas intervenciones-mediante acciones y omisiones-que, en consideración a una persona, buscan causarle la muerte para evitar una situación de sufrimiento, bien a petición de éste, bien al considerar que su vida carece de calidad mínima para que merezca el calificativo de digna”.

En esta definición, al igual que la anterior, hace alusión a que la eutanasia puede ser pasiva, también agrega que la decisión puede estar en manos de otra persona que busca la muerte del otro, por lo que carece del elemento de voluntariedad.

Por otra parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2002, en Ruiz-Calderón, 2007: 152) describe a la eutanasia como “la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”, aquí se agregan como elementos la compasión y el describirla como un procedimiento médico.

Ruiz-Calderón (2007) explica que la eutanasia puede ser directa o indirecta. Respecto a la primera, se refiere a la acción intencional dirigida a ocasionar directamente la muerte; es decir, es indicada para ello; en cambio, en la eutanasia indirecta no hay una intención de terminar con la vida del paciente y la muerte puede suceder por efecto del propio tratamiento, lo que también se le conoce como la teoría del doble efecto. Cabe destacar que hay autores que difieren en denominar a la teoría del doble efecto como eutanasia, ya que carece del elemento de intencionalidad de terminar con la vida del paciente.

Otra definición de Eutanasia es la siguiente:

...se refiere a la acción que realiza un médico para inducir la muerte de un paciente que la ha solicitado libremente por padecer un sufrimiento intolerable para el que no hay alivio, el cual es causado por una enfermedad o condición médica para las que no hay alternativas de tratamiento. Se lleva a cabo por un método indoloro que produce rápida inconciencia seguida de paro cardiorrespiratorio irreversible (Vanda, 2017: 121).

Esta definición al ser más amplia permite destacar algunos elementos tales como:

- El procedimiento se realiza de forma directa por personal médico.
- Hay una voluntad y solicitud del paciente.
- La presencia de un sufrimiento sin posibilidad de alivio.
- No causa un sufrimiento extra al paciente al ser indoloro.

Si bien, de acuerdo a algunas de las definiciones planteadas, la eutanasia pareciera centrarse a personas con enfermedad terminal que padecen un sufrimiento intolerable y para quienes no hay alternativas de tratamiento, esto puede variar según las regulaciones de algunos países; tal es el caso de Holanda y de Bélgica, en los que se puede ayudar a morir a pacientes que no necesariamente enfrentan una enfermedad terminal, tal como los que se encuentran con una incapacidad física permanente y que son mentalmente competentes y los que han sido diagnosticados con enfermedades incapacitantes, así como los que tienen un sufrimiento psíquico intolerable sin posibilidad de mejora¹⁰.

En la literatura y en la construcción de las diversas definiciones de eutanasia, se han realizado diferentes clasificaciones; por ejemplo, Kraus (2005: 146-147) hace una clasificación de eutanasia a la cual señala como: activa, pasiva y no voluntaria.

- Activa: Es la terminación de la vida de una persona derivada de su petición y consentimiento libre. Es realizada por personal médico quien produce la muerte de una persona acorde a sus deseos. También se denomina eutanasia voluntaria o positiva.
- Pasiva: También llamada eutanasia negativa, implica omitir cuidados o tratamiento que prolongarían la vida de una persona, es decir, abstención u suspensión terapéutica.
- Eutanasia no voluntaria: Ocurre cuando la persona muere a través del procedimiento de la eutanasia sin haberla solicitado expresamente, como sería en el caso de infantes con enfermedades incurables, o el caso de personas adultas que, debido a un accidente o complicación en su salud, hayan perdido la aptitud de comprender y decidir acerca de su situación y de su futuro, sin haber indicado previamente su deseo de que le sea aplicada la eutanasia.

Cabe destacar que, como lo señala Álvarez del Río (2013) el concepto de eutanasia pasiva no aplica como tal, ya que ha sido sustituido por el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico

¹⁰ Sobre la regulación de los países se abordará en los siguientes apartados.

que consiste en suspender un tratamiento cuando se considera inútil, aún y cuando eso cause la muerte del paciente.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2002, en Ruiz-Calderón, 2007: 159), ante las dificultades para diferenciar entre estas clasificaciones de eutanasia, destaca el factor intención como un criterio clarificador:

Se pueden suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto “permitir la muerte” frente al de “eutanasia por omisión”, pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle un mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no solo es moralmente aceptable, sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias. De ahí que, por ejemplo, no haya objeciones éticas ni legales para emplear altas dosis de analgésicos en el tratamiento del dolor de un paciente en situación terminal, aunque esto pueda suponer de manera indirecta un adelanto de la muerte, cuando la intención del tratamiento no es provocarla.

Asimismo, sobre la clasificación de eutanasia involuntaria, si bien hay autores que suelen utilizarla, es errónea, ya que como lo refiere el autor, en un sentido estricto debe existir una petición o autorización expresa por la persona que la recibe, pues de lo contrario pudieran existir otras hipótesis para su aplicación, siendo una de ellas en el mejor de los escenarios, el que se cometa un homicidio por compasión¹¹ (Ruiz-Calderón, 2007: 177).

En este sentido, la eutanasia es activa, voluntaria y directa, de no contar con estos requisitos se estaría hablando de otros tipos de procedimientos que erróneamente se han confundido con el concepto de eutanasia¹². Con base a lo anterior, se pudiera definir entonces a la eutanasia como: El procedimiento médico en el que voluntariamente y a solicitud de un paciente, se pone fin a su vida, con la intención de procurar una buena muerte al terminar con un sufrimiento físico o psíquico intolerable para el cual no hay cura ni tratamiento.

2.2.2. El suicidio médicamente asistido

El suicidio médicamente asistido es parte de las maneras de muerte médicamente asistida y es un procedimiento distinto a la eutanasia, ambos forman parte de la muerte voluntaria, por ser una acción que se produce por el deseo de la persona que muere; la diferencia técnica reside en quién provoca la muerte, en la eutanasia el procedimiento lo realiza una persona ajena al que muere y en el suicidio médicamente asistido es la persona que desea morir quien produce su muerte, en este caso asistido por un médico (Montes, Marín y Pedrós, 2012).

Es importante distinguir lo que es el suicidio médicamente asistido de otras formas de suicidio, por ejemplo, si la persona realiza el proceso sin la ayuda o auxilio de alguien, se le considera suicidio simple, si recibe ayuda de un tercero es suicidio asistido y si el que brinda el auxilio a la persona es un médico que facilita una receta o suministra un medicamento que le producirá

¹¹ Aunque el autor refiera a homicidio por compasión, en el caso de México como ya se ha señalado (apartado de planteamiento del problema), no se especifica en su Código Penal Federal.

¹² Véase planteamiento del problema en el que se comenta cuáles son estos procedimientos que tienden a confundirse con el concepto de eutanasia.

la muerte, se denomina suicidio médicamente asistido. Cabe señalar que tanto la eutanasia como el suicidio asistido se consideran conductas eutanásicas¹³ y, por lo tanto, comparten similitudes en su fundamentación ética (Montes, Marín y Pedrós, 2012).

Conforme a la definición que da Sánchez y López (2006 en Rodríguez, 2015), el suicidio médicamente asistido es la acción que realiza una persona que sufre una enfermedad irreversible para terminar con su vida y que, para lograr su cometido, cuenta con el auxilio de personal médico. Cabe destacar que en algunas legislaciones internacionales que se relatan en este capítulo se verá que la enfermedad irreversible o terminal no es la única condición que se contempla para la realización de un procedimiento de muerte médicamente asistida.

Otra definición la realiza Álvarez del Río (2017) quien señala que es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actué por cuenta propia, en donde el procedimiento del acto de quitarse la vida lo realiza el propio paciente.

Álvarez del Río (2005) precisa la importancia de que este proceso se realice en el contexto de un auxilio médico, ya que un paciente que decide suicidarse al no tener la ayuda para el proceso utiliza los medios que están a su alcance y esto puede derivar en una muerte violenta o dolorosa, inclusive fallar en su intento, teniendo que vivir en condiciones peores a la condición que le llevó a tomar esta decisión.

De esta manera, como ya se mencionó, la diferencia entre eutanasia y el suicidio médicamente asistido radica en el sujeto que realiza la acción, en la primera el paciente no es el agente activo, mientras que en la segunda sí lo es. Sin embargo, en ambos casos se refieren a un contexto de atención médica, resulta pertinente destacar que Suiza es el único país que permite el suicidio asistido fuera de un contexto médico (Rodríguez, 2015: 468).

En este tenor, Parejo (2005: 417) coincide al señalar que al abordar la eutanasia es razonable y conveniente que se incluya el auxilio médico al suicidio, ya que considera que éste es un elemento más de la propuesta eutanásica. Ruiz-Calderón (2007), en ese mismo orden de ideas, argumenta que el suicidio médicamente asistido debe tener un análisis a la par de la eutanasia por las siguientes razones, primero, cuando se habla de la legalización de la eutanasia como una pretensión política, esto se traduce en la modificación de ciertos tipos penales que en ambos casos están conectados, entonces debiera de entrada existir una coherencia, ya que el suicidio médicamente asistido pudiera ser un paso previo a la legalización de la eutanasia, ya que en caso de legalizarse esta práctica no habría alguna razón para penalizar la eutanasia voluntaria.

Segundo, al aceptar el suicidio médicamente asistido no habría razón para negar la eutanasia, ya que la explicación del suicidio radica en que la solicitud del paciente es legítima y que el deber del médico sería facilitarle el tener una buena muerte y ese razonamiento aplica para ambos procedimientos (Ruiz-Calderón, 2007). Este mismo autor explica que imponer al paciente la obligación de terminar él mismo con su vida, puede ser una manera de disminuir la

¹³ Se refiere a aquellas conductas, realizadas por terceros, que tienen por objeto acortar la vida de la persona que se encuentra en una situación terminal (Misseroni, 2000). Aunque cabe precisar que estar en una situación terminal, como ya se ha abordado en este estudio, no es la única condición.

responsabilidad médica, sin embargo, considera que no encuentra una diferencia moral relevante entre administrar directamente un medio indoloro para el paciente que lo ha solicitado o solo poner a disposición del paciente ese medio para que él termine con su vida.

Si bien Ruiz-Calderón (2007) manifiesta que no existe una diferencia en el aspecto moral, ya que se considera que ambos procedimientos tienen sus propias implicaciones morales y éticas, ya que en una solo se suministra un medicamento, y en otra la acción la realiza directamente el personal médico.

Ruiz-Calderón (2007) señala que el auxilio médico al suicidio es socialmente más aceptable, incluso se le ve como una situación intermedia que genera una mayor aceptabilidad, y en el que está ausente la idea de asesinato, ya que el argumento se centra en el respeto de la voluntad y libertad de una persona de suicidarse si es su decisión. Por otra parte, para Álvarez del Río (2005) la eutanasia y el suicidio médicamente asistido no tienen diferencias esenciales, ya que ambas corresponden a una acción deliberada y voluntaria para poner fin a la vida de quien así lo desea.

Por lo anterior, tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido como procedimientos de muerte médicamente asistida comparten similitudes en sus aspectos éticos, en sus fines y en su justificación, que radican en si es razonable bajo los principios de la bioética ayudar a que las personas puedan tener una buena muerte, a través de estos procedimientos y si es deber del personal médico el auxiliar a quien así lo solicita, esto último es parte de las discusiones y reflexiones que se siguen dando desde la bioética, el derecho, el trabajo social y otras disciplinas.

2.2.3. Discusiones desde la bioética

Es evidente que los adelantos tecnológicos en el área de la salud que se han tenido en las décadas recientes han ampliado las posibilidades de vida de las personas, esto se ha visto traducido en tratamientos de enfermedades antes incurables y de las que hoy en día se puede sobrevivir con una calidad de vida aceptable para los pacientes (Malaespina, 2017).

Estos adelantos tecnológicos también han servido para prolongar la vida de una manera artificial, aún y cuando esto represente un sufrimiento para las personas, en escenarios en las que no hay ya expectativas de mejoría o curación. En estas situaciones surge el cuestionamiento si realmente los logros biotecnológicos cumplen con el propósito para el cual fueron desarrollados, sobre todo si eso conlleva a prolongar el sufrimiento de una persona que al final de la etapa de su vida, lo que desea es tener una ayuda para poder morir con dignidad (Malespina, 2017: 246). Como también lo reflexiona Montes, Marín y Pedrós (2012: 8), el desarrollo de las tecnologías médicas ha propiciado un alargamiento de la existencia que no se ha acompañado necesariamente de una calidad de vida.

La reflexión de los autores hace alusión a los casos en los que se puede presentar una obstinación terapéutica en pacientes en los que no hay pronósticos favorables de mejoría en su salud o que ya han sido diagnosticados con alguna enfermedad terminal, en los que alargar la vida no necesariamente contribuye en bienestar para el paciente, y se pueden dar otras opciones como los cuidados paliativos, la limitación del esfuerzo terapéutico (cabe señalar que al respecto se abordará en siguientes apartados) o los procedimientos de muerte médicamente asistida.

Por lo anterior, ante el escenario de los avances biotecnológicos, Aguilera y González (2012) cuestionan el uso de los mismos cuando no se toma en cuenta la expresión de libertad y de responsabilidad, así como el uso de la ciencia sin elementos éticos, es decir privilegiando lo técnico y metodológico, pero con carencia de valor (Aguilera y González, 2012).

De esta manera, es necesario reflexionar si el alargar la agonía de una persona, o mantenerla en una situación física indeseable o intolerable para ella es la forma en cómo se desea que los avances biotecnológicos contribuyan a que las personas tengan acceso al nivel más alto de salud deseado, cuando estos avances pueden ir en detrimento de su propia calidad de vida y sobre todo su libertad y autodeterminación.

Álvarez del Río (2005) argumenta que, en el caso de una persona con enfermedad terminal, el paciente no está en posibilidades de elegir entre la vida o la muerte, ya que su padecimiento le ha quitado esa opción, de esta manera la eutanasia voluntaria o el suicidio médicamente asistido le permite decidir sobre la única alternativa que tiene, el momento y las condiciones en las que va a morir.

Ahora bien, como parte de esa ayuda para tener una muerte digna acorde a la voluntad y deseo de las personas, se incluyen como ya se ha planteado en este estudio, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como algunas de las posibles alternativas; sin embargo, ambas representan grandes dilemas éticos en el ámbito de la medicina, generando debates entre aquellos que están a favor o en contra de estos procedimientos. Cabe señalar que estos debates no han quedado restringidos al campo de lo médico o de las áreas de la salud, sino que han traspasado otras áreas como: legales, sociales y políticas, lo anterior se debe a que la problemática principal que envuelve estas prácticas es la relación vida-muerte humana, en sus dimensiones fisiológicas, psicológicas, culturales, políticas y sociales (Rodríguez, 2015).

Desde la perspectiva médica, se alude al deber del personal médico de evitar muertes prematuras e innecesarias, más no siempre se discute acerca de las muertes que se pueden considerar oportunas, deseables o benéficas, es decir, en esos casos que los tratamientos e inclusive la medicina paliativa ya no puede ofrecer algo más al paciente, prolongando con ello su sufrimiento de manera innecesaria, así como el de su familia, aunado a los gastos económicos que en ocasiones no se pueden costear; ante este panorama la muerte podría considerarse como algo deseable y benéfica para todos los actores involucrados, y en especial para el paciente (Pérez, 2008).

Con lo anterior, se puede identificar en la eutanasia y el suicidio médicamente asistido un significado interrelacional moral, así como un acto de libertad y responsabilidad, en donde se asume la responsabilidad de la muerte digna del otro, por lo que se entiende que quien ejercite tal acción hacia otra persona se debe encontrar preparado para atender la voluntad del otro, ya que tal vez no tenga posibilidades de hacerlo por sí mismo (Aguilera y González, 2012).

Aguilera y González (2012) consideran que los procedimientos como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido implican asumir una responsabilidad hacia la otra persona, y eso conlleva priorizar a la persona sobre la tecnificación de la ciencia en el campo médico, estos autores mencionan que es necesario evitar reglamentar en exceso los procesos médicos y jurídicos para evitar caer en absurdo lógicos-prácticos, ello implica que se debe dejar de considerar a la

eutanasia como un asesinato, porque el fin y las razones son distintas, ya que lo que se busca con este tipo de procedimientos es terminar con el sufrimiento de la persona y esto los convierte en acciones humanitarias.

Por su parte, De Lora y Gascón (2008) añaden que hay dos modelos que se han construido para justificar la eutanasia desde la perspectiva bioética, los cuales también aplican para el suicidio médicamente asistido. El primer modelo se basa en el principio de beneficencia y no maleficencia que son algunos de los que rigen la práctica médica, así como el análisis de la situación de sufrimiento y/o decadencia irreversible en la que se encuentra una persona, este se centra en la dignidad de la vida, la cual debe de evaluarse bajo patrones de calidad, justifica la eutanasia siempre y cuando haya un sufrimiento grave o enfermedad terminal. En este tenor, el principio de beneficencia no justificaría el que una persona continuara con una vida de sufrimiento sin esperanza de mejora.

El segundo modelo que proponen De Lora y Gascón (2008) se basa en el principio de la autonomía, en el consentimiento o no del sujeto, es decir, en la disponibilidad de la persona sobre su propia vida, este no considera relevante su estado de decadencia o sufrimiento, ha sido distinguido como autonomotanasia, dado que hace alusión al principio de autonomía moral o autodeterminación del individuo, desde esta perspectiva, solo se justifica la eutanasia voluntaria en su modalidad activa, y rechaza la eutanasia involuntaria. Sobre este segundo modelo, Atienza (2004, citado en Flemate, 2015) señala que se basa en el respeto a la libertad del paciente para disponer sobre su propia vida, al presentar una situación de menoscabo a su salud y alude al principio primario de autonomía, en el que el paciente siempre es el que debe decidir.

De Lora y Gascón (2008) consideran que ambos modelos son excesivamente reductivos ya que el primero no cuenta con la fuerza justificadora del consentimiento, por lo cual el médico tomaría la decisión última sobre el poner fin a una vida, decisión que bajo ciertas circunstancias serían inaceptables o cuestionables, por ejemplo, en el caso de pacientes con incapacidad mental, o con un estado de salud crítico y que se encuentren en una inconciencia prolongada y que no permita conocer cuál hubiera sido la voluntad de ese paciente.

Los autores antes citados consideran que el segundo modelo también presenta deficiencias, ya que si se prescinde de un sufrimiento o quebranto físico irreversible de la persona, no habría una distinción entre la ayuda al suicidio y la eutanasia, pero además al justificar solo la eutanasia voluntaria, quedaría sin explicación la eutanasia pasiva (limitación del esfuerzo terapéutico) en situaciones de enfermedad terminal en los que el afectado no pudo o no puede manifestar su voluntad y que dichos procedimientos son practicados comúnmente en los hospitales con la aprobación de la comunidad médica. Esta apreciación de De Lora y Gascón (2008) ya se ha desarrollado en el transcurso de este estudio, ya que la eutanasia pasiva es en realidad una limitación del esfuerzo terapéutico, dado que no hay una intención de terminar con la vida del paciente.

En ese sentido, De Lora y Gascón (2008) manifiestan que es necesario conjugar ambos modelos para justificar procedimientos de muerte médicamente asistida como la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, tomando en cuenta los siguientes componentes:

- El quebranto o deterioro físico irreversible como evaluación de patrones de calidad de vida de las personas.

- La disponibilidad sobre la propia vida (principio de autonomía), ya que la petición del sujeto proporciona una razón justificadora fuerte.
- De no contarse con la voluntad del sujeto, al no poder obtener una petición expresa lo único que justificaría el procedimiento es su estado deplorable e irreversible de su salud, es decir, cuando es necesario evitar un sufrimiento que no representa una mejoría en el paciente y que solo prolongaría artificialmente una vida de muy pobre calidad.

Por otra parte, Flemate (2015) considera que, si bien el primer modelo es reduccionista al justificar la eutanasia con base a lo que el médico puede considerar una vida digna o indigna, apoyándose con ello en los principios de beneficencia y no maleficencia, deja de lado el componente de consentimiento o voluntad del paciente, sin embargo, difiere al argumentar que el segundo modelo no es reduccionista, ya que al no respetar la voluntad de un paciente y practicar una eutanasia involuntaria, se estaría cometiendo homicidio, dado que el paciente en esta situación no estaría ejerciendo su autonomía, esto coincide con lo que señalan De Lora y Gascón (2008), ya que estos autores manifiestan que para ejercer la eutanasia necesariamente se debe de aludir a pacientes con una enfermedad grave e irreversible o terminal.

Con base a lo anterior, se considera que el segundo modelo que plantean De Lora y Gascón (2008) es una propuesta aceptable ya que da preponderancia a la autonomía del paciente, se considera que al tratar de conciliar ambos modelos y agregar la posibilidad de justificar la eutanasia para evitar alargar un sufrimiento sin posibilidad de mejora, sin contarse con la solicitud expresa del paciente, se estaría hablando de avalar una eutanasia involuntaria, por lo que para estos casos se puede ayudar al paciente a través de otro tipo de procedimientos como los paliativos.

Cabe precisar que el suicidio médicamente asistido solo cabría en el segundo modelo, ya que en este tipo de procedimiento la voluntad del paciente, y su participación durante todo el proceso, no da cabida a que sea un agente externo quien tome la decisión sobre su situación, por lo que el principio de autonomía justificaría la realización de la muerte médicamente asistida.

En diferente orden de ideas, otra de las discusiones éticas que se han dado sobre el tema, es si el paciente tiene derecho de pedirle a otra persona, específicamente a un médico que le proporcione ayuda para morir, aquí también se dividen los argumentos entre quienes piensan que las personas tienen derecho a pedir ayuda y quienes argumentan que una persona no tiene derecho a pedir ayuda a otra para morir, ya que si desea su muerte debería procurársela por sí misma, hay un tercer grupo que piensa que las personas tienen derecho de pedir auxilio para morir, siempre y cuando no puedan o estén imposibilitados físicamente de procurarse la muerte por ellos mismos (Álvarez del Río, 2005).

Respecto a esta discusión, sobre a quién un paciente le debe pedir esa ayuda, se ha visto como en la mayoría de los países en los que se ha regularizado los procesos de muerte médicamente asistida, se ha logrado un consenso respecto a que la persona idónea es el personal médico, sin embargo, está el caso de Suiza donde se permite que la ayuda la brinde cualquier persona, reuniendo ciertas condiciones para realizar el procedimiento (Álvarez del Río, 2005).

También surge la interrogante sobre si el personal médico tendría el deber ético de ayudar a la persona a bien morir, ya que en todas las legislaciones que regulan los procedimientos de muerte

médicamente asistida aclaran que ningún especialista de la salud puede ser obligado a aplicar la eutanasia o auxiliar a un paciente a suicidarse en contra de su voluntad (Álvarez del Río, 2005).

Al respecto, también hay división en los argumentos, ya que existen posturas que cuestionan que no hay ningún deber por parte del personal médico de ayudar a morir a quien se lo pide y otros que piensan que en caso de enfermedad terminal o en condiciones médicas graves sí hay un deber por parte del personal médico.

La idea de que el médico es el más indicado para ayudar a morir tiene que ver con el hecho de que su intervención se concibe como parte de la atención médica que da al paciente y, dentro de ésta, ayudar a morir puede ser la única forma que queda de proporcionarle alivio. Pero también tiene que ver con el hecho de que los médicos, además de estar capacitados para utilizar los fármacos en la dosis y en la manera más conveniente, son quienes tienen acceso legal a ellos (Álvarez del Río, 2005: 193).

Álvarez del Río (2005) refiere que dentro del mismo personal médico hay diferencias, ya que hay personal que considera que no tiene que cumplir ningún deber de ayudar a otros a morir, ya que esto va en contra de su profesión y de su misión de preservar la vida, otros consideran que sí es un deber auxiliar a un paciente a morir, pero que su participación debe quedar limitada a proporcionar solo los medios, siendo la persona la que ella misma, bajo su acompañamiento ponga fin a su vida; los que piensan de esta manera, estarían a favor del suicidio médicamente asistido, más no así de la eutanasia.

Otra visión es la que considera que la ayuda para morir es una decisión del personal médico y que en ellos debe radicar la decisión de a quién sí apoyar en la muerte voluntaria, sin embargo, esto le restaría autonomía al paciente, Por lo tanto, Álvarez del Río (2005) considera que ante una situación como el vivir un proceso de enfermedad terminal o padecimiento con un sufrimiento intolerable, es adecuado que las personas reciban apoyo y auxilio de su médico para lograr su objetivo, sin que esto le reste libertad y autonomía en su decisión. En esta visión, estarían los médicos que consideran a la eutanasia con un medio para ayudar al paciente en esta etapa del final de su vida.

Álvarez del Río (2015:200-201) considera que:

Una vez que el médico reconoce que no puede curar a su paciente permanece con él para intentar aliviar todos los síntomas que padece, pero hay enfermos que no encuentran alivio y consideran insoportable seguir viviendo... En este contexto puede ser que un paciente pida al médico que ha permanecido a su lado que le ayude a morir por considerar que es lo único que puede poner fin a su sufrimiento. Ante esta decisión del enfermo, el médico decidirá si la responsabilidad con su paciente llega hasta considerar la muerte médicamente asistida como la última acción con la que puede ayudarlo.

Ahora bien, a estas discusiones desde la bioética se agregan las que abordan la perspectiva de los derechos humanos, Álvarez del Río (2015) señala que se han dado posturas muy diversas respecto a si una persona tiene derecho a decidir sobre su propia muerte y las posturas suelen dividirse en las siguientes:

1. Las posturas que niegan este derecho independientemente de la condición o situación de salud de las personas.
2. Las posturas que otorgan este derecho a cualquier persona siempre y cuando esté capacitada mentalmente para decidir.
3. Y las posturas que solo reconocen ese derecho si la persona se encuentra con una enfermedad terminal o alguna condición que limita por completo la vida.

Es importante que para reflexionar sobre si disponer sobre la propia vida es un derecho que debiera ejercer cualquier persona, aunado a si en el ejercicio de ese derecho existe una obligación por parte del Estado mexicano de respetar, proteger y garantizar el acceso a procedimientos de muerte médicamente asistida, se considera pertinente analizar los principales derechos que involucran este tema, los cuales serán abordados en los siguientes apartados.

2.2.4. Otros abordajes relacionados con la atención o alternativas al final de la vida

En este apartado se abordan algunos de los procedimientos médicos y otros conceptos que tienen relación o suelen despertar confusión con los procedimientos de muerte médicamente asistida, por lo que se considera oportuno explicar su significado y alcance, así como la relación con el tema que se aborda.

2.2.4.1. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son considerados como parte de un tratamiento integral para atender los síntomas físicos y psíquicos de enfermedades graves, contribuyen al tratamiento primario que recibe un paciente y tienen como propósito evitar y aliviar su sufrimiento, favoreciendo con esto que las personas tengan una mejora en la calidad de vida (National Institute of Nursing Research, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (1990) señala que los cuidados paliativos son una atención activa y completa hacia los pacientes cuya enfermedad ya no responde a un tratamiento curativo. Asimismo, los cuidados paliativos, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (s/f), no solo buscan mejorar la calidad de vida del paciente, sino que benefician también a las personas allegadas cuando se enfrentan a enfermedades potencialmente mortales, atendiendo aspectos relacionados con el tratamiento del dolor y otras situaciones físicas, psicosociales, incluyendo las espirituales.

De esta manera, en los cuidados paliativos se considera que la muerte es un proceso normal, por lo que no buscan ni acelerar ni retrasar la muerte, ofreciendo a las personas la posibilidad de vivir activamente hasta la etapa de su muerte, busca también apoyar a la familia en el proceso de adaptación de la enfermedad del paciente hasta el proceso del duelo, es importante clarificar que los cuidados paliativos pueden aplicarse en una fase inicial de enfermedad junto con otros tratamientos que busquen prolongar la vida o investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas, y se pueden aplicar en adultos y niñas, niños y adolescentes, buscando en estos casos privilegiar su cuidado físico, mental y espiritual (Organización Mundial de la Salud, s/f).

En el contexto de México, y de acuerdo a la definición de la Ley General de Salud (1984, última reforma DOF 20-08-2009, Artículo 166 Bis 1), los cuidados paliativos son “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”.

Asimismo, se contempla que un paciente que se encuentre en etapa terminal, que cuente con mayoría de edad y goce plenamente de sus facultades mentales, pueda interrumpir, suspender, en el momento que así lo desee, su tratamiento curativo, inclusive tomar la decisión de no iniciarlo y en su lugar contar con un tratamiento paliativo, a esto se añade la cancelación de medicamentos que busquen contrarrestar la enfermedad y enfocarse en tratamientos que solo aminoren el dolor o malestar de las personas, de esta manera, se permite que el padecimiento evolucione naturalmente (Ley General de Salud, 1984, reforma DOF 20-08-2009, Artículo 166 Bis 5 y 6).

Cabe destacar que la Ley contempla que el paciente reciba cuidados paliativos desde el momento que se diagnóstica la situación terminal de la enfermedad y que pueda retomar en el momento que así lo decida el tratamiento curativo (Ley General de Salud, 1984, última reforma DOF 20-08-2009, Artículo 166 Bis 7 y 9).

Es así que los cuidados paliativos no tienen como finalidad curar las enfermedades, sino aliviar los síntomas de los pacientes y contribuir a mejorar su calidad de vida y de su familia, por lo que se consideran una necesidad humanitaria urgente para todas las personas con enfermedades crónicas mortales, sobre todo en lugares en donde hay pacientes con enfermedad avanzada y sin posibilidades de curación (Consejo de Salubridad General, Early Institute, Instituto Nacional de Cancerología, 2018).

Como ya se había abordado en el planteamiento del problema de esta investigación, en México los cuidados paliativos tienen su antecedente con el surgimiento en los años sesenta de las clínicas del dolor, que fueron evolucionando a centros con mayor especialización en este tipo de tratamiento, los cuales se fueron ampliando hasta integrarse en los hospitales del sector salud, proceso que culminó en el año 2009 con la reforma a la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos, adquiriendo el carácter de obligatoriedad para todas las personas que así lo requirieran (Consejo de Salubridad General, 2010).

De acuerdo a la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos (Diario Oficial de la Federación, 26 de diciembre de 2014), dentro de los cuidados paliativos se considera el procedimiento de sedación aplicada al enfermo paliativo en fase terminal, es oportuno abordar este punto ya que este tipo de procedimiento puede llegar a confundirse con la eutanasia, sin embargo, no es tal, ya que la sedación es:

La administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones necesarias) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente” (Diario Oficial de la Federación, 26 de diciembre de 2014).

La sedación terminal tiene algunas clasificaciones que pueden ser por su grado de sedación (ligera o profunda), por su duración (reversible o irreversible) y por el tipo de fármacos que la inducen (primarios o secundarios), de esta manera se puede decir que la sedación terminal busca disminuir el nivel de consciencia del paciente, pero no tiene como finalidad acortar la vida del enfermo, sin embargo, puede darse el principio de doble efecto, que sucede cuando en el manejo de ciertas situaciones o complicaciones médicas se hace uso de fármacos como la morfina, que puede producir disminución en la presión arterial, o depresión respiratoria, incluso se puede administrar otro tipo de fármacos que reducen el grado de vigilia, llegando a privar al paciente de la conciencia (Diario Oficial de la Federación, 26 de diciembre de 2014).

En la Guía antes citada se señala que este tipo de procedimiento puede llegar a generar dudas tanto en la familia como en el equipo de salud que atiende al paciente, ya que se teme que los efectos negativos de estas puedan implicar una forma de eutanasia (Diario Oficial de la Federación, 26 de diciembre de 2014).

Cabe destacar que, como se ha visto en el transcurso de esta investigación, a lo que se refiere la Guía puede caer en la llamada eutanasia pasiva, sin embargo, como también lo manifiesta este documento, se debe tener presente que existe un principio ético (llamado voluntario indirecto o doble efecto), que señala las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos -uno bueno y uno indeseable- sea lícito (Diario Oficial de la Federación, 26 de diciembre de 2014).

En este sentido, aplicar la sedación paliativa no es eutanasia, ya que si el paciente llegase a fallecer, sería una situación en la que se presenta un efecto secundario, por lo tanto, ante circunstancias urgentes y ante un síntoma refractario, la Guía sostiene que se actúa de forma ética y lícita, ya que se está realizando el procedimiento con el objetivo de evitar un sufrimiento innecesario, en primer término del paciente y también de su familia, lo anterior se contempla en el artículo 166 Bis 16 de la Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación, 26 de diciembre de 2014). Es así que en el uso de la sedación paliativa el personal de salud se debe de apegar a los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia, y priorizando el beneficio del paciente para hacer una toma de decisiones adecuada.

Por último, es importante destacar que los cuidados paliativos en México son un derecho humano que está reconocido en el ordenamiento jurídico mexicano y en tratados internacionales, por lo que el Estado debe brindar los medios necesarios para que todas las personas que así lo requieran tengan acceso a ellos, ya que, de no hacerlo, se estaría incurriendo en un trato cruel, inhumano y degradante hacia las personas que por su situación de salud requieran de su atención y aplicación (Consejo de Salubridad General, Early Institute, Instituto Nacional de Cancerología, 2018).

Sin embargo, si un paciente considera que los cuidados paliativos ya no son suficientes para sobrellevar su enfermedad terminal, si no desea prolongar una situación que le represente un sufrimiento o detrimento a la calidad de vida, de acuerdo a su evaluación personal y autónoma de lo que desea para sí mismo, se enfrenta a que los procedimientos de muerte médicamente asistida aún no cuentan con tal reconocimiento jurídico en México.

2.2.4.2. Voluntades anticipadas

Las voluntades anticipadas, también conocidas como testamentos vitales, directivas o declaraciones anticipadas, tienen como precursor a Luis Kutner, abogado de Nueva York, en los Estados Unidos, quien, en la década de los sesentas, diseñó un documento que permitía a las personas diagnosticadas con enfermedad terminal plasmar su voluntad para no someterse a algún tratamiento médico; este tenía como características ser privado, voluntario, realizado por las personas en pleno uso de sus facultades mentales y con la intención que se hiciera efectivo cuando, por su gravedad o las circunstancias de salud, la persona no tuviera la capacidad de manifestar su voluntad sobre la atención médica que deseaba recibir (Garza, 2009).

De esta manera, el testamento vital es una instrucción que hace una persona competente al personal médico y a los miembros de su familia sobre el tratamiento que desea recibir cuando ya no pueda tomar las decisiones por sí mismo (Cohn, 1983: 121). Por su parte, Haas (2005) las define como una expresión que plasma los deseos de una persona sobre su atención médica, misma que se utilizará para orientar a los médicos en caso de que surjan circunstancias en las que esa persona sea incapaz de tomar o comunicar decisiones. Este autor menciona que a las voluntades anticipadas también se les denomina testamento en vida, instrucciones anticipadas o rechazo anticipado (del tratamiento).

Haas (2005) destaca las aportaciones del Código de Práctica de Declaraciones Anticipadas sobre Tratamiento Médico de la Asociación Médica Británica (1995), el cual contempla información recomendada para los testamentos en vida, los cuales incluyen datos generales, tales como nombre, fecha de nacimiento y dirección de la persona, así como, marcas físicas distintivas, datos de su médico, lugar donde se encuentra ubicado su testamento vital, las personas que tienen copia de él, fecha de redacción y revisión, firma de testigos con su declaración de independencia y la relación que tienen con la persona autora del testamento vital; en el testamento vital se debe declarar que su entrada en vigor es cuando la persona que lo realiza se vuelve incapaz de tomar decisiones; de igual manera, debe especificar el tratamiento que se rechazará e indicar las circunstancias en las que debe aplicarse el testamento.

Tomando lo anterior como algunos de los antecedentes de las voluntades anticipadas, en México, éstas tuvieron su aplicación por primera vez en la Ciudad de México, con la creación de la “Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal” en el año 2008; esta fue seguida por otras leyes estatales, hasta la reforma que se realizó en el año 2009 a la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos, incorporando en ese apartado las voluntades anticipadas (Reyes, 2017).

De esta manera, es la ciudad de México la primera entidad que incorpora una legislación detallada acerca de las voluntades anticipadas. Esta Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (2008) establece, en sus artículos 1, 2 y 3, que cualquier persona puede decidir no tener que someterse a tratamientos y procedimientos para prolongar de manera innecesaria su vida cuando esta no pueda mantenerse de manera natural.

Asimismo, la ley señala que las voluntades anticipadas se aplican en materia de ortotanasia¹⁴, por lo que no contempla procedimiento alguno que tenga como consecuencia acortar la vida de una persona de forma intencional; define a las voluntades anticipadas como un documento cuya firma se realiza ante un notario y en el cual una persona que se encuentre en pleno uso de sus capacidades y facultades mentales pueda expresar, por escrito, y de forma libre su decisión de no ser sometida a tratamientos o procedimientos médicos que favorezcan una obstinación médica (Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, 2008).

En el caso de la ciudad de México, la Ley de voluntad anticipada se contempla como un derecho de todos sus habitantes y tiene alcance a todas las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, establecidas en esa entidad (Secretaría de Salud, s/f). Cabe señalar que las instituciones de salud a nivel federal no tienen alcance por esta ley.

Respecto al alcance de las voluntades anticipadas, para las personas que habitan en todo el país, como ya se señaló, éstas se contemplan a partir del año 2009 en el artículo 166 Bis 3, 4 y 8, 10 y 11, de la Ley General de Salud, en los que se describen como parte de los derechos que tienen los pacientes en situación terminal a designar a otra persona para representarlos y externar su voluntad en el caso que el avance de su enfermedad no se los permita (Ley General de Salud, 1984, Última Reforma DOF 20-08-2009).

En la señalada Ley este derecho se contempla en el apartado de pacientes que presentan una enfermedad terminal.

Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento (Ley General de Salud, 1984, Última Reforma DOF 20-08-2009).

Asimismo, se contempla en la Ley que, en el caso de las personas menores de edad, éstas puedan ser representadas por sus padres, tutores y, a falta de estos, una persona que funja como representante legal. En la Ley General también se estipula el respeto que deben acatar los familiares sobre la decisión de la persona que se encuentra en una situación terminal y que, en caso de que se presente una emergencia y éste no pueda expresar su voluntad, ni se encuentre algún representante o familiar, serán los comités de bioética de cada institución los que decidan el tratamiento o procedimiento médico a realizar (Ley General de Salud, 1984, Última Reforma DOF 20-08-2009).

¹⁴ 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/o 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 (Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, 2008).

Es oportuno señalar que las voluntades anticipadas no contemplan procedimientos de muerte médicamente asistida, tales como la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, ya que como lo refiere la legislación vigente, su alcance se acota a limitar el esfuerzo terapéutico y con esto evitar el ser objetos de medidas desproporcionadas para prolongar la vida (obstinación terapéutica) y tener la opción de acceder, por ejemplo, a cuidados paliativos con la atención integral que en la Ley General de Salud establece.

Cabe señalar que en la Ley General de Salud no se contempla que el documento de voluntad anticipada se suscriba ante un notario público, algo que también se destaca es que las voluntades anticipadas se encuentran establecidas en el apartado de derechos de los enfermos terminales, lo que sugiere que solo se aplica para este sector de la población, sin embargo, cualquier persona, previendo una situación futura de salud o vulneración a esta por situaciones accidentales, pudiera prever en este tipo de documento el alcance y los límites sobre los tratamientos o procedimientos que estaría dispuesto a recibir para seguir manteniendo su vida.

2.2.4.3. Obstinación terapéutica

La obstinación terapéutica también tiene como sinónimos otros términos, como son el encarnizamiento médico o ensañamiento terapéutico, y consiste en una práctica médica que se basa en la aplicación de métodos extraordinarios, fútiles y desproporcionados de soporte vital a pacientes con enfermedad terminal y que no representan para el paciente algún beneficio, ya que por el deterioro en la salud sólo logran prolongar de forma innecesaria la agonía de la persona (Arenas, Jiménez, Arenas, Díaz, Baltazar, 2011: 130).

Knopp de Carvalho (2009) y Bátiz (2014) coinciden al referir que la obstinación terapéutica sucede cuando, al tratar de salvar la vida de un paciente en situación terminal, el personal médico aplica tratamientos inútiles que no aportan ningún beneficio, lo que termina alargando su proceso de morir, sometiendo con esto al paciente a un sufrimiento innecesario.

Algunos de los procedimientos que pueden caer en obstinación terapéutica son el soporte transfusional, la ventilación asistida, la diálisis, la administración de antibióticos, la alimentación o hidratación artificial, mismos que, de ser aplicados, no proporcionan beneficios de confort para el paciente y sí logran prolongar su sufrimiento (Cantera, s/f). Asimismo, también se considera obstinación terapéutica la solicitud o aplicación por parte del médico de pruebas diagnósticas o tratamientos que no tengan utilidad o sean intolerables o demasiado costosos para el paciente terminal o su familia (Pardo, 2001: 1).

Cantera (s/f) señala que, si bien hay adelantos y avances tanto técnicos como farmacológicos en la medicina que han permitido posponer el momento de la muerte, no se debe caer en esta práctica ya que es un intento no racional de luchar contra la muerte que en un paciente terminal es próxima e inevitable. El autor recalca que la obstinación terapéutica atenta contra el principio de la bioética denominado “no maleficencia”, puesto que se puede caer en ocasionar un daño o sufrimiento innecesario a la persona enferma.

En este mismo tenor, Bátiz (2014: 59) argumenta que una acción médica no siempre resulta de utilidad, pues si no proporciona beneficio a la persona enferma, los médicos deben considerarlo como un acto innecesario y no obligatoria su aplicación; al respecto propone tomar en cuenta

algunas circunstancias para evitar asumir actitudes que puedan caer en actos de obstinación terapéutica:

- Valorar si es un procedimiento innecesario; con esto se refiere a cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos.
- Valorar si es un acto inútil; es decir, si el paciente está en una situación avanzada para responder al tratamiento.
- Revisar si es un procedimiento inseguro en el que sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio.
- Cuestionarse si es innecesario, ya que la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención.
- Asimismo, señala que se debe cuestionar si es un método insensato, al utilizar recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

De esta manera, el personal médico no debería continuar tratamientos cuyos resultados son ineficaces; “la aplicación por parte del médico de estas acciones terapéuticas, generalmente con objetivos curativos, es una mala práctica y una falta deontológica” (Bátiz, 2014: 59); si bien es cierto que en ocasiones hasta después de iniciado un tratamiento se tiene la oportunidad de comprobar que no esté resultando eficaz, invariablemente se deben ponderar los derechos del paciente y su bienestar para iniciar, interrumpir o terminar un tratamiento (Bátiz, 2014).

Bátiz (2014: 59-60) menciona que las causas de la obstinación diagnóstica y terapéutica de las que en ocasiones son víctimas algunos pacientes en etapa terminal, tienen relación con la dificultad “en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda del enfermo y su familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica”; no obstante, la obstinación diagnóstica y terapéutica tiene varias consecuencias, siendo una de ellas la frustración de los profesionales y de los enfermos, además de la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos.

Por otra parte, Arenas, Jiménez, Arenas, Díaz y Baltazar (2011) señalan que la aplicación de medidas extraordinarias en los pacientes puede derivar en daños físicos, psicológicos y sociales, por lo que éticamente no son aceptables y caen en el término conocido como “medicina fútil”, que son aquellas intervenciones que no tienen propósito útil para la persona enferma y que sí puede incrementar los costos de la atención recibida, estos autores indican que hay personal médico que carece de profesionalismo y de ética, y que sobre todo en el sector privado, llegan a ver a los pacientes como un cliente al que ofrecen sus productos y servicios, siendo ellos mismos y los hospitales que realizan la atención los mayormente beneficiados.

La futilidad en la medicina es un concepto antiguo; Hipócrates ya había establecido que los médicos deben negarse a tratar a quienes se encuentran dominados por su enfermedad, dándose cuenta en qué casos la medicina es impotente; la futilidad se entiende entonces como aquello que no sirve para un propósito útil, siendo la futilidad médica aquella acción clínica que no sirve para lograr un objetivo específico para un paciente determinado (Kasman, 2004).

Por lo tanto, aun y cuando sea una solicitud del paciente, todos aquellos procedimientos que no le produzcan beneficio alguno, deben ser desechados, ya que usar un procedimiento fútil

constituye una acción fraudulenta, pues se estaría alentando a la persona enferma sobre expectativas inexistentes o que carecen de un fundamento científico (Cantera, s/f: 290). Por su parte, Aghabarary y Nayeri (2016) muestran algunos tipos y ejemplos de futilidad médica.

Tabla 12. Tipos y ejemplos de futilidad médica.

Futilidad médica	Definición	Ejemplos
Estricta inutilidad fisiológica (Se centra en lograr los efectos fisiológicos de los tratamientos).	Los tratamientos no producen el efecto fisiológico deseado. Los tratamientos no ayudan a alcanzar los objetivos fisiológicos previstos.	Ineficacia de un antibiótico contra una infección viral. Ineficacia de la aspirina en el tratamiento del cáncer. El tratamiento no es efectivo para revertir un deterioro fisiológico que finalmente causará la muerte. El diagnóstico médico muestra una muerte inevitable y el tratamiento no tendrá ningún efecto fisiológico útil. Por ejemplo, la reanimación cardiopulmonar convencional para un paciente con ruptura de miocardio.
Inutilidad cuantitativa (Se centra en la tasa de éxito de un tratamiento).	La probabilidad de producir los efectos deseados es baja o escasa (menos del 1%).	La baja tasa de éxito en salvar la vida de un paciente de edad avanzada que sufre de cirrosis hepática en fase terminal y de una grave insuficiencia orgánica.
Inutilidad cualitativa (Se centra en el valor de los tratamientos en términos de calidad de vida).	Tratamientos que tienen los efectos fisiológicos deseados, pero los efectos son inútiles o inútiles para el paciente. El efecto es producible, pero hay controversias cargadas de valor sobre su justificación. Dada la desproporcionada proporción de beneficios, el tratamiento no tiene valor para la calidad de vida del paciente.	Una resucitación exitosa que finalmente resulta en un estado vegetativo para el paciente. Mala calidad de vida después de una resucitación exitosa en un paciente con cáncer en etapa final cuya supervivencia se había estimado en un 0%-10%. Prolongar la supervivencia por sólo dos meses usando agentes de quimioterapia costosos y potencialmente dañinos. Mantener la vida de un paciente terminal usando tratamientos de mantenimiento de vida (como el ventilador y los vasopresores).

Fuente: Aghabarary y Nayeri (2016).

Cabe aquí precisar que, en el caso de México, la prohibición de la obstinación terapéutica se contempla en el artículo 166 Bis de la Ley General de Salud, en la que también se define como

“la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía” (Ley General de Salud, 1984, Última Reforma DOF 20-08-2009, artículo 166 Bis 1 24 de enero 2020 última reforma).

Asimismo, en el artículo 166 Bis, 17 y 18, se estipula que el personal médico no debe implementar medidas extraordinarias al paciente en situación terminal sin su consentimiento y que, en todo momento para garantizar la calidad de vida y el respeto a la dignidad del paciente, se le prohíbe al personal médico la aplicación de tratamientos o medidas que se consideren como obstinación terapéutica o medios extraordinarios.

Por otra parte y de acuerdo a la apreciación de Cantera (s/f), la limitación del esfuerzo terapéutico es una medida aceptada desde una perspectiva bioética, ya que incorpora principios tales como la justicia, puesto que hay un mejor aprovechamiento de los recursos, al evitar la futilidad; además, incluye el principio de no maleficencia, al evitar el encarnizamiento terapéutico y aplica el principio de beneficencia, respetando en todo momento la dignidad de la persona enferma; asimismo, respeta el principio de autonomía, siempre y cuando se le proporcione al paciente información clara y veraz sobre su situación respecto a la enfermedad y la posibilidad o no de tratamiento eficaz.

De esta manera, cuando se agota la posibilidad de salvar una vida, se debe decidir si se debe pasar a un tratamiento de soporte vital completo o limitar las medidas que, de modo selectivo constituyen medidas paliativas o limitación del esfuerzo terapéutico; lo anterior se puede reflejar en la siguiente frase: “cuando no se puede curar, se debe cuidar” (Cantera, s/f: 291).

En este sentido, Pardo (2001) resalta la importancia de que el personal de salud tenga una mayor conciencia de los aspectos no técnicos del enfermar y esto implica el que haya, entre el personal, una formación humanística que genere una capacidad de empatía con el paciente; es decir, una atención centrada en la persona, por lo que es importante que esta formación incluya la enseñanza de la ética en general, el uso de protocolos de decisión en casos difíciles y la vigencia de comités de ética hospitalarios. Si bien el autor hace referencia a estos puntos, es importante señalar la preponderancia que adquiere la bioética en el discernimiento de este tipo de decisiones y la vigencia que los comités de bioética tienen en la Ley General de Salud para discutir estos casos, tal y como ya se ha mencionado en este estudio.

2.2.4.4. Objeción por conciencia

Se considera oportuno abordar el concepto de objeción por conciencia, ya que es un tema que tiene relación con los procedimientos de muerte médicamente asistida, por las implicaciones que representan este tipo de procedimientos en el personal de salud.

Para comenzar, la objeción por conciencia se puede explicar cómo la negación de una persona o un grupo social a observar o acatar una acción ordenada por la ley, apoyándose en causas personales tales como sus creencias ideológicas o religiosas, es decir, por motivos de conciencia (Hernández, 2001). Lisker (2009) coincide con el concepto anterior, ya que menciona que es oponerse a cumplir con una obligación legal que es incompatible con las convicciones de una persona, y proporciona ejemplos de objeción por conciencia que han prevalecido en la tradición

anglosajona, tales como rechazar ir como soldado a una guerra o formar parte de las fuerzas armadas de un país.

Kuře (2016:175) la define como un derecho de los profesionales de la salud a negarse a realizar procedimientos específicos o a rechazar la participación en dichos procedimientos que consideren contrarios a su conciencia o a su código moral religioso y, por lo tanto, inmorales, por lo que las reivindicaciones de conciencia de los médicos, enfermeras y demás personal de atención de la salud se refieren a cuestiones morales que afectan a su individualidad, identidad e integridad.

Por otra parte, Domínguez (2016: 194) señala que la objeción por conciencia surge de la libertad religiosa y cuyo objeto es “eximir del cumplimiento de ciertos deberes u obligaciones impuestos por la ley en virtud de que dichos deberes pueden afectar a la libertad de conciencia o a la libertad religiosa de algunas personas”.

Uriarte (2012) manifiesta en su artículo “La invalidez de la objeción de conciencia en materia de salud pública” que la objeción por conciencia puede poner en riesgo la salud de la población tutelada por las políticas públicas generadas para su protección, por lo que un acto de desobediencia pone en riesgo a la población que se busca proteger; por lo tanto, la objeción por conciencia frente a un acto de salud pública quedaría invalidada.

De esta manera, en casos donde con base a convicciones morales o religiosas, la objeción por conciencia entre en coalición con el derecho a la salud, en las mayorías de las jurisprudencias suele supeditarse al derecho de la protección de la salud, ya que la salud pública recae en manos del Estado, quien debe proteger siempre y en todo momento la salud de sus ciudadanos (Uriarte, 2012).

En este mismo tenor Lisker (2009) afirma que el tema de la objeción por conciencia se ha hecho presente en la actualidad en el ámbito de la medicina, y se manifiesta cuando el personal de salud se niega y/u obstaculiza que se realice alguna acción permitida por la ley utilizando como argumento sus creencias religiosas o ideológicas, el autor considera que esto es un dilema, ya que por un lado tanto médicos como todo el personal de salud tienen derecho a manifestar su deseo de no involucrarse en procedimientos que les produzcan serios conflictos morales, pero también el paciente tiene derecho al acceso de cualquier procedimiento médico permitido por la ley.

Por lo tanto, la objeción por conciencia implica, de acuerdo con el autor, que se busquen alternativas para resolver ese dilema y hacer compatibles ambas posiciones, y que por un lado no se obligue al médico a realizar cosas que no desea, pero sin perjudicar a los pacientes o las personas que soliciten un servicio médico, ya que estas personas constituyen su principal responsabilidad, predominando en la relación médico-paciente el respeto a la autonomía y decisión de este último (Lisker, 2009).

Schuklenk (2019, citado en Eberl, 2019) señala que hay una preocupación sobre que los objetores de conciencia lleguen a obstaculizar o impedir el acceso de los pacientes a ciertos servicios, ya que estarían ejerciendo su monopolio sobre dichos servicios, sobre todo en aquellos

lugares donde es difícil el acceso a la protección de la salud, tal como sucede en las zonas rurales, por lo que este tipo de acciones no sólo fracturan las relaciones profesionales del personal de salud con los pacientes, sino que genera una desconfianza hacia la profesión médica en general.

Sin embargo, hay posturas más contundentes, como la de Savulescu, profesor de bioética de la Universidad de Oxford en Inglaterra, quien señala que “las personas que no estén preparadas para proporcionar de manera eficiente servicios legalmente reconocidos, porque entran en conflicto con sus valores, no deberían ser médicos” (Savulescu, 2006 citado en Lisker 2009: 213).

En el mismo sentido, Rhodes (2019, citado en Eberl, 2019: 484) coincide con Savulescu al argumentar que, si una persona reconoce que el desempeño de ciertas responsabilidades profesionales entraría en conflicto con su conciencia, tiene que tomar una decisión moral de aceptar todas las responsabilidades de la profesión o bien elegir mejor otro papel profesional que sea compatible con sus creencias personales, por lo que se recalca que ser médico es asumir un papel social que se define por la sociedad y no por las opiniones personales sobre lo que implica la responsabilidad; de esta manera las personas que prometen libremente su adhesión a la profesión médica, aceptan todas las características sociales que acompañan a esta función, y si en la práctica niegan a los pacientes procedimientos médicos legales basándose en sus creencias acerca de la profesión o su persona, estarían violando una norma fundamental ética, al hacer una promesa como profesionista que no esté dispuesto a cumplir, de ese modo, la objeción por conciencia no tendría cabida en la práctica de la medicina.

En México, en la Ley General de Salud, en su artículo 166 Bis, 19 y 20, se señala que el personal médico que por decisión propia se niegue o deje de aplicar algún tratamiento o cuidado sin el consentimiento del paciente en situación terminal o en el caso de que el paciente esté impedido de expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, será sancionado conforme a lo establecido por las leyes aplicables (Ley General de Salud, 1984, reforma DOF 20-08-2009).

Sin embargo, en 2018 se adicionó el artículo 10 Bis, en el que se incluyó la objeción por conciencia, en donde se establece lo siguiente:

El personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional. El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral (Ley General de Salud, 1984, reforma DOF 11-05-2018).

Latife y Kraus (2019) argumentan que esta adhesión a la Ley General de Salud resulta inadecuada y con imprecisiones en su redacción, ya que no se especifica a qué casos de urgencia médica se refiere cuando se señala que el personal médico está obligado a prestar sus servicios y, sobre todo, lo que los autores consideran que es más grave es que dicho artículo no contempla que se garantice la existencia de personal no objetor que ofrezca el servicio en caso de que un personal médico objetor lo niegue. Por otra parte, en la ley no se hace referencia a estudiantes de medicina ni si también se incluye al resto del personal que trabaja en el área de la salud.

Por lo tanto, Latife y Kraus (2019) señalan que esta modificación a la Ley pudiera obstaculizar procedimientos como la eutanasia, en caso de que avanzara la legislación en México, y con esto se restringiría aún más el acceso a una muerte de calidad de acuerdo a la voluntad de las personas que se encuentran en una etapa final de su vida.

Con base en lo anterior, la autora de esta investigación considera importante buscar una postura más conciliadora respecto al tema de objeción por conciencia; por un lado, garantizar, como se ha establecido en la ley, el derecho del médico a objetar sobre participar en un procedimiento médico que afecte sus creencias o aspectos morales, siempre y cuando se garantice que se contará con personal médico no objetor para dar el servicio, ya que lo que debe prevalecer es la atención oportuna al paciente, respetar su autonomía y decisión de recibir atención sobre procedimientos legales, y especificar que en caso de urgencias y de no contar con personal no objetor, el médico o personal de salud disponible deberá dar la atención oportuna y de calidad a cualquier paciente, independientemente si coincide o no con sus creencias o ideologías.

Por otra parte, en el caso de México, y como se ha planteado en este estudio, en cuanto a la atención de pacientes con situación terminal, únicamente se estarían abordando procedimientos como limitación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y suspensión de tratamientos extraordinarios o fútiles.

2.3. Análisis desde la perspectiva de derechos humanos

2.3.1 Perspectiva de derechos humanos

El abordar los procedimientos de muerte médicamente asistida, como un medio para enfrentar la etapa final de la vida de un paciente en situación terminal, implica un abordaje centrado en los derechos humanos, los cuales se pueden definir como aquellas “libertades, inmunidades, pretensiones y potestades que corresponden a todo ser humano como condición para realizarse como sujeto moral y cuya satisfacción es condición necesaria y suficiente para justificar la existencia, el origen y el contenido de un sistema jurídico” (Hierro, 2000 en González, 2012:91). Asimismo, Serrano y Vázquez (2012), destacan que el elemento central de los derechos humanos es la dignidad humana.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2011), manifiesta que los derechos humanos incorporan las siguientes características principales:

- Son universales, por ser derechos inalienables de todos los seres humanos.
- Se centran en el valor igual de todos los seres humanos.
- Son indivisibles e interdependientes.
- No pueden ser suspendidos o retirados.
- Imponen obligaciones, particularmente a los Estados y a los agentes de los Estados.
- Han sido reconocidos por la comunidad internacional.
- Están protegidos por la ley.
- Protegen a las personas y a los grupos.

De esta manera, los derechos humanos son necesarios para el pleno desarrollo y vida digna de cualquier persona y requieren para su garantía incorporarse dentro del sistema normativo y político del Estado. En México, la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011, representa un logro relevante para caminar hacia una protección efectiva de los derechos humanos en el país (Ramírez, 2014).

Una de las aportaciones más trascendentes de esta reforma es la modificación de su artículo primero¹⁵, en el que los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos, de los que México es parte, adquirieron una vigencia a la par de la propia norma constitucional, esto conlleva la necesidad de analizar a profundidad estos documentos internacionales, ya que en la elaboración de las políticas públicas, entre ellas las políticas sociales, deben de utilizarse de guía para otorgar la mayor protección posible a los derechos de las personas. Lo anterior se verá reflejado en los planes y programas de gobierno que derivan, en primera, del mandato constitucional.

Por lo anterior y haciendo un análisis de cuáles son los derechos humanos que enmarcan el concepto de muerte digna, se considera oportuno examinar desde el marco internacional, regional y nacional de los derechos humanos, el derecho a la vida, a la dignidad humana, a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad y al principio de autonomía, ya que son los principales derechos que se involucran en el tema.

2.3.2 Derecho a la vida

El derecho a la vida es el principal argumento utilizado por diversos actores sociales para oponerse a que la práctica de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido sean legalizados. Cabe destacar que este derecho fue reconocido hasta la segunda mitad del siglo XX, derivado de la culminación de la Segunda Guerra Mundial y como consecuencia de los actos atroces en contra de la vida que ahí se cometieron (Díez-Picazo, 2005, citado en Flemate, 2015).

Es considerado un derecho subjetivo, lo cual significa que se puede hacer valer frente al Estado y frente a terceros, este carácter subjetivo presenta una particularidad que implica que toda violación al mismo tiene un carácter de irreversible, ya que implica la extinción de la persona titular de ese derecho (Díez-Picazo, 2005 citado en Flemate, 2015).

Los principales documentos en el Sistema de Protección Universal de los Derechos Humanos que contienen este derecho son los siguientes:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos señala en su artículo 3, “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.¹⁶
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos refiere en su artículo 6.1 que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.¹⁷

¹⁵ Ver artículo 1º de la Constitución Mexicana (1917).

¹⁶ Ver Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.

¹⁷ Ver Pacto de Derechos Civiles y Políticos, 1966.

Asimismo, el Comité de Derechos Humanos de la ONU en el año de 1982 emitió su Observación General No. 6¹⁸ sobre el derecho a la vida donde refiere que:

Todos los informes de los Estados Partes se han ocupado del derecho a la vida, enunciado en el artículo 6 del Pacto. Se trata del derecho supremo respecto del cual no se autoriza suspensión alguna, ni siquiera en situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la nación (art. 4). Sin embargo, el Comité ha observado que con frecuencia la información aportada en relación con el artículo se ha limitado solamente a uno u otro aspecto de ese derecho. Se trata de un derecho que no debe interpretarse en un sentido restrictivo. Además, el Comité ha observado que el derecho a la vida ha sido con mucha frecuencia interpretado en forma excesivamente restrictiva. La expresión “el derecho a la vida es inherente a la persona humana” no puede entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) exige que los Estados adopten medidas positivas. A este respecto, el Comité considera que sería oportuno que los Estados Partes tomaran todas las medidas posibles para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida (ONU, 1982).

Cuando el Comité de Derechos Humanos señaló que el derecho a la vida debe ser interpretado en sentido no restrictivo, se refiere a que por ejemplo, no es nada más una obligación del Estado el no privar de la vida a una persona de manera arbitraria, sino que los Estados partes tienen la responsabilidad de buscar los medios para preservar la vida y esto tiene que ver con derechos como la protección a la salud, el aumento de la esperanza de vida u otorgar un servicio de salud de calidad, es decir, debe de interpretarse este derecho en un sentido amplio, en el que el Estado juega un papel activo en su protección y en las medidas preventivas para preservar y proteger este derecho.

Cabe destacar que, el 3 de septiembre de 2019, el Comité de Derechos Humanos, publicó la Observación General No. 36 que sustituye las dos Observaciones Generales emitidas previamente sobre el derecho a la vida, en el punto nueve se desarrolla lo siguiente:

En los estados partes donde se permita que profesionales médicos brinden tratamiento o medios para facilitar la terminación de la vida de adultos que sufran , como los enfermos terminales, aquejados de graves dolores y sufrimiento físico o mental y que deseen morir con dignidad , se debe velar porque existan salva guardias legales e institucionales sólidas para verificar que los profesionales médicos se atengan a la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes, a fin de protegerlos de presiones y abusos. (Comité de Derechos Humanos, 2019).

Es importante señalar que esta reciente observación general que realiza el Comité de derechos humanos sobre el derecho a la vida es una posición orientadora acerca de la interpretación que los Estados Partes deben de realizar sobre el derecho a la vida, así como los alcances del término morir con dignidad y el respeto a la decisión libre e informada de los pacientes que enfrentan situaciones de enfermedades terminales con grave sufrimiento y dolor.

Es importante destacar que la observación general 36 solo reconoce la existencia en algunos países de los procedimientos médicamente asistidos, no prohíbe los mismos y opta por apelar a

¹⁸ El Comité de Derechos Humanos se creó en 1976 y tiene como finalidad supervisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El Comité tiene como función principal la de examinar informes que cada Estado parte está obligado a someter sobre las disposiciones que haya adoptado y de efecto a los derechos del Pacto y a los progresos realizados en cuanto al goce de esos derechos.

que en su práctica se eviten abusos que atenten contra la vida, sin embargo, no propone acciones más progresistas que propicien la suma de otros países en la legalización de estos procedimientos.

Por otra parte, el Sistema Interamericano aborda el derecho a la vida en dos de sus principales instrumentos:

- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su artículo primero refiere que “Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.¹⁹
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 4.1 señala que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.²⁰

Haciendo una interpretación más amplia de los instrumentos interamericanos señalados, en la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se han realizado interpretaciones y alcances del artículo 4 de la Convención Americana; cabe destacar que en el caso de Gangaran Pandi contra Surinam, sentencia que aborda la responsabilidad internacional del Estado de Surinam por la detención ilegal de Asok Gangaram a su llegada a Surinam, esta sentencia se emitió en 1994, tres jueces de la Corte Interamericana de Derechos Humanos tuvieron voto disidente y realizaron una interpretación más amplia del derecho a la vida:

El derecho a la vida y su garantía y respeto por los Estados no puede ser concebido de modo restrictivo. El mismo, no sólo supone que a nadie se le puede privar arbitrariamente de la vida (obligación negativa). Exige de los Estados, todavía más, tomar todas las providencias apropiadas para protegerla y preservarla (obligación positiva). La protección internacional de los derechos humanos, en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, tiene una dimensión preventiva en donde el deber de debida diligencia asume, en los casos de detención ilegal, connotaciones más severas. Esta, la debida diligencia, impone a los Estados el deber de una prevención razonable en aquellas situaciones -como ahora en el sub judice- que pudieran conducir, incluso por omisión, a la supresión de la inviolabilidad del derecho a la vida.²¹

En esta sentencia, se puede observar, cómo se retoma el argumento desarrollado en la observación general No. 6 de la ONU, respecto a interpretación amplia de la obligación del Estado de proteger la vida de las personas.

Asimismo, años más tarde la Corte Interamericana emitió una sentencia contra el Estado de Guatemala, donde se expone la posición que tiene el derecho a la vida referente a los demás derechos y hace esta relación entre este derecho y el contar con una vida digna. El caso es el de Villagrán Morales y otros contra Guatemala (2001) que se deriva de la detención y posterior asesinato de 5 menores por agentes policiales. Acciones al margen de la ley, hacia "Niños de la calle", sucesos que se venían cometiendo en ese país por parte de las fuerzas policiales.

¹⁹ Ver Declaración Americana de los Derechos y Obligaciones del Hombre, 1948.

²⁰ Ver Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969.

²¹ Voto disidente respecto al Caso Gangaran Pandi contra Surinam. Sentencia de 21 de enero de 1994. Serie C No. 16.

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.²²

En ambas sentencias se realizó una interpretación del derecho a la vida donde la colocaron como un derecho fundamental, ya que como bien se señala, de no existir este derecho el resto de los derechos de las personas no tendrían sentido; asimismo, se señala la importancia del que el Estado la proteja y busque preservarla. Y van más allá, se habla de garantizar las condiciones para tener una vida digna.

Por otra parte, al revisar la legislación mexicana, el derecho a la vida no está contenido expresamente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin embargo, en la reforma realizada en 2011 fueron incorporados los derechos contenidos en los tratados internacionales de los que México es parte, por lo que la definición del derecho a la vida e interpretación que se ha hecho sobre ella desde el contexto internacional señalado aplica para México.

Artículo 1. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia (CPEUM, 2017).

Por su parte, Hans (1979) señala que el derecho a la vida es un derecho que implica libertad y privacidad frente al Estado y pone como ejemplo el hecho de que cualquier persona puede cometer suicidio y en caso de no lograrlo no es procesado ya que es una conducta lícita, siempre y cuando no se involucre la participación de terceras personas (Hans, 1979, citado en Flemate, 2015).

En este sentido, el derecho a la vida es autónomo, cuyo bien protegido es el carácter valioso de la vida humana y que toda vida es digna de ser vivida; este autor sostiene al igual que, como se ha desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Interamericana, el derecho a la vida es el soporte del resto de los derechos fundamentales (Díez-Picazo 2005, citado en Díaz-Amado 2017).

Mañón (2016: 2) hace una interesante reflexión sobre si la vida debe considerarse siempre como un bien y si la muerte debe considerarse siempre como un mal, puesto que se suele visualizar que la vida tiene “un valor en sí” y al ser necesaria para tomar decisiones de manera libre, se entiende entonces que es un valor superior a la libertad. Esto, considera el autor, es erróneo, debido a que estar con vida es una condición de posibilidad para elegir, distinguiendo entre el

²² Caso Villagrán Morales y otros. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77.

valor de vivir y el valor de elegir o ser libre. Al considerarse la vida como un valor en sí, se parte del supuesto de que todas las vidas tienen el mismo significado, es decir, evaluaciones como “una vida fracasada o infeliz” no tendrían cabida; en consecuencia, se supondría que el estar con vida es el principal logro o valor.

Se considera que esta postura del autor es oportuna. Refiere que la vida es una condición necesaria para que las personas tengan la posibilidad de ejercer su derecho a la libertad, (mismo que será abordado en este apartado) y no significa que sea un valor superior; no obstante, si una persona considera que es preferible dar por concluida una vida que está lejos de considerarse para ella como “buena” o “valiosa”, puede inclusive ver a la muerte como un “bien”, como algo benéfico a una situación de indeseable sufrimiento, situación que muy probablemente nada tiene que ver con su idea de lo que considera como una buena vida.

Ahora bien, si se juzga a la eutanasia o al suicidio médicamente asistido desde una valoración individual de la propia vida, pueden entrar muchos estados psicológicos que van desde una persona que tiene intenciones suicidas por un estado de depresión o condición psiquiátrica pasajera o una persona en un estado cuádrupléjico incurable, por ejemplo, y en este contexto es importante que procedimientos como la eutanasia o el suicidio médico asistido se analicen en el sentido de determinar cuándo la vida es un bien y cuándo no lo es para las personas que están involucradas en esta decisión (Mañón, 2016). De esta manera se puede prevenir que una decisión de concluir con la propia vida no sea consecuencia, por mencionar un caso, de una depresión temporal que podría ser tratada.

De esta manera, y retomando la mirada al desarrollo jurídico internacional sobre el derecho a la vida, se pudiera interpretar en primera instancia que la vida es un derecho superior a otros derechos, sin embargo, y como se ha reflexionado, ¿qué sucede cuando la vida no es considerada como valiosa por la persona que la vive, o siendo considerada como valiosa por el paciente su situación derivada de alguna enfermedad dolorosa o terminal sea causa de un continuo sufrimiento y el paciente decide que es preferible morir?

El derecho a la vida, si bien es necesario para ejercer cualquier otro derecho, no implica que este sea un argumento suficiente para decir que es un derecho superior a los otros, por lo que, al entrar en colisión con otros derechos, se debe de ponderar su valor y determinar qué derecho debe prevalecer (Molero, 2014 citado en Flemate 2015).

En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN de aquí en adelante), en su Tesis (Constitucional) aislada 2003975, sostiene que:

Esta Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que no existen derechos humanos absolutos, por ello, conforme al artículo 1o., párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011, aquéllos pueden restringirse o suspenderse válidamente en los casos y con las condiciones que la misma Ley Fundamental establece. En este sentido, el artículo 30 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que las restricciones permitidas al goce y ejercicio de los derechos y las libertades reconocidas en ésta no pueden aplicarse sino conforme a las leyes dictadas en razón del interés general y de acuerdo con el propósito para el cual han sido establecidas (SCJN, 2013).

Ahora bien, la SCJN ha pronunciado en sus sentencias que la dignidad humana es el principal derecho base y fundamento en el que se asientan los demás derechos, es decir, no coloca al derecho a la vida como un derecho superior a los demás derechos humanos.

2.3.3. Derecho a la dignidad humana y el derecho a morir con dignidad

Es importante empezar por explicar qué es lo que se entiende como concepto de dignidad, ya que su definición suele ser ambigua y multívoca; dignidad proviene del latín dignitas que según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2001) significa calidad de digno. Asimismo, se relaciona con las nociones de “respeto”, de ser “merecedor de” o “acreedor a” (Román, Morales, Carlos y Martínez, 2017).

Como lo señala Castillo (2012: 26), el concepto de dignidad en relación con el ser humano es complejo y por lo mismo se debe abordar desde diversas ramas de las ciencias y disciplinas humanas (psicología, biología, antropología, filosofía, derechos humanos y trabajo social), debido a que cada una de ellas realiza una definición de dignidad según el análisis que efectúa de los diversos aspectos de la persona humana. Asimismo, la evolución que va teniendo la ciencia y los descubrimientos que se hacen y profundizan sobre las personas hace que los conceptos de ser humano y dignidad sean dinámicos y se vayan construyendo diferentes significados en torno a ellos; es decir, no todo está dicho sobre el ser humano y la dignidad.

Asimismo, existe una característica ontológica de la dignidad que consiste en que es intrínseca a todo ser humano; en otras palabras, la dignidad no está supeditada a que una persona tenga un mayor o menor desarrollo cultural, económico o intelectual, ya que supera cualquier tipo de estos condicionamientos (Castillo, 2012).

Entonces, la dignidad se torna un concepto complejo, sobre todo si se basa en términos de la fundamentación de los derechos humanos, pues se tiene la creencia errónea de que al estar ligados al hecho de ser persona, no cambian, es decir, los derechos serían los mismos sin importar tiempo y contexto, lo cual no es así, ya que la dignidad se relaciona en el propio contexto social de la persona y, por lo tanto, la forma de comprenderse puede evolucionar con el desarrollo de las sociedades (Román, Morales, Carlos y Martínez, 2017). Dicho de otra forma, lo que en este momento tiene valor, un significado, o es un derecho, no necesariamente lo será en el transcurso del tiempo y con los cambios sociales.

El derecho a la dignidad humana se encuentra en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, por ejemplo, en el Sistema Universal se sitúa en:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948), en su preámbulo refiere que: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”, posteriormente en el mismo preámbulo indica que, “Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana...” Asimismo en su artículo 1º plasma el siguiente enunciado: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”; más adelante, en su artículo 22 que aborda la seguridad social vuelve a hacer alusión a la dignidad humana:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la

organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (DUDH, 1948).

Por último, el artículo 23 habla acerca de los derechos laborales que coadyuven a “una existencia conforme a la dignidad humana”, son en estos derechos donde se ha plasmado el objetivo de protección y promoción de la dignidad humana.

Por otra parte, en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos (1966) y en el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966) se señala en su Preámbulo lo siguiente:

Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables. Reconociendo que estos derechos se derivan de la dignidad inherente a la persona humana.

En el caso del PDESC (1966) en su artículo 7, se señala el tener un trabajo que permita acceder a condiciones de existencia dignas.

Por otra parte, el derecho a la dignidad se encuentra reconocido en los siguientes instrumentos regionales:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en esta declaración se hace alusión a la dignidad humana en tres momentos. Al iniciar señala que “Los pueblos americanos han dignificado la persona humana”, posteriormente en su preámbulo refiere que “Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros y en su artículo 23 refiere que “Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros”.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 5 señala que “Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”. En su artículo 6 habla de la dignidad cuando se refiere a la prohibición de la esclavitud “El trabajo forzoso no debe afectar a la dignidad ni a la capacidad física e intelectual del recluso”. En su artículo 11 establece que “Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.”

Asimismo, retomando al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), esta última en la misma línea que otros tribunales internacionales ha hecho uso del término “dignidad humana” cuando se refiere a los ataques a la vida y a la integridad física y a la protección de otros derechos como a la honra o cuando la ha elevado a criterio para la determinación de las reparaciones debidas en casos de violaciones a derechos específicos. Tal es el caso de la siguiente sentencia que se refiere a la responsabilidad internacional del Estado hondureño por la detención y posterior desaparición de Ángel Manfredo Vélasquez:

Caso Velásquez contra Honduras²³:

“La primera obligación asumida por los Estados Partes, en los términos del citado artículo, es la de ‘respetar los derechos y libertades’ reconocidos en la Convención. El ejercicio de la función pública tiene unos límites que derivan de que los derechos humanos son atributos inherentes a la dignidad humana y, en consecuencia, superiores al poder del Estado. Como ya lo ha dicho la Corte en otra ocasión, ‘la protección a los derechos humanos, en especial a los derechos civiles y políticos recogidos en la Convención, parte de la afirmación de la existencia de ciertos atributos inviolables de la persona humana que no pueden ser legítimamente menoscabados por el ejercicio del poder público. Se trata de esferas individuales que el Estado no puede vulnerar o en los que sólo puede penetrar limitadamente’”.

En esta sentencia se destaca que los derechos humanos son inherentes a la dignidad humana, es decir, el fin que busca protegerse desde los derechos humanos es la dignidad de las personas, misma que proviene de los atributos que la hacen humana.

Del mismo modo, la dignidad humana se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que en su artículo 1º indica la prohibición de toda discriminación que atente contra la dignidad humana (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917). En este tenor, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la Tesis Aislada P. LXV/2009 reconoce a la dignidad humana como condición y base de los demás derechos fundamentales.²⁴

...es decir, que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso, constituyéndose como un derecho absolutamente fundamental, base y condición de todos los demás, el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad de la persona humana, y del cual se desprenden todos los demás derechos, en cuanto son necesarios para que los individuos desarrollen integralmente su personalidad, dentro de los que se encuentran, entre otros, el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre desarrollo de la personalidad, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal. Además, aun cuando estos derechos personalísimos no se enuncian expresamente en la Constitución General de la República, están implícitos en los tratados internacionales suscritos por México y, en todo caso, deben entenderse como derechos derivados del reconocimiento al derecho a la dignidad humana, pues sólo a través de su pleno respeto podrá hablarse de un ser humano en toda su dignidad.

Posteriormente, SCJN emitió, en 2011, otra Tesis Jurisprudencial, la I.5o.C.J/30 (9a.) que señala: “la dignidad humana es el origen, la esencia y el fin de todos los derechos humanos”.²⁵ Asimismo, en la Tesis Jurisprudencial I.5o.C.J/31 (9a.) emitida también en 2011, hace referencia al valor supremo de la dignidad humana al estar establecida en el artículo 1o. de la

²³ Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras, Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C. No. 4

²⁴ Tesis Aislada P. LXV/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p.8.

²⁵ Tesis de Jurisprudencia I.5o.C.J/30 (9a.) Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro I, octubre de 2011, t.3, p. 1528.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo.²⁶

Finalmente, la SCJN pronunció otra Tesis Jurisprudencial en 2016 1a./J. 37/2016 (10a.) en la que se reconoce a la dignidad humana como una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de las personas; es decir, no es sólo una declaración ética, sino que se reconoce en el ordenamiento como un bien jurídico con una amplia protección jurídica al ser considerado como un derecho fundamental, cuya importancia radica en ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Las personas poseen dignidad y no deberán de ser tratadas como un objeto, ni ser humilladas, degradadas, envilecidas o cosificadas.²⁷

De esta manera, la dignidad humana, a pesar de su aparente ambigüedad o subjetividad en su definición, no es un concepto que solamente se quede en un plano de lo ético, por lo que es un tema que está contemplado, como se ha visto, en tratados internacionales y en el caso de México, establecido en la Constitución e interpretado ampliamente por la Jurisprudencia de la SCJN. Siendo la dignidad humana un derecho fundamental para el logro de otros derechos, entre ellos el desarrollo libre de la personalidad, esto podría ser la base para argumentar la importancia de que este derecho sea salvaguardo en la etapa que conlleva al final de la vida, es decir, el derecho a morir con dignidad.

Como lo señala Taboada (2000), esta concepción de que todas las personas tienen el "derecho a morir con dignidad" ha sido y es un debate en los temas bioéticos contemporáneos que están relacionados con el final de la vida humana. Quienes están a favor del derecho a una tener una muerte medicamente asistida, señalan que este derecho incluye el poder disponer de la propia vida mediante procedimientos como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, y ponen como centro del argumento el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente.

Así, se sostiene que a ninguna persona se le puede obligar a vivir en condiciones de sufrimiento extremo si ésta no lo desea, por lo que los procedimientos para terminar con la vida de una forma médicamente asistida representan actos de beneficencia hacia pacientes que atraviesan situaciones límites al final de su vida (Taboada, 2000).

Como también manifiesta Álvarez del Río (2017: 120), el término dignidad, al ser ambiguo, se ha usado tanto para defender como para atacar procedimientos tales como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, por lo que la autora prefiere utilizar el término en un sentido subjetivo y con esto se refiere a que la dignidad está en función de lo que un paciente establezca como condiciones mínimas aceptables de vida, que es lo que finalmente interesa y que puede definirse por el propio paciente.

Como se puede observar, el derecho a la vida y el derecho a la dignidad humana representan los principales derechos humanos que entran en conflicto o contradicción cuando se aborda el tema de los procedimientos de muerte médicamente asistida, es decir, la eutanasia y el suicidio

²⁶ Tesis de Jurisprudencia I.5o.C.J/31 (9a.), Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro 1, octubre 2011, t. 3, p. 152.

²⁷ Tesis de Jurisprudencia 1a./J. 37/2016 (10a.) Primera Sala, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro 33, agosto 2016, t. 2, p. 633.

médicamente asistido, ya que conlleva el que se pueda hacer una valoración y ponderación desde el mismo sujeto de derechos, sobre cuál derecho tendría preponderancia para sí mismo, decisión que, como bien lo indica Álvarez del Río (2017), tendría que venir de la propia persona tutelar de esos derechos.

Por otra parte, existen otros derechos humanos en los que se fundamenta la práctica de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como un medio para que las personas puedan tener una muerte digna, los cuales se reflexionan a continuación.

2.3.4. Derecho a la libertad

Cuando se aborda la posibilidad de realizar un procedimiento como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, hay un derecho que cobra importancia porque es condición necesaria para que una persona pueda ejercer su voluntad y su autonomía para decidir lo que es mejor para ella misma, este derecho es la libertad.

De acuerdo con Peces-Barba (1996 citado por Flemate 2018: 184), la libertad es un derecho central, el cual se apoya de otros valores como la igualdad, la seguridad jurídica y la solidaridad. Asimismo, se define como una condición imprescindible para que las personas puedan alcanzar los objetivos y fines morales que se propongan; este autor agrega que la libertad es una expresión de la dignidad humana.

El derecho a la libertad se encuentra contenido en diversos instrumentos de protección de los derechos humanos, que lo incluyen en un sentido amplio, y en específico se centran en el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia, religión y de expresión. Cabe señalar que la libertad implica también el derecho al libre desarrollo de la personalidad, pero por su relevancia con el tema, se dedicará un análisis sobre este derecho en particular.

En el sistema universal de protección de los derechos humanos, la libertad se expresa en los siguientes instrumentos del Sistema universal de derechos humanos, tales como:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): Expresa en su preámbulo que la libertad tiene relación directa con la dignidad de las personas y con los derechos iguales e inalienables de toda la familia humana. Asimismo, se destaca en esta parte el disfrute de la libertad de palabra y de la libertad de creencias. En su artículo 1 refiere que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”; posteriormente en su artículo 3 refiere que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Y en lo específico, es decir, al desarrollar cierto tipo de libertades, señala, en su artículo 18 que “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Por último, en su artículo 19 refiere que “Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión”.
- Pacto de Derechos Civiles y Políticos (1966): El artículo 18 refiere que “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección”.

El Sistema interamericano, aborda el derecho a la libertad en los siguientes documentos:

- Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948): En su artículo 1 plasma que “Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de

su persona”. En su artículo 3 se señala que “Toda persona tienen el derecho de profesar libremente su creencia religiosa y de manifestarla y practicarla en público y en privado”.

- Convención Americana de Derechos Humanos, también conocida como Pacto de San José (1969), en su preámbulo reafirma que su propósito es consolidar en este Continente, dentro del cuadro de las instituciones democráticas, un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre”. Asimismo, su artículo 12 aborda el derecho de libertad de conciencia y de religión:

Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión. Este derecho implica la libertad de conservar su religión o sus creencias, o de cambiar de religión o de creencias, así como la libertad de profesar y divulgar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado...La libertad de manifestar la propia religión y las propias creencias está sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicas o los derechos o libertades de los demás.

El artículo 13 refiere al derecho de libertad de pensamiento y de expresión. “Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección”.

En los documentos antes citados, se puede apreciar la relación estrecha que tiene el derecho a la libertad con el derecho a la dignidad humana y el principio de autonomía; por eso se establece que es un derecho base para el resto de los derechos; asimismo, el derecho a la libertad de pensamientos y creencias va más allá de sólo acotarlo a elegir o profesar alguna religión, tiene que ver con las ideologías de las personas y la forma de interpretar el mundo y su realidad; en este sentido, la libertad para pensar y concebir los procesos que las personas enfrentan al final de la vida deben ser escuchados y atendidos, ya que corresponden a esa libertad de pensar, de creer y de poder expresar lo que se considera mejor para sí mismo.

Por otra parte, la libertad de expresión abarca, además de poder pensar, creer o expresarse libremente, el que las personas cuenten con suficiente información para emitir un juicio o tomar decisiones. En el caso de las personas que enfrentan situaciones relacionadas con su salud y pronóstico de vida, es necesario que se garantice el derecho de recibir toda la información suficiente y oportuna, para que sea la misma persona quien decida qué tratamiento quiere seguir o las opciones que tiene para enfrentar una fase terminal de su vida.

Asimismo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la jurisprudencia que ha desarrollado, se ha pronunciado al respecto de este derecho; específicamente en los siguientes casos se explica el alcance del derecho a la libertad.

Caso: Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez contra Ecuador,²⁸ este caso analiza la responsabilidad internacional del Estado de Ecuador por la detención ilegal e incomunicación de Juan Carlos Chaparro y Freddy Lapo Íñiguez, así como el allanamiento a su empresa por agentes estatales.

En sentido amplio la libertad sería la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones

²⁸ Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez Vs. Ecuador, Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C. No. 170

y convicciones. La seguridad, por su parte, sería la ausencia de perturbaciones que restrinjan o limiten la libertad más allá de lo razonable. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana. En efecto, del Preámbulo se desprende el propósito de los Estados Americanos de consolidar "un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre", y el reconocimiento de que "sólo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento de temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos". De esta forma, cada uno de los derechos humanos protege un aspecto de la libertad del individuo.

En esta sentencia, la Corte Interamericana refiere algo muy importante para el tema que se desarrolla, y es que las personas pueden decidir sobre su propia vida, sobre organizar de acuerdo a sus opciones o convicciones lo que consideren mejor para ellas mismas. Tomando lo anterior como base, el llevar o no un tratamiento médico es una libertad que en el caso de México se encuentra legalmente contemplada a través de leyes que respaldan la decisión de la limitación del esfuerzo terapéutico y el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos, incluso de soporte vital, así como de recibir cuidados paliativos; la libertad que no se puede ejercer es la libertad de decidir el disponer de la propia vida con la ayuda médica requerida cuando una persona considera que no desea continuar con algún tratamiento o procedimiento médico, en estos casos, las personas no tienen la libertad de decidir acortar su vida solicitando un procedimiento como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

En este caso se distinguen dos situaciones: 1) el paciente que ya no quiere vivir y tiene un tratamiento que puede rechazar para morir y en ese sentido tiene la libertad y el sustento legal para hacerlo, 2) el paciente que quiere morir, pero necesita un medicamento para conseguirlo porque no tiene un tratamiento que al rechazar causaría su muerte y es ahí donde no puede ejercer su derecho a decidir.

Otra sentencia es el caso Artavia Murillo y otros contra Costa Rica²⁹, este caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por las afectaciones generadas a un grupo de personas a partir de la prohibición general de la fecundación in vitro.

El artículo 11 de la Convención Americana requiere la protección estatal de los individuos frente a las acciones arbitrarias de las instituciones estatales que afectan la vida privada y familiar. Prohíbe toda injerencia arbitraria o abusiva en la vida privada de las personas, enunciando diversos ámbitos de la misma como la vida privada de sus familias. En ese sentido, la Corte ha sostenido que el ámbito de la privacidad se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública. Además, esta Corte ha interpretado en forma amplia el artículo 7 de la Convención Americana al señalar que éste incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana. Asimismo, la Corte ha resaltado el concepto de libertad y la posibilidad de todo ser humano de auto-determinarse y escoger

²⁹ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257. Párrafo 148

libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones.

En esta sentencia, la Corte Interamericana de Derechos Humanos nuevamente desarrolla el derecho a la libertad y la importancia de que no haya una injerencia arbitraria en la vida privada de las personas; se destaca la importancia de contar con esa libertad de autodeterminación para que una persona pueda tener elecciones que le den sentido a su existencia. Tomando esa interpretación que realiza la corte, las decisiones sobre mantener o acortar la vida por parte de un paciente en etapa terminal no deberían ser restringidas por la acción estatal. Si un individuo puede discernir libremente y con todas sus capacidades si desea o no prolongar un tratamiento o una situación médica que atenta con su concepción de dignidad, los procedimientos de muerte médicamente asistida deberían ser una opción.

Respecto a la legislación nacional, se encuentra que en la Constitución Mexicana (1917) se expresa en su artículo 1 la prohibición de la esclavitud y habla de la prohibición de todo acto de discriminación que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Asimismo, en su artículo 24 expresa: “Toda persona tiene derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, y a tener o adoptar, en su caso, la de su agrado”.

De esta manera, la Constitución de México incluye el concepto de libertad que es plasmado en los instrumentos internacionales. Aquí se habla de poder adoptar las convicciones que las personas consideren éticamente lo mejor para sí mismas.

2.3.5. Derecho al libre desarrollo de la personalidad

Este derecho es también relevante para el tema estudiado, es importante destacar que ha sido ampliamente interpretado, no sólo en los documentos internacionales, ya que en la jurisprudencia internacional y nacional se ha desarrollado su contenido para tener un mayor entendimiento de sus principales características, límites y alcances.

El derecho al libre desarrollo de la personalidad se encuentra contenido en el principal documento del Sistema Universal de los Derechos Humanos. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), en su artículo 22, hace referencia a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales como indispensables para el libre desarrollo de la personalidad; en su artículo 26 menciona que “la educación tiene como objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales”, y por último, el artículo 29 señala que: “Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad”.

En el Sistema interamericano es donde el derecho al libre desarrollo de la personalidad encuentra mayor descripción; esto, a través de sus instrumentos y desarrollo jurisprudencial de la Corte Interamericana.

- En la Carta de la Organización de los Estados Americanos (1948) reconoció que: “...la misión histórica de América es ofrecer al hombre una tierra de libertad y un ámbito favorable para el desarrollo de su personalidad y la realización de sus justas aspiraciones”. Asimismo, plantea como objetivo del continente y de la organización procurar el establecimiento y creación de las condiciones necesarias para que todos sus habitantes puedan desarrollar libremente su personalidad.

- Por su parte, la Convención Americana de Derechos Humanos (1969) estableció en su preámbulo que: “Reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la personalidad humana”.
- Por último, el Protocolo de San Salvador (1988), en su Artículo 18 estipuló que: “Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad”.

En los anteriores instrumentos se puede apreciar que el cumplimiento de los derechos humanos, llámense civiles, políticos, económicos, sociales o culturales, tienen como finalidad el que todas las personas puedan desarrollar libremente su personalidad y, en este sentido, el Estado debe de garantizar que todas las personas lo logren. Se da un mayor énfasis a aquellas personas que encuentran disminuidas sus capacidades físicas o mentales; dicho esto, se tendría que reflexionar acerca de que el desarrollo de la libre personalidad incluye la etapa en la que una persona se encuentra al final de su vida, y es su decisión de cómo quiera enfrentar esta etapa. Estas decisiones, además, se desarrollan en el ámbito de la vida privada, que como ya se ha comentado, el Estado no tendría por qué tener una injerencia arbitraria.

Al respecto de la vida privada, y retomando la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el Caso Artavia contra Costa Rica³⁰, la Corte sostuvo que:

El ámbito de protección del derecho a la vida privada ha sido interpretado en términos amplios por los tribunales internacionales de derechos humanos, al señalar que éste va más allá del derecho a la privacidad. La protección a la vida privada abarca una serie de factores relacionados con la dignidad del individuo, incluyendo, por ejemplo, la capacidad para desarrollar la propia personalidad y aspiraciones, determinar su propia identidad y definir sus propias relaciones personales. El concepto de vida privada engloba aspectos de la identidad física y social, incluyendo el derecho a la autonomía personal, desarrollo personal y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos y con el mundo exterior. La efectividad del ejercicio del derecho a la vida privada es decisiva para la posibilidad de ejercer la autonomía personal sobre el futuro curso de eventos relevantes para la calidad de vida de la persona. La vida privada incluye la forma en que el individuo se ve a sí mismo y cómo decide proyectarse hacia los demás, y es una condición indispensable para el libre desarrollo de la personalidad.

Como se puede apreciar en esta sentencia, se señala que el Estado debe proteger la vida privada de las personas, incluso se habla de que esto es base para que, partiendo de la autonomía de la persona, ella pueda aspirar a tener una adecuada calidad de vida. Es importante destacar aquí la propia noción de calidad de vida que pueda tener una persona, y aquí cabría reflexionar si es justificable priorizar la vida cuando la persona de manera consciente e informada concluye que ya no está llevando una vida con calidad y deja de considerar ésta como una “buena vida”.

Respecto al marco jurídico nacional, la SCJN en 2009 se pronunció acerca del derecho al libre desarrollo de la personalidad con la siguiente Tesis aislada:

³⁰ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257.

De la dignidad humana, como derecho fundamental superior reconocido por el orden jurídico mexicano, deriva, entre otros derechos personalísimos, el de todo individuo a elegir en forma libre y autónoma su proyecto de vida. Así, acorde a la doctrina y jurisprudencia comparadas, tal derecho es el reconocimiento del Estado sobre la facultad natural de toda persona a ser individualmente como quiere ser, sin coacción ni controles injustificados, con el fin de cumplir las metas u objetivos que se ha fijado, de acuerdo con sus valores, ideas, expectativas, gustos, etcétera.³¹

En esta sentencia se plasma claramente que una persona tiene el derecho a cumplir con sus metas u objetivos; esta interpretación implica que estas decisiones no deberían de ser coartadas en el caso de que la persona haya decidido no continuar con algún tratamiento médico o no desea llevar un procedimiento paliativo; es decir, cuando una persona solicite tener una muerte asistida que cumpla con su visión de tener una muerte con dignidad.

Posteriormente en el año 2015, la SCJN desarrolló en otra Tesis aislada, el contenido de lo que implica el derecho al libre desarrollo de la personalidad:

Existe una serie de derechos que tienen por objeto que la dignidad humana sea garantizada y, por tanto, permiten que toda persona alcance un estado de plenitud física y mental, entre ellos, se encuentra el libre desarrollo de la personalidad, derecho fundamental superior que, de acuerdo con Anabella del Moral Ferrer, en su obra "El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana", Cuestiones Jurídicas, Vol. VI, Núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 63-96, Universidad Rafael Urdeneta, Maracaibo, Venezuela, se integra por tres elementos: 1) La libertad general de actuar; 2) La autonomía (que implica la autodeterminación); y, 3) La libertad de elección u opción. Lo anterior incluye la libertad de hacer o no hacer lo que se considere conveniente para la existencia de cada ser humano, como el contraer o no matrimonio. Su propia naturaleza precisa que el Estado no sólo se abstenga de interferir en el desarrollo autónomo del individuo; sino por el contrario, demanda que garantice y procure las condiciones más favorables para que todos los habitantes alcancen sus aspiraciones y, por tanto, su realización personal y de vida.³²

Y nuevamente la SCJN, al resolver sobre el caso del divorcio con causales, emitió una tesis de carácter jurisprudencial donde define este derecho como:

El libre desarrollo de la personalidad constituye la expresión jurídica del principio liberal de "autonomía de la persona", de acuerdo con el cual al ser valiosa en sí misma la libre elección individual de planes de vida, el Estado tiene prohibido interferir en la elección de éstos, debiéndose limitar a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno elija, así como a impedir la interferencia de otras personas en su persecución. En el ordenamiento mexicano, el libre desarrollo de la personalidad es un derecho fundamental que permite a los individuos elegir y materializar los planes

³¹ Tesis Aislada, 2009, 165822. P. LXVI/2009. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXX, Pág. 7.

³² Tesis Aislada: III.2o.C.25 C (10a.) Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, libro 19, junio de 2015, Tomo III Registro IUS. 2009512

de vida que estimen convenientes, cuyos límites externos son exclusivamente el orden público y los derechos de terceros³³.

En los pronunciamientos que hace la SCJN se analizó la relación entre el derecho a libre desarrollo de la personalidad y su relación con el principio de autonomía, se destaca que el Estado no debe de interferir en la libre elección de los planes de vida de las personas, inclusive se señala que las instituciones deben de facilitar la consecución de estos planes, situación que al estar penalizada la práctica de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido no se está dando cumplimiento. En este sentido, se debe tener en cuenta que lo que está en juego en la muerte asistida es que otro debe de ayudar.

Es importante además señalar que, aunque la SCJN pone como límite a este derecho la afectación a terceras personas y al orden público, los procedimientos médicos que se están abordando no traspasan esos límites que establece la corte. La muerte asistida implica que hay ocasiones en que causar la muerte es aceptable, pero si no fuera por la condición especial del paciente, sí se traspasarían los límites.

2.3.6. Principio de autonomía

Respecto al principio de autonomía, ésta se ha manifestado como un deseo de reivindicación de derechos fundamentales del individuo frente a los poderes y arbitrariedades del Estado; y es junto a esa reivindicación en el ámbito político, que también se ha trasladado al medio de la medicina, reflejada en lo concreto en las relaciones que se establecen entre médico-paciente; es decir, es la autoafirmación de la persona que padece una enfermedad, frente a quien ostenta por su conocimiento una posición superior y que ha dominado históricamente la relación médico-paciente (Diez, 2013).

En este sentido, la autonomía supone el reconocimiento de un actuar autorresponsable de cada persona; es reconocer que tiene derecho a elegir su propio destino vital y personal con respecto a sus propias convicciones e idea del mundo, siempre y cuando esa libertad de elección no perjudique los derechos de terceros (Diez, 2013). En esta postura del autor se puede observar cómo el principio de autonomía se relaciona directamente con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, con el derecho a la libertad de pensar, de creer y de interpretar el mundo y cómo en el ámbito médico se antepone este principio del paciente, ante quien, por tener conocimientos especializados en el ámbito de la salud, pudiera tomar decisiones arbitrarias.

Diez (2013: 122) refiere que el respeto al principio de autonomía de las personas parte de dos premisas:

- a) que todos y cada uno de los individuos deben de ser tratados como agentes autónomos que toman sus propias decisiones.
- b) y que todas las personas cuya capacidad de decisión, por las razones que sean, se encuentre disminuida, tienen derecho a su protección a fin de evitar decisiones que les perjudiquen, relevando su consideración de persona a un segundo plano o nivel.

³³ Tesis de jurisprudencia 28/2015 (10a.). Aprobada por la Primera Sala de este Alto Tribunal, en sesión de fecha quince de abril de dos mil quince.

Estas premisas son relevantes, ya que como se ha especificado a lo largo de este estudio, los procedimientos de muerte médicamente asistida, eutanasia y suicidio médicamente asistido, se acotan a aquellos casos donde hay una voluntad expresa de la persona.

En este contexto, el principio de autonomía encuentra su fundamento jurídico en el Sistema Universal, específicamente en La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), en la cual se aborda el principio de autonomía y responsabilidad individual y en donde se establece que se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Por otra parte, en el marco jurídico nacional se cita en la tesis jurisprudencial 28/2015 (10a.) “El libre desarrollo de la personalidad constituye la expresión jurídica del principio liberal de autonomía de la persona”³⁴, con lo cual, como ya se ha mencionado, se da la relación entre el libre desarrollo de la personalidad y este principio.

Ahora bien, después de realizar una revisión de los principales derechos que se ven involucrados en el tema de muerte digna, se puede constatar cómo estos derechos van de la mano y cada uno aporta un fundamento al estudio del tema, de ahí la característica de los derechos humanos que hablan de la interdependencia y la integralidad de los mismos, ya que el cumplimiento de un derecho depende del cumplimiento de otros derechos que están directamente involucrados.

2.4. Avances en la aplicación de la muerte médicamente asistida: Contexto internacional y reflexiones en torno a México

2.4.1. La experiencia internacional en el tema

El suicidio médicamente asistido y la eutanasia son permitidos legalmente en algunos países; la eutanasia está legalizada en seis países, siendo estos Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Colombia, España y Canadá; el suicidio médicamente asistido, también en algunos países de Europa, como Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza, cabe señalar que en éste último país es legal el suicidio asistido, ya que no se acota al contexto médico; asimismo, es permitido en algunos estados de Estados Unidos (Oregón, Washington, Montana, Vermont y California, Colorado, Hawaii, Nueva Jersey, Maine y Washington DC), así como en España, Nueva Zelanda, algunos estados de Australia y de Canadá.

Cabe señalar que situaciones sobre el fin de la vida se han discutido ampliamente en algunas sentencias del tribunal europeo que atañen a casos de países como Reino Unido, Suiza, Alemania y Francia, en donde se han emitido resoluciones que abonan a la interpretación del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades en este tema. Recientemente en Perú se acaba de emitir una sentencia a favor de una paciente que promovió un amparo para acceder a la eutanasia. En el caso de México no se tiene conocimiento

³⁴ Tesis de jurisprudencia 28/2015 (10a.). Aprobada por la Primera Sala de este Alto Tribunal, en sesión de fecha quince de abril de dos mil quince.

de casos que hayan llegado a una discusión en los tribunales locales, ni mucho menos en la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

En la siguiente tabla se muestra la relación entre procedimientos de MMA y los países en los cuales son permitidos, así como los años en que se realizó su regularización jurídica:

Tabla 13. Países que regulan la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

Países	Eutanasia	Suicidio médicamente asistido
Holanda (2001)	x	X
Bélgica (2002)	X	X
Países Bajos (2002)	x	X
Luxemburgo (2009)	x	X
Colombia (2015)	x	
Canadá (2016)	x	X
Suiza (2006)		X
EU: Oregón (1997), Washington (2008), Vermont (2013), Montana (2008), California (2015), Colorado (2016), Distrito de Columbia (2017) y Nueva Jersey (2019)		x
Australia (2020)		x
Nueva Zelanda (2021)	x	
Portugal (2023)	x	
España (2021)	x	

Fuente: Elaboración propia con información de Derecho a Morir con Dignidad AC (S/F).

Con el fin de explorar cuáles fueron las bases o circunstancias por las que atravesaron estos países para regularizar las prácticas de muerte médicamente asistida, se analizaron algunas de las experiencias que se consideraron más relevantes, ya sea por el proceso que las acompañó o por ser Estados pioneros en la materia. Lo anterior, con el fin de conocer el camino recorrido para alcanzar los avances que en la actualidad se tienen respecto a estos temas y reflexionar acerca de las experiencias que pudieran ser replicadas por México; en ese sentido, en particular se analizaron las experiencias de Holanda, Bélgica, del Estado de Oregón en Estados Unidos, Colombia, Canadá y España.

2.4.1.1. El caso de Holanda

Holanda tiene una experiencia de más de 40 años de abordar este tema, abordaje que inició con reflexiones y discusiones para enfrentar las situaciones médicas al final de la vida. Un escenario que favoreció los avances fue que el gobierno fungió como un impulsor de un debate abierto sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En lugar de ignorar que estos procedimientos se realizaran en la clandestinidad, se buscó documentar la frecuencia y la forma en que se efectuaban; esto, más los casos que se llevaron a juicio, propició la revisión de sus leyes, concluyendo en su legalización (Álvarez del Río y Kraus, 2007).

Cabe destacar que este proceso contó con perspectivas tanto éticas como legales y recorrió tanto la vía judicial como la médica y social. Por ejemplo, se tuvo la participación de la Real Asociación Médica Holandesa, la cual, en el año 1984, emitió unos criterios orientadores para

los médicos sobre la práctica de la eutanasia, los cuales fueron fundamentales para el avance del tema (Lorda y Barrio, 2012).

Uno de los casos paradigmáticos sobre el tema y que fue llevado a juicio en ese país, sucedió en 1973, en contra de la médica Geertruida Postma, quien dio muerte a su madre inyectándole morfina; fue el sufrimiento con que vivía por esa condición médica lo que motivó esta acción ya que su madre sufría las secuelas de una hemorragia cerebral, misma que la había dejado en cama paralizada, con una condición de sordera y casi sin poder hablar; esta mujer ya había intentado suicidarse, fallando en su intento, por lo que había pedido a su hija que le ayudara a poner fin a su vida, aunque la médica Postma fue sentenciada, recibió como castigo una semana condicional de cárcel (Álvarez del Río y Kraus, 2007).

Este caso constituyó la primera vez que un tribunal de Holanda dictó una resolución en la que se admitió una serie de condiciones que justificaban la eutanasia. Derivado de esto, se aprobaron algunos requisitos que suprimían el castigo de conductas de eutanasia o ayuda al suicidio, entre ellos que fueran casos de personas que se encuentran en una fase terminal de la enfermedad, en una situación de dolor insoportable y que el procedimiento sea realizado por un médico y que el paciente solicite por escrito la realización del mismo (Flemate, 2015).

De esta manera, se sentó el precedente legal de que el personal médico puede prevenir el sufrimiento grave o intolerable a un paciente, independientemente de que eso acorte la vida de la persona (Álvarez del Río y Kraus, 2007). Cabe destacar que en esta resolución queda abierta la posibilidad de que haya o no la intención de terminar con la vida del paciente, es decir que la muerte puede devenir del procedimiento utilizado por el personal médico para paliar el sufrimiento sin ser la intención de poner fin a la vida del paciente.

Respecto al suicidio médicamente asistido, se tiene documentado el caso que resolvió el tribunal de Rotterdam en el año 1981, cuando una mujer que creía que padecía cáncer acudió con una persona que pertenecía a la asociación por eutanasia voluntaria, la cual aceptó recetarle una dosis alta de medicamentos que provocaron la muerte de la mujer; en este caso, aunque el tribunal emitió una sentencia condenatoria, realizó las siguientes precisiones respecto a la práctica de este procedimiento de muerte médicamente asistida (Flemate, 2015:245):

- a) que la persona padezca sufrimiento físico o psicológico insoportable y persistente;
- b) que la decisión de morir se tome de forma voluntaria y firme;
- c) que la persona tenga pleno conocimiento de su situación y de las posibles alternativas;
- d) que no haya perspectivas de mejora;
- e) que la muerte no cause un sufrimiento innecesario a terceros;
- f) que la decisión no sea tomada por una sola persona; y
- g) que un médico tome parte en la decisión de prestar ayuda y que debe ser él quien prescriba la medicina a utilizar, solicitando la opinión de otro facultativo a fin de extremar las garantías en la decisión.

Luego de otros casos que fueron analizados en los tribunales, en los que destaca uno en el que una paciente presentaba sufrimiento psíquico intolerable como consecuencia de una depresión grave y sin pronóstico de mejora, y a quien le fue practicado el auxilio al suicidio, esto propició que se continuara con el debate en ese país y con las resoluciones en los tribunales. Fue así como Holanda se convirtió en el primer país en legislar a favor de la eutanasia; fue en el año 2001, cuando el Senado del Reino de Holanda aprobó la Ley Korthals/Borst 26691 que entró en vigor

el primero de abril de 2002, como consecuencia de esta ley, se tuvo que reformar el código penal y la Ley General de Derecho Administrativo (Flemate, 2015).

La ley holandesa fue denominada Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio y contempla en su artículo segundo los siguientes requisitos para que un médico pueda aplicar un procedimiento de muerte médicamente asistida. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:

- a) Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada,
- b) Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora,
- c) Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro,
- d) Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último,
- e) Ha consultado, por lo menos con un médico independiente, que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a al d, y
- f) Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles (Senado, 2000-2001 en Bioéticaweb, 2014).

Cabe señalar que este artículo también contempla atender las peticiones de pacientes que se encuentren en una edad de entre 16 y 18 años que realizan una petición de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, siempre y cuando los padres o tutores hayan participado en la decisión; asimismo, acepta solicitudes de menores de entre 12 y 16 años, en el caso de que los padres o tutores también estén de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o auxiliarlo al suicidio, además, añade que los casos de pacientes que cuenten con una edad mínima de 16 años y no se encuentren en condiciones de expresar su voluntad, pudieran redactar una declaración previa a ese estado donde manifestaran su deseo de concluir con su vida, también son aceptados (Senado, 2000-2001, en Bioéticaweb, 2014).

Como se puede observar, los motivos para que un paciente solicite alguno de los procedimientos de muerte médicamente asistida son amplios, ya que no se restringe a personas con enfermedades terminales; hace referencia a los casos en donde el padecimiento sea insoportable y sin posibilidad de mejora, además, deja abierta la posibilidad a casos de padecimientos físicos y/o psíquicos que no necesariamente impliquen la muerte del paciente, como los casos de tetraplégicos o de enfermedades crónico degenerativas.

Ahora bien, algunos datos importantes desde la entrada en vigor de la ley que legaliza la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son los siguientes: hubo durante ese año (2002), 1,882 procedimientos realizados; para el año 2015 fueron 5,516, que representaron 3.75% de todas las muertes registradas durante ese periodo; para 2016 sumaron 6,091 procedimientos, mismos que representaron 4% de todas las muertes contabilizadas en dicho año en el país, aunque cabe destacar que los médicos suelen rechazar la mitad de las peticiones recibidas (Ferrer, 2017).

Respecto a las causas por las que se practicaron los procedimientos se puede señalar que, durante 2016, de los 6,091 casos, 83% de los pacientes padecía cáncer, enfermedades como Parkinson,

esclerosis múltiple, ELA, o bien eran enfermos de corazón y pulmón; 141 personas sufrían una demencia en fase inicial, con síntomas como pérdida de la orientación o cambios de personalidad visibles, 60 se llevaron a cabo por problemas psiquiátricos, 244 por acumulación de males propios de la edad avanzada y 1,509 por otros trastornos; 96% de los casos de eutanasia fueron practicados por un médico, 3.5% se propició ayuda al suicidio y en 0.3% se dio una combinación de ambas modalidades: asistencia al suicidio y eutanasia (Ferrer, 2017).

Estos datos permiten apreciar que la solicitud para recurrir a estos procedimientos ha sido por motivos diversos, mayormente por afectaciones físicas crónico-degenerativas, que en algunos casos se relacionan a una edad avanzada de los pacientes; esto es importante, ya que pudiera pensarse que la muerte médicamente asistida va relacionada con el envejecimiento de la población, y en el caso específico de Holanda se ha mostrado que ha sido una salida para estos padecimientos incurables y que generan sufrimiento intolerable para quienes lo han solicitado.

2.4.1.2. El caso de Bélgica

Bélgica comenzó el debate sobre la eutanasia al mismo tiempo que fue dado a conocer el primer caso llevado a juicio en Holanda (Dra. Geertruida Postma); un primer elemento fundamental del debate fue el dictamen que en 1997 hizo el Comité Asesor de Bioética de Bélgica, a petición de los Presidentes del Senado y del Parlamento, en el cual se estableció una definición de lo que debía entenderse por eutanasia, en la que se le describe como “un acto realizado por una persona que pone fin a la vida de otra de manera intencionada a petición de ésta última” (Lorda y Barrio, 2012: 8).

La Comisión estableció que la eutanasia se discutiría únicamente para casos en los que el procedimiento fuera realizado por el personal médico y en donde el paciente se encontrara en etapa terminal; se discutió también la importancia de distinguir la eutanasia de otras prácticas que se relacionan más con cuidados paliativos (administración de sedantes que puedan poner en riesgo la vida) o la limitación del esfuerzo terapéutico (Lorda y Barrio, 2012).

Un segundo momento aconteció con el cambio de gobierno en 1999, ya que Bélgica tenía 40 años gobernado por el partido cristiano-demócrata que había bloqueado cualquier proyecto de ley que regulara la eutanasia; sin embargo, el nuevo gobierno incluyó en su agenda pública la posibilidad de legalizar la eutanasia (Lorda y Barrio, 2012).

Un tercer elemento que fue clave sucedió en el año 2000, cuando se publicó un estudio realizado por el Profesor Luc Deliens y sus colaboradores, en el que se mostraba que la eutanasia era algo que se realizaba en la práctica médica de ese país, propiciando conductas que consideraba poco apropiadas, siendo una de ellas la práctica de la eutanasia sin solicitud expresa del paciente; esto incrementó el debate sobre su legalización (Lorda y Barrio, 2012).

El cuarto y último momento surgió en el año 2002, fecha en la que se aprobó la Ley de Eutanasia, cabe mencionar que simultáneamente se aprobó la ley sobre cuidados paliativos y la ley sobre los derechos de los pacientes. Es importante precisar que la Ley de Eutanasia de Bélgica sólo autoriza la aplicación de la misma por personal médico y, por otra parte, está en un inicio no contemplaba el suicidio médicamente asistido, el cual era considerado delito en los códigos penales; este hecho produjo críticas en el país, e incluso se llegó a decir que era inconstitucional la prohibición del suicidio médicamente asistido, (Lorda y Barrio, 2012:12), sin embargo, en la actualidad este procedimiento es aceptado.

En este contexto, la Ley de Eutanasia de Bélgica define en su artículo 2 a la eutanasia como el acto practicado por un tercero que intencionalmente pone fin a la vida de una persona, por petición de ella misma (Ministerio de Justicia, 2002). Asimismo, en el artículo 3 de la referida ley, se señala que el médico no comete delito siempre y cuando el paciente es mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente al momento de su solicitud; la petición deber ser efectuada de forma voluntaria, razonada y reiterada y que no resulte de una petición exterior; el paciente se encuentre en una situación médica con pronóstico de no recuperación y padezca de un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible resultado de una afectación accidental o patológica grave e incurable y que respete las condiciones y los procedimientos prescritos por la presente ley (Ministerio de Justicia de Bélgica, 2002).

Cabe destacar que en el año 2014 hubo una reforma a esta ley que extiende la eutanasia para menores no emancipados. En dicha reforma se establece que el paciente menor de edad que desee solicitar la eutanasia debe tener capacidad de discernimiento, informar sobre el sufrimiento físico (el sufrimiento psíquico no se tiene en cuenta para los menores de edad) y, además, se debe encontrar en una situación médica que conduzca a la muerte en un futuro próximo, por lo que los representantes legales del paciente menor de edad deben estar de acuerdo con la solicitud (Service Public Federal, 2016).

En esta misma reforma, se establece que sin perjuicio de las condiciones complementarias que el médico desee añadir, en todos los casos y antes de actuar tiene que:

- 1) Informar al paciente sobre su estado de salud y su pronóstico, dialogar con el paciente sobre su petición de eutanasia y evocar con él las posibilidades terapéuticas todavía posibles, así como las posibilidades representadas por los cuidados paliativos y sus consecuencias. Tiene que llegar junto con el paciente a la convicción que no existe otra solución razonable en su situación, y asegurarse de que la solicitud del paciente es totalmente voluntaria;
- 2) Certificar el carácter permanente del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada. Con esta finalidad mantendrá con el paciente varias entrevistas razonablemente espaciadas en el tiempo, teniendo en cuenta la evolución de su estado de salud;
- 3) Consultar con otro médico sobre el carácter grave e incurable de la enfermedad, informándole de los motivos o razones de esta consulta. El médico consultado tendrá acceso al informe del paciente, examinará al paciente y se asegurará del carácter constante, insoportable y no tratable del sufrimiento físico o psíquico. Redactará un informe en sus conclusiones. El médico consultado debe ser independiente en relación al paciente y al médico del paciente, y ser competente en la patología presentada por el paciente. El médico habitual informará al paciente de los resultados de esta consulta;
- 4) En caso de existir un equipo de cuidados en contacto constante con el paciente, contactar con este equipo o con algún miembro del mismo;
- 5) Si el paciente lo desea, comentar la petición con los parientes que él señale;
- 6) Asegurar que el paciente ha comentado su petición con las personas que él desea.

Asimismo, el artículo 5 de la referida ley, contempla que el médico debe informar a la Comisión Federal para la Supervisión y Evaluación de la Aplicación de la Ley de Eutanasia, sobre la

aplicación de la eutanasia a un paciente, en un plazo no mayor a 4 días hábiles a partir de haber realizado el procedimiento (Ministerio de Justicia, 2002).

La ley de eutanasia contempla la Declaración Anticipada, en la que cualquier adulto o menor emancipado pueden redactar un documento, en el cual una persona acuerda que un médico practicará la eutanasia en el futuro, bajo las condiciones establecidas por la ley, en el caso de que esta persona ya no pueda manifestar su voluntad debido a que está inconsciente o en un coma irreversible, lo anterior excluye en situaciones de demencia, es decir, la eutanasia no podría aplicarse en ese estado de demencia; el médico que realiza una eutanasia sobre la base de una declaración anticipada debe contemplar que el paciente tiene una condición patológica o accidental grave o incurable, está inconsciente y que esta situación es irreversible según el estado actual de la ciencia, de igual manera, la declaración anticipada no puede realizarse por menores de edad que no estén emancipados (Service Public Federal, 2016).

Algunos resultados que la Comisión Federal para la Supervisión y Evaluación de la Ley de Eutanasia presentó en el año 2015 (Lampert, 2018) evidencian que se ha tenido un aumento progresivo de los casos de eutanasia en el país; en el año 2003 se realizaron 259 procedimientos de eutanasia, mientras que en 2015 el registro arrojó un total de 2022 casos, para el año 2017 se registraron más de 2200 casos practicados (El País, 2018).

Desagregando la estadística por sexo, se encontró que hay una diferencia mínima respecto a los procedimientos practicados a hombres y a mujeres, ya que, en el año 2015, de los 2022 casos, 51.9% fueron hombres y 48.1% mujeres; respecto a la edad, según datos del mismo año, 53.1% de los casos a los que se le practicó la eutanasia fue de personas adultas mayores de entre 70 y 89 años y el padecimiento que prevaleció en los pacientes en general, en 67.7% de los casos fue cáncer (Lampert, 2018).

En los resultados presentados por esta Comisión al 2015, se destacan los motivos por los cuales las personas optaron por solicitar la práctica de la eutanasia, encontrando que las respuestas mayormente dadas son la falta de dignidad por su condición (40%) y la dependencia a la que están sujetas (27%); respecto a las solicitudes, los 2022 procedimientos realizados en 2015 representan 75% de las peticiones que se completaron correctamente, cumpliendo así con los requisitos legales, el resto (25%) fueron rechazadas por no cumplir los criterios requeridos (Lampert, 2018).

Por otra parte, en Bélgica se han presentado diversos casos desde la creación de esta ley, mismos que han generado polémica en el país. Uno de ellos sucedió en el año 2013, cuando una persona transexual, Nathan Verhelst de 44 años, después de haberse sometido a varias cirugías para cambiar de sexo (nació siendo biológicamente mujer), no había tenido los resultados que esperaba, por lo que realizó la solicitud para que se le practicara la eutanasia; su argumento fue sentirse como un monstruo y, además, manifestó tener sufrimiento físico insoportable, ya que las secuelas de la operación le impedían a su cuerpo realizar funciones fisiológicas básicas; Verhelst estuvo por 6 meses en tratamientos psicológicos, sin resultados favorables (La información, 2014).

Después de la revisión de su caso, el procedimiento le fue autorizado; se contó con la acreditación por parte de dos médicos psiquiatras, quienes avalaron las secuelas psicológicas que padecía (La información, 2014); además, un juez, amparado en la legislación, avaló el caso, ya que el paciente presentaba sufrimiento físico insoportable (LaFuente, 2013). La polémica de

este caso radicó en que Verhelst no era un paciente en situación terminal; sin embargo, el sufrimiento físico o psíquico insoportable fueron una de las causas contempladas para permitir la eutanasia en Bélgica (LaFuente, 2013).

Otro caso polémico se suscitó también en el año 2013, y fue el de los gemelos Marc y Eddy Verbessem, de 45 años, sordos de nacimiento; ellos hacían sus actividades juntos e inclusive compartían departamento, sin embargo, les fue diagnosticada una enfermedad ocular degenerativa que los haría perder irreversiblemente la vista; esta noticia les resultó insoportable a ambos, ya que eso les privaría de seguirse comunicando entre ellos y con el resto de las personas; por lo que significaba la pérdida de su autonomía; lo anterior los llevó a realizar una solicitud para que les fuese practicada la eutanasia; dicha solicitud fue negada en primera instancia por un hospital, pero en un segundo hospital la petición fue autorizada; el caso produjo asombro y polémica en la comunidad belga; pero la ley contempla el sufrimiento psicológico sin necesariamente tener sufrimiento físico o enfermedad terminal, por lo que la Comisión Federal de Evaluación de la Eutanasia dictaminó que el procedimiento utilizado se apegaba a los criterios establecidos por la ley (Navarro, 2013).

Cabe destacar que en el año 2018 se publicó en la prensa de Bélgica y también fue noticia a nivel internacional el caso de una paciente terminal afectada de parkinson y demencia, que además era aquejada de graves dolores; aunque esta mujer no había solicitado previamente la eutanasia, un médico le administró una dosis letal de medicamento sin pedir la opinión de un segundo doctor, tal y como se exige la ley. Ambas omisiones hicieron saltar las alarmas de la comisión que vigila su correcta aplicación; y como marcan las normas del organismo, sus miembros votaron si debían trasladar la cuestión a los tribunales para que investigaran los hechos, pero al no alcanzarse por un voto la mayoría de dos tercios necesaria para pedir que la justicia tomase cartas en el asunto, el caso se dio por cerrado (Sánchez, 2018).

Lo anterior ocasionó un debate, sobre todo entre la comunidad médica, que cuestionó el haber cerrado el caso a un proceso judicial; algunas voces médicas refirieron que lo que se practicó no fue eutanasia, sino una sedación profunda que precipitó la muerte de la paciente, otros argumentaron que el médico actuó para evitar un sufrimiento y dolor de la paciente que ya no tenía posibilidades de solicitar la eutanasia (Sánchez-Salvatierra y Taype-Rondan, 2018).

De esta manera se puede apreciar que la Ley de Eutanasia de Bélgica tiene coincidencias con la Ley de Holanda, ya que ambas permiten la eutanasia activa voluntaria a través de una solicitud previa que realiza el paciente; además se contempla que el paciente presente sufrimiento físico o psíquico insoportable y, no necesariamente se limita a enfermedades terminales; tanto en Holanda como en Bélgica el procedimiento debe de ser realizado por personal médico. Asimismo, estas leyes contemplan a menores de edad, aunque la Ley de Holanda abarca a menores desde los 12 años y en Bélgica, aunque no se establece la edad sí el que se deba consultar con profesional de la salud mental para valorar la capacidad del menor para decidir sobre la ayuda a morir, no obstante, en la ley belga no proceden casos de sufrimiento psíquico para menores de edad.

En Holanda, como ya se comentó, los antecedentes de su ley se remiten a las sentencias y casos que se fueron presentando y que propiciaron la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En cambio, en Bélgica, el tema comenzó a tratarse después de los avances que se tuvieron con la legislación en Holanda, convirtiéndose en el segundo país en legalizar

esta práctica. Otra diferencia es que la Ley de Bélgica no contempla el suicidio médicamente asistido, el cual si está regulado en Holanda.

Miguel Ángel Núñez, profesor de derecho penal de la Universidad de Huelva, España, y estudioso del tema, en una entrevista dada a la BBC Mundo, comentó que son pocos los países de los 28 que conforman la Unión Europea los que han legislado a favor de la eutanasia activa directa (Holanda, Bélgica, Luxemburgo y España), y refiere que el hecho de que no se legisle en otros países es debido a que la moral católica sigue luchando en contra de esta práctica médica; además, señala que es un tema con repercusiones en lo político, ya que implica dar un paso en un tema controversial en la legislación, además, de que se requiere tener personal sanitario para intervenir en procedimientos de este tipo; finalmente, considera que es difícil conseguir unanimidad es este tema (LaFuente, 2013).

2.4.1.3. El caso de Oregón

En Estados Unidos de Norte América son en diversos estados³⁵ en los que se ha legalizado el suicidio asistido (Derecho a Morir Dignamente, s/f). Oregón fue el primer estado en donde se decretó, fue el 27 de octubre de 1997 cuando se aprobó la ley “Death with Dignity Act” (Ley para Morir con Dignidad) misma que permitió el suicidio médicamente asistido. Cabe señalar que esta ley es sólo aplicable a las personas que residen en ese Estado y que tengan alguna enfermedad terminal; a partir de la referida ley, el Departamento de Salud del Estado de Oregón recibió la información correspondiente sobre los pacientes y los médicos involucrados en actos de suicidio asistido y desde ese periodo lleva las estadísticas estatales al respecto (Álvarez del Río y Kraus, 2009). Cabe precisar que en EU hay reticencia de referirse a la acción de esta forma por incluir el término suicidio que suele evocar una muerte irracional, violenta que deja mucho dolor, utilizan el término “ayuda a morir”.

Dicha ley establece, en su capítulo 127, sección 2, una serie de requisitos para que las personas puedan solicitar y acceder a medicamentos que le produzcan la muerte (Oregon Healt Authority, 2018), entre ellos se destacan los siguientes:

- Ser una persona adulta.
- Ser residente de Oregón.
- Que tanto el médico tratante, como el médico consultante, determinen que el paciente sufre una enfermedad terminal.
- Que el paciente pueda expresar voluntariamente su deseo de morir, solicitando por escrito medicamentos con el propósito de terminar con su vida de una manera humana y digna.
- Que el paciente tenga la capacidad de entender y comunicar decisiones relativas a su propia salud.
- Contar con el diagnóstico de padecer una enfermedad terminal, cuya evolución le producirá la muerte en un periodo no mayor a 6 meses.
- Que el paciente tenga la capacidad de comunicarse de manera directa o indirecta (a través de un intérprete).

³⁵Oregón, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado y Hawái, por señalar algunos.

Asimismo, en su sección 3 se establecen las responsabilidades del médico tratante, entre las cuales se destacan las siguientes (Oregon Health Authority, 2018):

- Determinar si el paciente tiene una enfermedad terminal, es una persona capaz, y ha realizado de forma voluntaria su solicitud.
- Solicitar al paciente que demuestre ser residente de Oregón.
- Informar al paciente su diagnóstico médico, su pronóstico, los riesgos que implica tomar el medicamento solicitado, los resultados probables de esta ingesta y, darle a conocer las alternativas factibles, entre ellas, la atención de confort, de hospicio y el control del dolor.
- Enviar a un médico consultante para que confirme el diagnóstico y que el paciente cubra los requisitos de ser capaz y de actuar de manera voluntaria, así como para recibir consejo.
- Recomendar al paciente que notifique a los familiares de su decisión.
- Recomendar al paciente que al momento de ingerir el medicamento se encuentre acompañado y que no lo haga en algún lugar público.
- Informar al paciente que puede cancelar la solicitud en cualquier momento y de cualquier manera.
- El médico tratante puede firmar el certificado de defunción del paciente.

Cabe señalar que, tanto los pacientes como los médicos que participan en el procedimiento están legalmente protegidos, asimismo, las pólizas de seguros de vida o de salud no sufren afectación por utilizar esta práctica de muerte médicamente asistida y no hay una obligación del personal médico o de salud de participar en este procedimiento, su intervención debe de ser voluntaria (Álvarez del Río y Kraus, 2014).

En este país el primer año de implementarse la Ley, se presentaron 15 casos de suicidios médicamente asistidos (El País, 1998), las estadísticas que brindó el Departamento de Salud de Oregón en el año 2018, arrojaron que 249 personas recibieron recetas bajo la ley para morir con dignidad, respecto a la edad de los pacientes, se identificó que 79.2% eran personas adultas mayores 65 años, la mayor afectación que padecieron fue cáncer, esto se reflejó en 62.5% de los casos (Oregon Health Authority, 2018).

Uno de los casos más mediáticos y del que se generó mucha difusión, fue en donde la persona involucrada lo dio a conocer por medio de un video en YouTube, fue el de Brittany Maynard, una mujer de California, quien después de conocer su diagnóstico de cáncer terminal en el cerebro, se mudó Oregón para cubrir los requisitos de ese estado para solicitar el suicidio médicamente asistido, por lo que a los 29 años murió utilizando este procedimiento permitido, siendo su muerte el 1 de noviembre de 2014; en uno de los textos que Maynard escribió antes de morir relató que su sueño era que los estadounidenses con enfermedades terminales pudieran elegir morir bajo sus propios términos; ella promovía el derecho a tener una muerte digna, este caso fue un parteaguas para que en California se permitiera este procedimiento (BBC Mundo, 3 de noviembre de 2014).

En otro tenor, es importante precisar que Oregón fue el estado que legisló sobre el procedimiento de muerte médicamente asistida antes que Bélgica y Holanda, fue el detonador para que otros estados de los Estados Unidos legislaran al respecto. A diferencia de los países europeos, en Oregón sólo se permite el suicidio médicamente asistido, ya que la eutanasia está penalizada.

Una diferencia importante de la ley de Oregón y las de los países europeos señalados, es que, en el caso de Oregón, no es necesario que el paciente tenga sufrimiento físico o psíquico para solicitar el suicidio médicamente asistido, mientras que en Holanda y Bélgica es requisito ser un paciente en etapa terminal.

Por otra parte, como lo señala Flemate (2015), la ley de Oregón fue punta de lanza para el surgimiento de las demás leyes en estados de la Unión Americana, ya que estas leyes (Washington, Vermont y en Montana) adoptaron el modelo de Oregón, debido a los resultados positivos que se han tenido desde su implementación.

Una reflexión oportuna que realiza Rey (2008, citado en Flemate, 2015: 223) refiere que: “Oregón es un estado en donde se reconoce gran valor al principio de autonomía personal; es uno de los estados más secularizados de la unión, donde las confesiones religiosas juegan un papel social y político menor”.

2.4.1.4. Caso Colombia

Colombia es el único país en la región de América Latina que permite la aplicación de la eutanasia (Parreiras, Cafure, Pacelli, Rückl y Ângelo, 2016). Díaz-Amado (2017) refiere que previo al avance del tema en este país, se suscitaron una serie de hechos que ubicaban a Colombia en un contexto de crisis que se vivía a principios de la década de los 90s, los problemas sociales identificados fueron el narcotráfico, la guerrilla y paramilitares, a la par, surgieron movimientos estudiantiles que proponían cambiar la Constitución promulgada en 1886 y vigente hasta ese entonces, el argumento para promover este cambio consistió en señalar que dicha constitución era paternalista, no laica y conservadora. Como consecuencia de este movimiento, la Asamblea Nacional Constituyente elaboró la Constitución Política de 1991, misma que fue adoptada el 4 de julio de ese mismo año, de esa manera, el contexto que vivía el país, en torno a la falta de observancia en el ámbito del respeto a los derechos humanos, con la reforma del 91 la constitución se volvió garantista, y dotaba al ciudadano de poder exigir la protección de esos derechos.

La actual constitución a diferencia de la anterior es considerada en Colombia como un documento garantista, pluralista y respetuoso de los derechos individuales, estos tres aspectos ayudan a comprender las bases de la actual situación en Colombia respecto a la eutanasia. El primer aspecto es que contiene una carta de derechos que debían ser garantizados y protegidos de manera especial por el Estado, el segundo es que contiene la acción de tutela que es una herramienta jurídica que le provee al ciudadano la capacidad de exigir la protección de sus derechos fundamentales al Estado y por último incluye la figura de una Corte Constitucional cuya misión es salvaguardar el cumplimiento de la Constitución (Díaz-Amado, 2017).

Teniendo lo anterior como antecedente, sucedió que, en el año de 1996 con base en esta nueva Constitución, un ciudadano demandó la inconstitucionalidad del Artículo 326 del entonces vigente Código Penal de Colombia, el cual tenía vigencia desde el año de 1980, este artículo dictaba lo 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” (Díaz-Amado, 2017: 129). El demandante alegaba que la pena establecida era muy reducida comparada con otros tipos de homicidio, y que esto daba pie a que se tuviera una especie de permiso para matar, además de que era obligación del estado el

garantizar y proteger la vida y derechos de las personas, por tanto, el ciudadano buscaba que se modificara o eliminara este artículo, ya que se contradecía con la protección al derecho a la vida (Díaz-Amado, 2017).

La anterior demanda, tal como lo narra Díaz-Amado (2017) se resolvió a través de la Sentencia C-239 del 20 de mayo de 1997, en esta sentencia la Corte Constitucional reconoce la obligación del Estado de proteger la vida humana.

Es necesario que se establezcan regulaciones legales muy estrictas sobre la manera como debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir, para evitar que en nombre del homicidio pietístico, consentido, se elimine a personas que quieren seguir viviendo, o que no sufren de intensos dolores producto de enfermedad terminal (CC, 1997; Sánchez Torres, 1997: 23 citado en Díaz-Amado, 2017:129).

Asimismo, con una votación 6-3 que además de declarar que el artículo demandado del código penal sí se ajustaba a la constitución, también eximió de pena alguna a los médicos que realizaran un homicidio por piedad, siempre y cuando se cumplieran los requisitos que la Corte Constitucional establecía en la sentencia.

Los puntos esenciales de esa regulación serán sin duda: 1. Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir; 2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso; 3. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc.; 4. Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico, y 5. Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones (Corte Constitucional de Colombia Sentencia C-239/97, citado en Medina, 2016:50).

De esta manera, la regulación de la eutanasia referida en dicha sentencia no solo trató de facilitar el procedimiento a enfermos terminales o personas en condiciones consideradas por ellos mismos indignas y que deciden morir, sino que también protegió a todos los pacientes que no han expresado ese deseo (Gaviria Díaz, 1999 en Díaz-Amado, 2017: 130).

Es así que, derivado de esa sentencia C-239 de 1997 se despenalizó la eutanasia, sin embargo, y aunque la sentencia refiere su pertinencia, no se elaboró un marco legal regulatorio, y eso trajo problemas tales como que las instituciones y profesionales de salud desconocieran cómo proveer este servicio, incluso si deberían hacerlo, quedando la eutanasia a criterio de médicos e instituciones que ofrecían dicho servicio. Tal fue la documentación de un caso que involucró a un paciente con cáncer terminal, que en el año 2013 interpuso una acción de tutela al serle negada la eutanasia por parte de su empresa de salud debido a esta falta de regulación, este paciente murió en la espera de la resolución de su caso (Díaz-Amado, 2017).

Esto condujo a la Corte Constitucional a estudiar el caso y resolverlo mediante la Sentencia T-970 del 15 de diciembre de 2014 que reafirmó el derecho fundamental colombiano de morir dignamente, cabe destacar que en esta sentencia se señaló que la ausencia de una norma no es impedimento para que se realice la eutanasia, ya que la efectividad de los derechos no depende

en exclusiva del poder legislativo (lo anterior a la situación de no existir propiamente una ley sobre eutanasia) y reiteró instrucciones para que se legisle al respecto y se emitieran directrices para la conformación de comités interdisciplinarios y la realización de un protocolo médico que permitiera indicar los procedimientos para llevar a cabo la eutanasia (Aristizábal, 2015: 86).

Como consecuencia de lo anterior, se originó la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015, estableciendo la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, dichos comités tienen como función garantizar el derecho a morir dignamente en casos de eutanasia, y están conformados por un médico (distinto del médico tratante), un abogado y un psiquiatra o psicólogo (MSPS 2015, en Díaz-Amado, 2017: 132-133).

Además, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS) desarrolló el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia, el cual establece el uso de las escalas adecuadas para el diagnóstico de “terminalidad” en caso de pacientes oncológicos o no oncológicos, la determinación de la capacidad del paciente para entender la situación y tomar su decisión, el sufrimiento del paciente, alternativas al tratamiento y persistencia en la solicitud, así como los medicamentos para el proceso recomendados en secuencia benzodiazepina - opioide - barbitúrico o equivalente y finalmente relajante muscular (MSPS 2015b, en Díaz-Amado, 2017: 133).

Posteriormente, se creó el Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 004006 del 2 de septiembre de 2016 cuya función ha sido vigilar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, a este comité se deben reportar todos los casos de eutanasia practicados en el país (MSPS 2016 citado en Díaz-Amado, 2017:133).

Teniendo lo anterior como contexto, el primer caso de eutanasia legal en Colombia se realizó el 3 de julio de 2015. Tratándose de Ovidio González de 79 años, afectado por un cáncer de la cara, que, aunque no tenía metástasis, el paciente sufría de un intenso dolor crónico (Dyer, White y García 2016, citado en Parreiras, Cafure, Pacelli, Rückl y Ângelo, 2016: 358). A partir de entonces y hasta el 15 de marzo de 2021 se ha practicado la eutanasia como una ayuda médica para morir en 123 casos, con 2 procedimientos por cada 5 solicitudes, siendo 67 hombres y 56 mujeres; en 90.2% de los casos, enfrentaban un diagnóstico de cáncer, cabe señalar que el 2019 fue el año con más eutanasias practicadas, fueron realizados 44 eutanasias. Asimismo, aun cuando desde el 2018 por orden de la Corte Constitucional y bajo la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social se estableció que este procedimiento puede ser practicado a menores de edad, sin embargo, aún no se han practicado eutanasias en niños ni en adolescentes (Correa, 2020).

Como ya se señaló con antelación Colombia es el único país del continente americano en el que se permite la aplicación de la eutanasia, no obstante, es pertinente mencionar que en el año de 2021, salió a la luz la resolución de la Corte Superior de Justicia de Lima Perú sobre el caso de Ana Estrada, mujer peruana de 44 años quien, tras un largo padecimiento de una enfermedad degenerativa reconocida como polimiositosis, logró un fallo a favor de una demanda de amparo en el que solicitaba que el Estado le reconociera el derecho a tener una muerte asistida, practicándole la eutanasia. Su caso sienta precedente en Perú, país en el que actualmente el código penal sanciona el homicidio piadoso cometido hacia un paciente incurable (BBC, 2021), por lo que este fallo pudiera generar avances en la despenalización o regulación de este

procedimiento de muerte médicamente asistida en ese país. La aplicación de la eutanasia a esta paciente, cuando ella lo solicitó representa un avance para la aplicación legal de los procedimientos de muerte médicamente asistida en Perú y en un futuro para la región.

2.4.1.5. Caso Canadá

Cabe señalar que la legalización de la eutanasia en Canadá comenzó a gestarse desde 1984 cuando la Asociación Médica Canadiense, la Asociación Canadiense de Enfermeras y la Asociación Canadiense de Hospitales emitieron la *Joint Statement on Terminal Illness*³⁶, a fin de señalar las circunstancias que justifican las órdenes de “no resucitación”; desde el punto de vista ético, dicha Declaración derivó del Informe 20 de 1983 de la Comisión de Reformas Legislativas del Canadá, titulado *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*³⁷ (Dickens, 1990: 528).

De esa Declaración surgió un protocolo aprobado con alcance nacional para quienes estuvieran relacionados en asistir a enfermos terminales. Con el informe 28 de 1986 de la Comisión, *Some Aspects of Medical Treatment and Criminal Law* (algunos aspectos del tratamiento médico y la legislación penal), se abordan no solo a los pacientes con enfermedades terminales, ya que toma en cuenta el derecho del paciente a decidir terminar el tratamiento o rehusarse a recibirlo incluso si pelagra su propia vida, tal es el caso de una persona mayor de edad y que siendo testigo de Jehová manifestó su negativa a recibir transfusiones de sangre, decisión que debiera ser respetada, asegurándose siempre de que la persona goce de lucidez y capacidad para tomar dicha decisión (Dickens, 1990:528).

Fue hasta febrero de 2015 cuando entró en vigor la ley que despenaliza la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, con esto se modificó la ley existente que penalizaba la muerte médicamente asistida, misma que fue considerada como anticonstitucional. Aprobada con 44 votos a favor y 28 en contra por el Senado, y previamente por la Cámara Baja del Parlamento con 190 votos a favor y 108 en contra, el tribunal supremo suspendió la prohibición de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido, dando al Parlamento el plazo de un año para redactar una nueva ley (El Comercio, 2016). En este plazo el gobierno federal y provincial y profesionales de la salud deberían de prepararse para la implementación de esta nueva ley. Dicho periodo se extendió al 6 de junio de 2016, fecha límite para que los gobiernos provinciales establecieran sus directrices en cuanto a la legalización oficial de la muerte asistida, de no ocurrir así, siendo legal más no regulada, la práctica quedaría a criterio del médico, además de la posibilidad de acceder a la misma por medios legales (Parreiras, Cafure, Pacelli, Rückl y Ângelo, 2016: 359).

De esta manera, Quebec fue la primera provincia en regular la muerte asistida con la entrada en vigor en diciembre del año 2015 del “Acta sobre el cuidado en el fin de la vida”, aprobada el año anterior. Conforme a esta, la asistencia médica para morir consiste en la administración, por un médico, de sustancias letales, después de la solicitud del paciente (Assemblée Nationale du Québec citado en Parreiras, Cafure, Pacelli, Rückl y Ângelo, 2016: 358) y abarca a los adultos capaces y en pleno uso de sus facultades que hayan sido diagnosticados con enfermedades

³⁶ Declaración Conjunta sobre Estados Terminales de Enfermedad (traducción libre).

³⁷ La eutanasia, la ayuda al suicidio y la interrupción del tratamiento (traducción libre).

graves e incurables, empeoramiento avanzado e irreversible de sus capacidades, además de intenso sufrimiento físico y psicológico (Parreiras, Cafure, Pacelli, Rückl y Ângelo, 2016: 358).

Con la modificación del código penal de junio de 2016 que hace plenamente efectiva la sentencia en todo el país, se especificó que la eutanasia solo se permitiría a la persona que se encontrara al final de la vida, que la enfermedad o discapacidad de esta persona fuera incurable, y reiteró el requisito de Quebec de que haya un estado avanzado de deterioro. Además de establecer que la muerte natural del candidato debe ser "razonablemente previsible", cabe destacar que, en caso de no cumplir con estos requisitos para que se practique la eutanasia debido a los procesos naturales de la enfermedad, los pacientes pueden optar por dejar de comer hasta el punto de deteriorarse, sin embargo, esto ha sido señalado como cruel y ha motivado la sugerencia de suprimir algunos de estos requerimientos (Levia, Cottle y Ferrier, 2018:1).

De esta manera, al tener un sistema de medidas de seguridad diseñado y supervisado, de acuerdo con la Corte Suprema de Canadá, los riesgos asociados a la autorización de los médicos para terminar con la vida de los pacientes o ayudarles a suicidarse se disminuyen al evitar que se les pueda inducir al suicidio en algún momento de vulnerabilidad, así como de abusos o errores. No obstante, la norma canadiense *Vulnerable Persons Standard*³⁸ misma que se desarrolló para ayudar a definir dichas medidas, considera deficiente la ley canadiense (Vulnerable Persons Standard, 2017, citado en Levia, Cottle y Ferrier, 2018:2). Tal es su vaguedad e imprecisión que se llegó a permitir la eutanasia por inyección letal a una pareja de personas mayores que prefirieron morir juntos en vez de hacerlo por causas naturales en tiempos diferentes, es decir, los requisitos señalados pudieran interpretarse de manera tal que se autorice la eutanasia en casos como este (Grant 2018 citado en Levia, Cottle y Ferrier, 2018: 2).

Por otra parte, la asociación Euthansia and/or physician-assisted suicide (EAS, por sus siglas en inglés) solo un año después de su legalización, manifestó sus quejas al tener que llevar a cabo todas las medidas de seguridad, viéndolo como una barrera al acceso de este servicio y que esto desalienta su participación como médicos (Levia, Cottle y Ferrier, 2018: 2). También los médicos de EAS afirman que existía una crisis, ya que eran pocos los médicos dispuestos a realizar la eutanasia. Esto parece haber estado provocado por un aumento del 46.8% en las muertes por eutanasia y suicidio médicamente asistido en el segundo semestre del primer año de la legalización, 0.9% de todas las muertes en el primer año (Health Canada, 2017 citado en Levia, Cottle y Ferrier, 2018: 2 y 3).

Pese a que no existe en el Código Penal nada que obligue a los médicos a practicar la eutanasia o ayudar a los pacientes a suicidarse, es decir, no se considera un delito que personal de salud en la prestación de sus servicios niegue brindar esta atención legalmente autorizada, EAS ha exigido que los médicos que no están dispuestos a administrar personalmente la eutanasia y el suicidio asistido sí tengan la obligación de colaborar remitiendo a los pacientes o colegas que están dispuestos a hacerlo (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2017 citado en Levia, Cottle y Ferrier, 2018:3). Lo anterior debido a que el acceso a la eutanasia y suicidio asistido se considera un derecho humano y civil amparado constitucionalmente, que el ciudadano canadiense paga con sus impuestos, y es descrito como un servicio médico (Levia, Cottle y Ferrier, 2018: 5).

³⁸ Protección de Personas Vulnerables (traducción libre).

A propósito de los casos en los que se ha aplicado la muerte médicamente asistida, según *First Annual Report on Assistance in Dying in Canada*³⁹ desde el 2016 al 2019 se reportaron un total de 13,946 casos de muerte médicamente asistida, 5,631 de los casos reportados en 2019 representaron un aumento del 26.1% con respecto a las cifras de 2018, además del 2.0% del total de muertes en Canadá en ese año; esto implica que los procedimientos han presentado un aumento constante año con año. Los principales lugares para la administración de muerte médicamente asistida en 2019 fueron los hospitales (36.3%), las residencias privadas de los pacientes (35.2%), centros de cuidados paliativos (20,6%), y una proporción relativamente pequeña (6.9%) en entornos de atención residencial (por ejemplo, instalaciones de asistencia a largo plazo). 94.1% de las muertes asistidas han sido realizadas por médicos y 5.9% por enfermeras (Health Canada, 2020).

Al igual que en Colombia, el cáncer es la condición médica asociada a las personas que reciben la muerte médicamente asistida (67. 2% de los casos), le siguen padecimientos de las vías respiratorias (10.8%), enfermedades neurológicas (10.4%) y cardiovasculares (10.1%) (Health Canada, 2020:21).

Por otra parte, el 24 de febrero de 2020, el gobierno de Canadá presentó en el Parlamento el proyecto de ley C-7 para modificar la legislación federal sobre la muerte médicamente asistida, en este proyecto se propusieron algunos cambios tales como eliminar el requisito de elegibilidad de una muerte natural razonablemente previsible; la exención del requerimiento de consentimiento final en aquellas circunstancias en las que las personas aprobadas para la muerte médicamente asistida corren el riesgo de perder la capacidad de consentir antes de la fecha prevista para la muerte médicamente asistida, y tienen un acuerdo de consentimiento anticipado con su profesional; añadir salvaguardias para garantizar que se dedique el tiempo y los conocimientos adecuados a la evaluación de la elegibilidad de las personas cuya muerte natural no sea razonablemente previsible; y mejorar los requisitos de información del régimen nacional de seguimiento para permitir la recogida de datos sobre las evaluaciones de muerte médicamente asistida cuando no se haya presentado una solicitud por escrito y para recoger información sobre evaluaciones preliminares realizadas por otros profesionales de la salud (Health Canada, 2021:41). La pandemia COVID-19 provocó la interrupción de las sesiones parlamentarias, por lo que se dio una prórroga para que los legisladores consideraran la propuesta de proyecto de modificación a la ley, que se tenía previsto como fecha límite el 18 de diciembre de 2020 para emitir un fallo (Health Canada, 2020:42).

De acuerdo con Laborda (2021) esta ley C-7 ya fue aprobada en su versión final y en esta nueva versión se elimina la disposición que establecía que los procedimientos de muerte médicamente asistida se aplicarían en casos de una muerte natural razonablemente predecible, por lo que ahora incluye a las personas que padezcan un nivel de dolor considerado como insoportable.

2.4.1.6 Caso España

A partir del año 2021, con la entrada en vigor de una nueva ley para regular la eutanasia, España se convierte en el quinto país de Europa (después de Holanda, Bélgica, Luxemburgo y en el caso de Suecia el suicidio médicamente asistido) y octavo país del mundo en permitir la muerte médicamente asistida (RTVE, 2021).

³⁹ El Primer Informe Anual sobre la Muerte Asistida (traducción libre).

Los avances de la eutanasia en España de acuerdo con Simón-Lorda y Barrio-Cantalejo (2012) se remontan a principios del siglo XX, en el que se comenzaron a gestar aportaciones sobre las teorías eugenésicas. Sin embargo, la llegada de la dictadura franquista trajo consigo una ideología católica conservadora que permeó en la agenda pública y que frenó cualquier posibilidad de debatir sobre la conveniencia de la eutanasia en ese país.

Fue hasta el año de 1978 que en la Constitución española se reconoció a los ciudadanos de España como sujetos de derechos en una sociedad democrática, es en este documento en el que se inscribe toda la discusión en torno a la muerte digna; lo que se discutía era que el artículo 15 de la constitución tenía un doble contenido, uno de ellos era el derecho a la vida y el rechazo a los tratos inhumanos y degradantes y por otro lado el derecho a la libertad personal, es decir, las discusiones giraban alrededor de hasta qué momento la propia vida de las personas está a su disposición sin la restricción de lo plasmado en la constitución, ya que por un lado estaba el argumento del derecho a la vida como un bien jurídico tutelado por la constitución, el cual merece la total protección sin importar las circunstancias, y por otro lado, el argumento de que la libertad y el libre desarrollo a la personalidad debería de prevalecer sobre los otros derechos y en este sentido la vida es un bien que debiera estar a disposición de su titular (Simón-Lorda y Barrio-Cantalejo, 2012: 357).

Como antecedente está la sentencia que el máximo tribunal de España emitió respecto a este tema, la sentencia TC 120/1990, la cual fue sobre la alimentación forzada de presos del grupo terrorista GRAPO (Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre) que iniciaron una huelga de hambre en el verano de 1989, cuyo debate giró en torno al derecho a la libertad de disponer sobre la propia vida y la obligación estatal de proteger la vida de estas personas. Esta sentencia concluye que, si bien no hay una obligación de vivir, tampoco hay un derecho a exigir la ayuda a otras personas para auxiliar a otra a terminar con su vida, en este sentido, el asumir el riesgo de la muerte es un acto voluntario, que solo afecta a la persona que ha tomado esta decisión, por tanto, debe respetarse y no se puede obligar a recibir una atención médica que vaya en contra de la voluntad de la persona (Simón-Lorda y Barrio-Cantalejo, 2012: 357).

De esta manera en la Sentencia TC 120/1990 se dicta lo siguiente:

En el marco de un Estado social y democrático de Derechos, la interpretación armónica de los arts. 16.1 y 17.1 C.E. permite deducir, se añade, que ha de respetarse a todo ciudadano su personal código de opiniones, creencias, valores y objetivos vitales de que se trate. De este modo la actuación estatal o de terceros en la esfera más íntima del sujeto interfiriendo coactivamente en su actitud frente a su propia vida, como ocurriría si se obligase a prestar asistencia sanitaria a los pacientes que, libre y conscientemente, deciden rehusarla, implicaría negar todo poder configurador de su vida y su muerte (Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 120/1990 de 27 jun. 1990, rec. 443/1990).

Más tarde, en 1991, de acuerdo con Simón-Lorda y Barrio-Cantalejo (2012), surgió el manifiesto a favor de poner la vida misma a nuestra disposición y en 1992 se creó una propuesta alternativa al tratamiento jurídico de la conducta de terceros en relación con la puesta a disposición de la vida. Con estas propuestas un grupo de académicos, magistrados y fiscales exigieron que se legalizaran procedimientos como la sedación paliativa, la eutanasia, retiro o retención de tratamientos fútiles y testamentos vitales; lo que se logró fue regular y reintroducir las acciones de eutanasia (sin emplear este término) clasificándolas como sancionables, pero atenuando las medidas punitivas en el Artículo 143 del Código Penal, siendo una forma especial

de homicidio que supone la participación en el suicidio voluntario y libremente elegido de otra persona en determinadas circunstancias. Sin embargo, la persona que perpetra este acto no necesariamente tiene que ser un profesional de la salud (Simón-Lorda y Barrio-Cantalejo, 2012: 359).

Desde 1995, esto sólo se ha aplicado una vez en España, en una sentencia dictada en 2009 en relación con unos hechos ocurridos en 2005 donde un médico provocó la muerte de un paciente enfermo terminal, mediante una inyección de cloruro potásico (Audiencia Provincial de Tarragona Sección 2ª, 2009 citado en Simón-Lorda y Barrio-Cantalejo, 2012: 360). Desde entonces ningún precepto del texto de la Constitución recogió explícitamente el derecho a la muerte digna (Raga Vives, 2021).

Cabe destacar que en España cobró relevancia el caso del ciudadano Ramón Sampredo, quien se encontraba en situación de tetraplejía desde los 25 años cuando tuvo un accidente el 23 de agosto de 1968, esta persona estuvo solicitando a los tribunales españoles desde abril de 1993 que le fuera reconocido su derecho a poner fin a sus días sin que el Estado se entrometiera en esta decisión. En 1994 el tribunal constitucional rechazó su recurso de amparo y en 1995 Sampredo presentó otra demanda en la que solicitó que su médico fuera autorizado para prescribirle los medicamentos necesarios para evitar el dolor, la angustia y la ansiedad producidas por el estado en el que se encontraba, sin que eso fuera interpretado como una ayuda al suicidio, ante eso, él asumía que el riesgo de esa medicación pudiera derivar en su muerte.

Ese mismo año el juzgado de instancia de Barcelona rechazó esa pretensión apelando al código penal y su rechazo a que otra persona otorgue ayuda para morir, la apelación de Sampredo, fue rechazada y continuó interponiendo otro recurso de amparo que se basaba en el derecho a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad, a la vida a la integridad física y moral y a un proceso justo, en marzo de 1997 le dieron 20 días para presentar alegaciones finales a esta última demanda, lo que aparentemente no sucedió, ya que el 12 de enero de 1998 Ramón Sampredo falleció contando con la asistencia de una o varias personas anónimas, por lo que se inició un proceso penal en contra de los presuntos implicados en ayudarlo a morir (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2000).

El tema siguió avanzando, el impulso de la sociedad civil representada en organizaciones como Derecho a Morir con Dignidad (DMD), quienes a través de la documentación de casos como el de Ramón Sampredo y su presencia con propuestas legislativas, han mantenido un trabajo constante para lograr la regulación de la muerte médicamente asistida en España, es así que el 25 de Marzo de 2021 se publicó la Ley Orgánica 3/2021, de Regulación de la Eutanasia (Boletín Oficial del Estado núm. 72, de 25 de marzo de 2021, 2021). En dicha ley se establece un plazo de tres meses para su entrada en vigor (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD), 2021) entre sus disposiciones se encuentran:

- Definiciones.
- Ámbito de aplicación.
- Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir, requisitos para su ejercicio y su denegación.
- Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir.
- Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir.

De esta manera, la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España coloca a la eutanasia como un procedimiento que es un derecho individual de la persona, y con esto se materializa el derecho a la libertad personal que se encuentra en la Constitución española y que a su vez condiciona al resto de los derechos tales como la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la capacidad de autodeterminación de la persona y el derecho a la vida; el Estado, si bien tiene la obligación de proteger la vida, esto supone respetar la decisión del titular de ese derecho, abarcando el respeto a su libertad ideológica y el derecho a la intimidad (Raga, 2021).

Como bien lo señala Raga al respecto de la reciente Ley de eutanasia en España (2021: 36)

“...la muerte no es un fenómeno aislado o independiente de la vida, sino que forma parte de ella. La dignidad en el proceso de la vida se perfecciona con la decisión, por parte de su titular, respecto a su propio final. Dicho de otro modo, decidir de manera consciente sobre la propia muerte es una expresión de la autodeterminación de la propia vida. Afirmar lo contrario supondría que el derecho a la vida se reduce a un derecho de mera existencia, sin tener en cuenta la dignidad que es un valor inherente y exclusivo de la persona”.

Con la reciente regulación de la eutanasia en España se da pie para analizar cómo se estará dando su efectiva aplicación, así como la actuación que tendrá el personal de salud en la protección y respeto a los derechos de las personas que se encuentran en una etapa final de su vida y que consideran a la eutanasia como un medio para morir con dignidad.

2.4.2 Reflexiones en torno a México

Después de revisar las experiencias internacionales, surge la pregunta ¿qué elementos pudieran ser retomados por México para avanzar en la legislación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido? si bien guarda similitudes en aspectos culturales, conformación jurídica y social con países como Colombia y España, es muy distinta al resto de los países abordados.

México, al igual que sucedía en Holanda y Bélgica, comparte la experiencia de que los procedimientos de muerte médicamente asistida vienen ocurriendo en la clandestinidad, y eso puede incentivar que se abra un debate abierto acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida, debate que pudiera ser incentivado desde la sociedad civil, eso ayudaría a poner sobre la agenda pública la importancia de tener avances en este tema.

Sin embargo, y aunque el debate es positivo, se debe tomar en cuenta, como lo refiere Rivero (2018), que la libre elección ante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es un tema personal, no una cuestión que se deba someter a votación popular, ya que es algo que cada individuo debe decidir de acuerdo con su escala de valores; mientras no se dañe a otras personas, la libertad y autonomía deberían considerarse valores inviolables. Sobre este punto, hay otras diferencias con respecto a Holanda, la atención médica está garantizada para toda la población, cosa que en México no se ha logrado.

Una reflexión oportuna que realiza Flemate (2015) es acerca de México y la discusión sobre este tema que ha girado en torno al derecho de la autonomía de la persona de decidir sobre su propia vida; es decir, predomina un discurso basado en los derechos de las personas, a diferencia de Holanda, que no se detecta un argumento basado en los derechos de los pacientes y quizá por eso, es una legislación poco garantista en materia de derechos humanos. En Holanda se reconoce la autonomía, pero se considera igualmente importante la solidaridad del médico; la eutanasia

se contempla como una acción médica, eso sí muy especial, pero médica; entre médico y paciente, en el caso de EU como ya se vio esto es diferente.

El caso de México coincidiría con el de Bélgica en la situación de no contar con sentencias previas y casos paradigmáticos que pudieran impulsar una legislación a favor de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido; Bélgica retomó la experiencia de Holanda para regular este procedimiento y lo adecuó a su contexto, con importantes similitudes en su ley.

Si bien con lo aquí expuesto es evidente que las diferencias jurídicas, sociales y culturales entre México y los países abordados hacen poco viable la réplica exacta de los procesos que esos países ha tenido para legislar sobre estas situaciones del final de la vida, se pudiera aprovechar el aprendizaje de ellos al poner el tema en una agenda pública; generar, tal como lo hizo Holanda, una reflexión en su sociedad acerca de las implicaciones de legislar a favor de la muerte médicamente asistida.

Miguel Ángel Núñez, profesor de derecho penal de la Universidad de Huelva y estudioso del tema, en una entrevista dada a la BBC Mundo, refiere que el hecho de que no se legisle en otros países es debido a que la moral católica sigue luchando en contra de esta práctica médica; además, señala que es un tema con repercusiones en lo político que implica dar un paso en un tema controversial, ya que la legislación requiere, además, tener personal sanitario para intervenir en procedimientos de este tipo, asimismo, considera que es muy difícil conseguir unanimidad es este tema.

La Fuente (2013) refiere que, al igual que la comunidad europea, la sociedad mexicana está influenciada por la religión católica que ha impedido entre otros actores, avances en este tema, por lo que se debe apelar a mantener una postura centrada en la laicidad y el respeto a los derechos humanos.

Conocer cómo se fue dando el avance de este tema en otras regiones del mundo, permite visualizar los diversos caminos que se han tenido que trazar para que los procedimientos de eutanasia y suicidio médicamente asistido estén al alcance de las personas que han encontrado en ellos una forma de decidir cómo quieren morir cuando se enfrentan con enfermedades terminales o sufrimiento físico y/o psíquico intolerable; es decir, desde su concepto de tener una muerte digna. Asimismo, conocer las situaciones que enfrentó el personal médico que estuvo involucrado en los casos polémicos expuestos, permite reflexionar sobre las posibles soluciones que se pueden dar en el camino de una legislación que haga posible la aplicación, en México, de los procedimientos de muerte médicamente asistida.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

En este apartado se explica el enfoque y diseño de la investigación, así como la descripción de la población de estudio, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento que se utilizó para recopilar la información, las limitaciones del estudio, además se explican las consideraciones éticas de este estudio y finalmente se describen los procedimientos utilizados para el análisis de los datos.

3.1. Enfoque y diseño de investigación: El método cuantitativo

Tomando en consideración los objetivos planteados en el presente estudio, que consisten en analizar la percepción y actitudes que tiene el personal de salud de instituciones médicas y hospitalarias de Nuevo León acerca de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, como medios para lograr una muerte digna, se contempló realizar una investigación de diseño cuantitativo con el fin de reflejar, de forma estadística, la percepción de una parte de los actores involucrados en esta temática, sus actitudes hacia el tema y sus opiniones respecto a una posible legalización.

Cabe destacar que, en México, tal como se ha abordado en el desarrollo de este estudio, la percepción del personal de salud en este tema es algo que ha sido poco explorado, por lo que las evidencias sobre cómo los médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales perciben la relación de los procedimientos de muerte médicamente asistida y el derecho de los pacientes a tener una muerte digna, aportará mayor comprensión para impulsar el tema en la agenda pública.

Para lo anterior, este estudio contempló una investigación de corte transversal descriptiva; dentro de la cual se realizaron correlaciones entre las variables sobre la percepción que tiene un grupo de profesionistas que laboran en el área de la salud sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida y su relación con el derecho a morir con dignidad.

Cabe destacar que este estudio permitió identificar a través de una escala Likert las actitudes, favorables o desfavorables ante procedimientos como la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido y si estas son influenciadas por aspectos como la formación profesional, el apego a tradiciones religiosas, así como el conocimiento que se tenga acerca del tema y la cercanía con experiencias sobre tales procedimientos.

3.2. Población, muestra y muestreo

La población objetivo del estudio fue el personal de salud que laboraba en clínicas u hospitales, tanto públicos como privados, dentro de la cual destacó personal médico, de enfermería y de trabajo social.

Dado que no se contó con una base de datos de todo el personal de salud, la muestra utilizada fue no probabilística, se decidió utilizar un muestreo por conveniencia, la muestra inicial que se contempló fue de 600 profesionales de la salud de los cuales, 40% correspondería a personal médico, 30% a personal de enfermería y 30% a personal de trabajo social.

En los criterios de inclusión utilizados para la selección de la muestra se destacó que sería aplicado el instrumento de recolección de los datos a personal de salud que se encontrara laborando actualmente en instituciones de salud de primero, segundo y tercer nivel, tanto

públicas como privadas, también se estableció que en el caso del personal médico se incluirían residentes de especialidades médicas, así como titulados de las carreras de salud indicadas.

Mientras que para los criterios de exclusión se consideró que no sería aplicado el cuestionario a personal jubilado o pensionado, ni a estudiantes del área de la salud que estuvieran realizando servicio social.

3.3. Selección de la muestra

Como ya se señaló con anterioridad el muestreo utilizado en esta investigación fue no probabilístico por conveniencia, también conocido como dirigido, en este tipo de muestreo se entiende que la elección de elementos no depende de una probabilidad, sino de las características o del propósito de la investigación, en ese sentido, no se pretende que los datos sean estadísticamente generalizables a toda la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2014:170-191). Por ello, se tomó como referencia el estudio cuantitativo de Rodríguez (2011) quién en su investigación “El apoyo social y ajuste psicosocial post divorcio en adultos de Monterrey, México: explorando el papel del tiempo, fuentes y tipos de apoyo”, abordó la relación entre el apoyo social y el ajuste al divorcio, para lo cual empleó una muestra probabilística por conveniencia, en donde participaron 264 personas hombres y mujeres adultos con diversos momentos desde la disolución del matrimonio.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) la ventaja de una muestra dirigida es que la elección de elementos se da de una manera cuidadosa y controlada, además, son de gran valor, puesto que al obtener las características atractivas del investigador ofrecen una gran riqueza para la recolección y análisis de lo obtenido. Teniendo como referente lo anterior se planteó una muestra inicial de 600 personas tomando en cuenta tanto a mujeres como a hombres, que formaran parte del personal médico, enfermería y trabajo social del sector salud, mismos que en ese momento se encontraran laborando actualmente en instituciones de salud en Nuevo León de primero, segundo o tercer nivel, tanto públicas como privadas, además se incluyeron residentes de especialidades médicas.

La razón sobre las características de los individuos seleccionados fue porque se deseaba retomar la visión y la experiencia del personal de salud sobre las situaciones en la etapa del final de la vida con pacientes y sus familias, mismas a las que tenían que enfrentarse día a día, ya sea en las unidades médicas como en instituciones hospitalarias públicas o privadas. Por otra parte, se excluyó al personal jubilado, de servicio social o médicos generales de consultorios privados debido a que se buscaba obtener la perspectiva del personal vigente, que actualmente estén en contacto con los tópicos antes abordados en esta investigación.

Cabe señalar que cuando se realizó el levantamiento de la información (junio-septiembre 2021) el estado de Nuevo León se encontraba atravesando por un “rebrote” de COVID-19, por lo que había saturación de hospitales, restricciones de movilidad, en junio del 2021 la entidad estaba en semáforo de riesgo epidemiológico⁴⁰, en color amarillo, mientras que en julio, agosto y

⁴⁰ El Semáforo de riesgo epidemiológico para transitar hacia una nueva normalidad, es un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de COVID-19. Este semáforo será estatal y está compuesto por cuatro colores: Rojo riesgo máximo y con restricciones a la movilidad, naranja

septiembre de 2021 paso a naranja, eso dificultó la participación del personal de salud, ya que manifestó al momento de contestar en cuestionario que “estaban cansados” “saturados de trabajo” y “sin mucha cabeza para otras cosas que no fuera atender la pandemia”. Por lo anterior, se tuvo que realizar un ajuste a la muestra y se decidió aplicar el cuestionario a 316 participantes, el establecimiento de la muestra dio paso a la recolección de los datos, proceso que se describe a continuación.

3.4. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos fue utilizado un cuestionario de auto-llenado, el cual contenía 52 reactivos, incluyendo preguntas abiertas y cerradas de opción múltiple. Para la realización del estudio se contemplaron las siguientes dimensiones⁴¹ con sus respectivas variables:

1. Perfil sociodemográfico del personal de salud.
2. Perfil socio cultural.
3. Perfil institucional.
4. Conocimiento y experiencia sobre procedimientos o prácticas que tienen relación con la eutanasia y SMA (cuidados paliativos).
5. Conocimiento y experiencia que han tenido sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida.
6. Actitudes hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y su posible legalización en México.
7. Motivos para aceptar o no participar en procedimientos de muerte médicamente asistida.
8. Definición de muerte digna.

Asimismo, se incluyeron preguntas abiertas para ahondar más sobre la percepción del tema. Además, el cuestionario incluyó una escala tipo Likert para la cual se utilizó la técnica de validación lógica basada en una construcción por argumentos teóricos.

Cabe destacar que para medir la confiabilidad se elaboró y realizó un ejercicio con una primera escala tipo Likert para obtener la percepción y actitudes del personal de salud sobre el significado de morir con dignidad y el tipo de procedimientos que ellos consideraron conveniente para las personas que enfrentan situaciones de sufrimiento físico y/o psíquico al final de su vida. Para esto, se construyeron 10 ítems, de los cuales los primeros 5 representaban un ítem directo o positivo y los últimos 5 representaban ítems indirectos o negativos. En esta escala los participantes respondieron a cada ítem en término de varios grados que iban del acuerdo al desacuerdo, para la elaboración de esta escala se retomó como referente la teoría que proponen Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook (1965).

El cuestionario se aplicó vía electrónica a 28 personas que trabajaban en el área de salud, la mayoría (80%) en el Instituto Mexicano del Seguro Social:

implica riesgo alto reducción de movilidad comunitaria, amarillo riesgo alto y disminución ligera del espacio público y verde riego bajo sin restricciones a la movilidad de acuerdo a <https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>

⁴¹ En el anexo 1 se muestra la organización de las dimensiones y las categorías.

Tabla 14. Relación del personal de salud y cuestionarios contestados.

Personal de salud	Total de cuestionarios
Médicos(as)	13
Trabajadores (as) Sociales	11
Enfermeros(as)	3
Psicólogos(as)	1
Total	28

Fuente: Elaboración propia.

Posterior a la aplicación del cuestionario y la recopilación de la información se realizaron las siguientes pruebas estadísticas, esto con la finalidad de evaluar los ítems y validarlos para así incluirlos en el cuestionario final que sería aplicado como prueba piloto.

1. Se re-codificaron los ítems 6, 7, 8, 9 y 10 para transformarlos en un ítem directo o positivo.
2. Se aplicó una T de student de pruebas independientes a cada uno de los ítems para obtener la significancia de cada uno respecto a la diferencia de sus medias (grupo bajo vs. grupo alto). Se obtuvieron los ítems que son significativos y que se consideran preguntas válidas para la prueba tipo Likert.
3. A los ítems significativos se aplicó el Alfa de Cronbach para medir la consistencia del cuestionario, ya que es un coeficiente que se usa para saber cuál es la fiabilidad de una escala o test. Para esto se incluyen sólo los ítems que resulten significativos (0 ausencia total de consistencia, 1 total de consistencia o consistencia perfecta).

Los resultados obtenidos de esta prueba se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 15. Resultados de Prueba T de student de los 10 ítems.

Ítem	Significancia	Interpretación
1	.926	Significancia $.926 > .05$ se Acepta la Ho. En la que no hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem no es válido (no es útil) para el cuestionario tipo Likert.
2	.926	Significancia $.926 > .05$ se Acepta la Ho. En la que no hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem no es válido (no es útil) para el cuestionario tipo Likert.
3	.001	Significancia $.001 < .05$ se Rechaza la Ho, ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.
4	.000	Significancia $.000 < .05$ se Rechaza la Ho, ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem sí es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.
5	.000	Significancia $.000 < .05$ se Rechaza la Ho, ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem sí es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.

6	.001	Significancia $.001 < .05$ se Rechaza la H_0 , ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem sí es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.
7	.000	Significancia $.000 < .05$ se Rechaza la H_0 , ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem sí es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.
8	.000	Significancia $.000 < .05$ se Rechaza la H_0 , ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem sí es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.
9	.000	Significancia $.000 < .05$ se Rechaza la H_0 , ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem sí es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.
10	.000	Significancia $.000 < .05$ se Rechaza la H_0 . Ya que sí hay diferencia entre la media del grupo 1 y la media del grupo 2, por lo que el Ítem sí es válido (sí nos sirve) para el cuestionario tipo Likert.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los resultados del Alfa de Cronbach, se obtuvieron en total 8 ítems con resultados significativos, por lo que a estos se les aplicó la prueba de Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia del cuestionario tipo Likert. El resultado fue de .914 de consistencia, por lo cual al ser muy cercana al 1, se consideró que era un cuestionario con consistencia aceptable.

Aplicar los 28 cuestionarios fue un ejercicio útil para evaluar la conveniencia o no de utilizar todos los ítems que se habían diseñado para la aplicación de la escala tipo Likert construida para este trabajo de investigación. De acuerdo a los resultados obtenidos, se replantearon las preguntas 1 y 2, ya que aparentemente eran muy generales, asimismo, a partir de este ejercicio se decidió no incluir a personal de psicología en el estudio, ya que se detectó con esta primera prueba que la incidencia de trabajo en clínicas y hospitales es minoritaria, por lo que sería complicado recopilar información de este grupo de profesionales. Posterior a este ejercicio, se trabajó en una versión final del cuestionario⁴² que se aplicó como prueba piloto de esta investigación.

3.5. Procedimiento para recolección de datos

La estrategia para la recolección de los datos que fue utilizada en este estudio fue la de muestras en cadena o por redes (bola de nieve), esta técnica de muestreo es no probabilística y consiste en seleccionar a los participantes claves e invitarlos a formar parte en el estudio; estos, a su vez, reclutan o invitan a participar a otras personas (Ochoa, 2015 y Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

⁴² El cuestionario se encuentra en versión digital en la siguiente liga: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScza4jTjMsv0Mj_IKxW4hPub95IAFGExwMslDGTMA2UDmkXw/viewform?usp=sf_link

Cabe señalar que como primer paso se realizó la aplicación de la prueba piloto, misma que se realizó en marzo y abril de 2021, y fue aplicada a 10 personas del área de salud, esto sirvió para identificar si las preguntas eran claras, no repetitivas o si había alguna dificultad para responderlas, estos ajustes al instrumento se realizaron con base a la retroalimentación recibida y así a finales de mayo de 2021 se logró tener la versión final del instrumento, posteriormente, se inició el levantamiento de los datos, mismo que inició el 2 de junio y concluyó el 22 de septiembre de 2021, teniendo una duración de cuatro meses.

Para la recolección de los datos se utilizó la plataforma Google Forms, esta herramienta tecnológica permitió compartir el instrumento por correo electrónico o por redes sociales. Por otra parte, para realizar el proceso de aplicación del cuestionario se siguieron diferentes estrategias, la primera fue distribuirlo a través de diversos contactos que laboran en el área de la salud y que pertenecen a instituciones médicas, principalmente del IMSS, Hospital Universitario, Hospital Metropolitano y Hospital de Emiliano Carranza “Tierra y Libertad”, también se enviaron solicitudes por escrito a autoridades del hospital No. 33 del IMSS y al hospital Emiliano Carranza, en ambos la respuesta fue no poder participar de manera institucional pero que podrían permitir que se distribuyera en estas instituciones a través de contactos cercanos.

Otra estrategia utilizada fue difundir el cuestionario en diversas redes sociales tales como Facebook, WhatsApp, Twitter, y a grupos colegiados tales como Colegio de Licenciados de Trabajo Social en Nuevo León AC y Colegio de Traumatólogos en Nuevo León.

Es así que, a través de estas estrategias se logró captar 326 cuestionarios, sin embargo, haciendo una depuración de la base de datos se obtuvo un total de 316 cuestionarios contestados, cuyo análisis se presenta en el siguiente apartado.

3.6. Análisis de los datos

Después de la aplicación de la encuesta se procedió a la codificación de los datos. Para el análisis de la información se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS). De esa manera, se dio inicio al análisis de cada una de las variables, utilizando la estadística descriptiva, las variables analizadas se exponen a continuación (véase el anexo 1 y el cuestionario en versión digital):

1. Datos sociodemográficos
2. Datos socioculturales
3. Datos institucionales
4. Conocimiento sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida
5. Actitud hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida
6. Percepción sobre la aplicación de procedimientos en la propia persona
7. Percepción sobre la participación en procedimientos de muerte médicamente asistida
8. Definición propia de muerte digna.

Cabe señalar que posteriormente, se realizaron pruebas estadísticas para analizar la relación entre las variables, dichas relaciones se representan mediante tablas cruzadas y la aplicación de la Chi cuadrada.

3.7. Limitaciones del estudio

En el momento en que se realizó este estudio, el país y el mundo se enfrentaba a una contingencia de salud por la crisis sanitaria del COVID-19 que tuvo su máxima afectación en el año 2020 y continuo en 2021; por ello, el acceso al personal de salud en sus espacios laborales se tornó poco viable; en este contexto se tomó la decisión de aplicar el instrumento por medios digitales, sin embargo, se considera que los resultados obtenidos servirán para tener un primer acercamiento con el tema y para que futuras investigaciones tomen como referente los resultados que aquí fueron obtenidos.

Por otra parte, es importante señalar los alcances y limitaciones que implica el uso de un instrumento como el cuestionario de autollenado, que, si bien implica un bajo costo de aplicación y una optimización en el tiempo de respuesta, limita el hecho de que no esté presente el investigador para aclarar posibles dudas que surjan en su llenado. No obstante, se apeló a que, al ser personal de salud, existe una familiaridad con los temas que fueron abordados.

3.8. Consideraciones éticas del estudio

El presente estudio se realizó de acuerdo a dos principios universales de la ética de la investigación, descritos en el Informe Belmont (1979): respeto por las personas y el principio de beneficencia.

El respeto por las personas se aplica al permitirles decidir por sí mismos su participación en el mismo, si bien no se aplicó un documento de consentimiento informado, si se explicó de forma escrita, el objetivo y el propósito de esta investigación, del mismo modo, se aclaró que la información proporcionada seria anónima y utilizada únicamente con académicos.

Por otra parte, el principio de beneficencia en este trabajo de investigación se aplicó al no tener ningún tipo de riesgo para los actores participantes, esto de acuerdo al artículo 17, fracción I del Reglamento De La Ley General De Salud en Materia de Investigación para la Salud, al no realizar ninguna intervención o modificación intencionada en las variables psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, de igual manera, la información recopilada fue con resguardo de su identidad y respetando en todo momento su decisión de participar. Cabe destacar que se cuidó la integridad del personal de salud de distanciamiento social y sana distancia considerando que el instrumento se aplicó en una época de pandemia y medidas de restricción derivadas del incremento de contagios por el virus COVID-19.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados que fueron obtenidos a partir de la interpretación de los datos provenientes de un total de 316 cuestionarios, los cuales fueron aplicados a personal de salud: médicos, trabajadores sociales y personal de enfermería de distintas instituciones públicas del estado de Nuevo León de los tres niveles de atención (véase tabla la tabla 16).

Tabla 16. Información de resultados

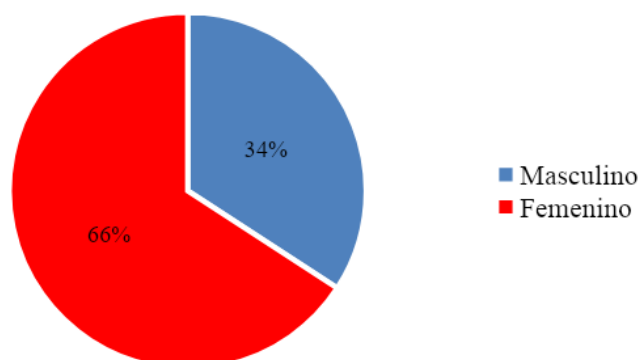
Tipo de levantamiento:	Se realizaron 316 cuestionarios.
Unidad de análisis:	Personal de salud de ambos sexos que se encontraban laborando en instituciones de salud en Nuevo León de primero, segundo o tercer nivel, tanto públicas como privadas. Se incluyen residentes de especialidades médicas.
Modo de recolección:	Cuestionario de auto llenado a través de plataformas digitales.
Cobertura geográfica:	Nuevo León.
Fecha de levantamiento:	De junio a septiembre de 2021.

Cabe destacar que el análisis de la información recopilada, dio respuesta a los objetivos, las preguntas de investigación y las hipótesis que fueron planteadas en esta investigación.

4.1. Características generales de la población muestra

En este apartado se presenta una descripción inicial de la información general de la población muestra, la cual incluye datos sociodemográficos, institucionales y aspectos culturales (religión). Como primer punto se señala que del total de los cuestionarios aplicados (n=316); 207 (65%) fueron respondidos por personal de salud que se identificó con el género femenino y 109 (35%) con el género masculino, estos datos permitieron detectar que existe una sobre representación de las mujeres, esta alza de población femenina puede explicarse, dado que el personal de trabajo social y de enfermería se caracteriza por tener un número mayor de mujeres (véase la gráfica 1).

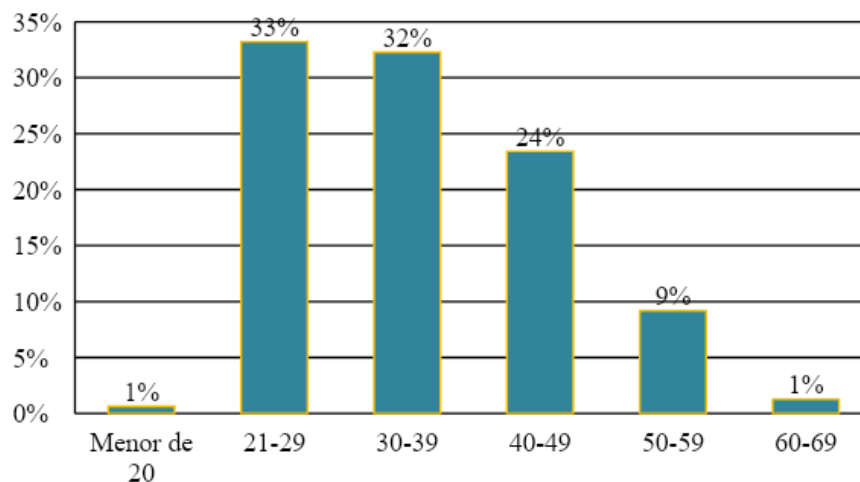
Gráfica 1. Género.



Fuente: Elaboración propia.

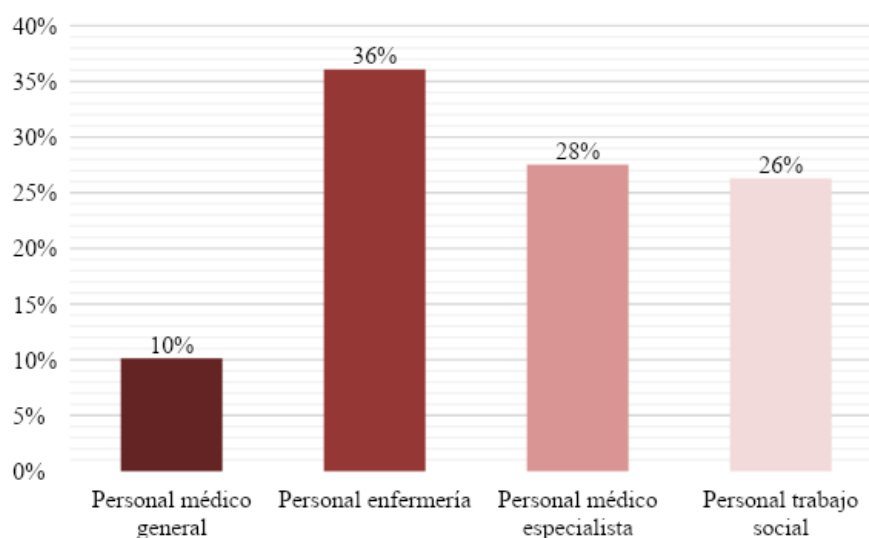
De acuerdo con los datos recabados el porcentaje mayor de los participantes se concentró en tres rangos de edad, es decir, 33% de los participantes encuestados se ubicó entre los 21 a los 29 años de edad, 32% entre los 30 a 39 años, mientras que 24% entre 40 a 49 años. Siendo 36 años el promedio de edad de los participantes de la muestra (véase la gráfica 2).

Gráfica 2. Edad del personal participante.



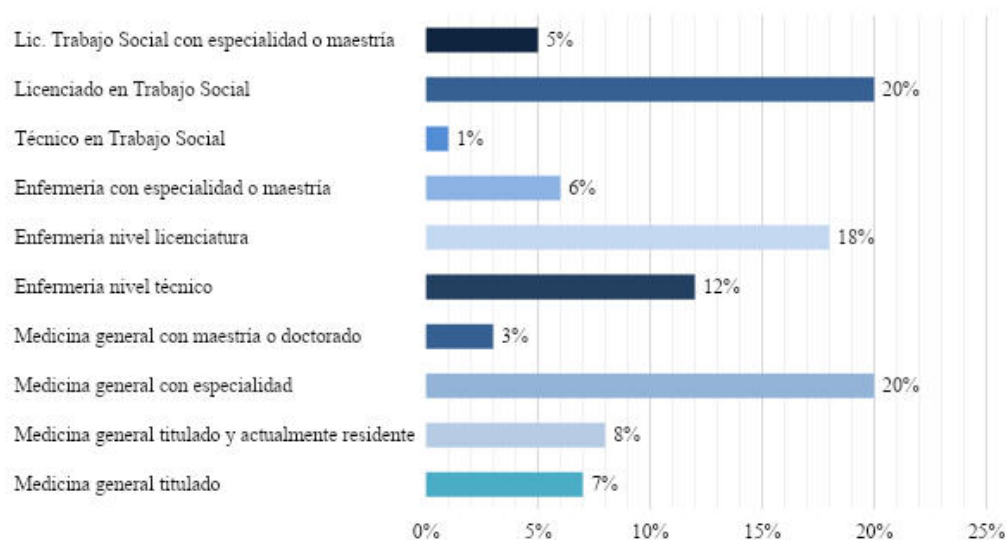
Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la profesión del personal, cabe referir que en el estudio predominó el personal médico (especialista y general), lo cual representó 38% de la muestra, seguido de personal de enfermería (36%) y por último personal de trabajo social (26%) (véase la gráfica 3).

Gráfica 3. Profesión del personal participante.

Fuente: Elaboración propia.

En lo relativo al grado de estudios alcanzado por los profesionistas participantes, se destacó que 45% de los profesionistas tenían nivel de licenciatura, 42% del personal de medicina contaba con especialidad, estudios de posgrado o estaba realizando alguna residencia médica, mientras que 13% contaba con una carrera técnica (véase la tabla 16 y gráfica 4).

Gráfica 4. Grado de estudios.

Fuente: Elaboración propia.

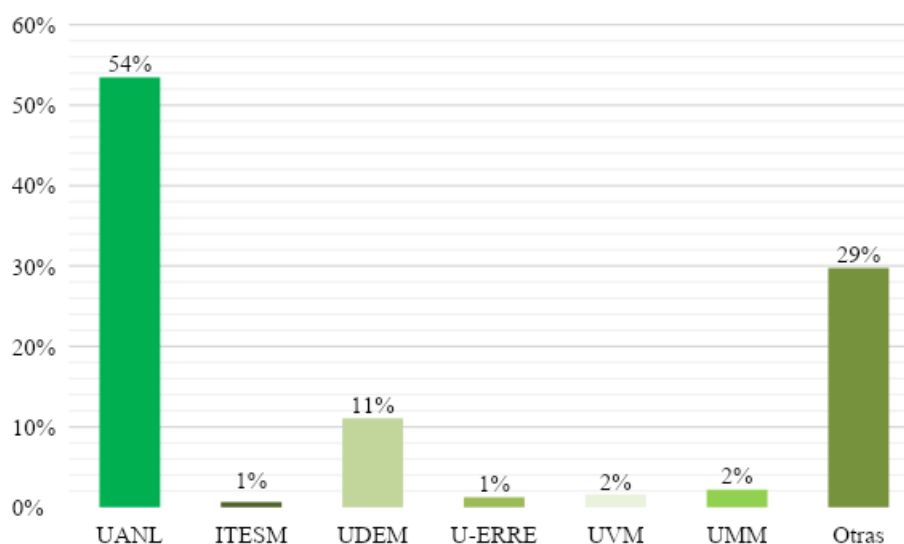
En lo referente al personal que señaló contar con una especialidad, se logró identificar que 37% de los médicos contaban con una especialidad en medicina familiar, 14.5% con especialidad en psiquiatría y 9.6% con especialidad en medicina interna (10%) (véase la tabla 16).

Tabla 17. Tipo de especialidad.

Especialidad	Porcentaje
Anestesiología	4.8%
Cardiología clínica	1.6%
Cirugía general	3.05%
Endocrinología	1.6%
Medicina familiar	37%
Geriatría	1.6%
Ginecología	4.8%
Urgencias	3.05%
Medicina del trabajo	1.6%
Hipnoterapeuta	1.6%
Ortopedia	1.6%
Patología	1.6%
Medicina interna	9.6%
Pediatría	1.6%
Psiquiatría	14.5%
Radio oncología	1.6%
Salud ocupacional	4.8%
Traumatología	1.6%
Urgencias médico-quirúrgicas	1.6%
Total	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la institución educativa en la que estudiaron su carrera profesional, se pudo detectar que 54% de los participantes refirieron haber estudiado en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), 11% indicó haber sido estudiante de la Universidad de Monterrey (UDEM) y 29% señaló que en otras universidades del país, sin que haya alguna en particular que predomine (véase la gráfica 5).

Gráfica 5. Institución educativa.

Fuente: Elaboración propia.

Otro de los datos que se pudo recopilar fue lo relativo al tiempo que los participantes tenían laborando en el área de la salud al momento de aplicar la encuesta, por lo que se logró detectar que 39.9% de la muestra tenían menos de 5 años trabajando en dicha área, mientras que 19.6% tenían entre 6 y 10 años colaborando, siendo 11 años el promedio de años que los participantes tenían trabajando en el área de la salud, a través de la información se pudo determinar que el personal de salud que fue encuestado contaban con experiencia, misma que fue obtenida a través de los años que han estado prestando sus servicios en dicha área (véase la tabla 17).

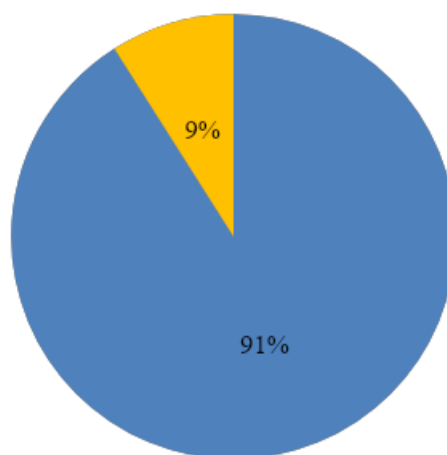
Tabla 18. Tiempo de trabajar como profesionista en el ámbito de la salud.

Tiempo de trabajar como profesionista en el ámbito de la salud	Porcentaje	Frecuencia
De 0 a 5 años	39.90%	126
De 6 a 10 años	19.60%	62
De 11 a 15 años	14.20%	45
De 16 a 20 años	13.00%	41
De 21 a 25 años	6.60%	21
De 26 a 30 años	3.80%	12
De 31 a 35 años	1.60%	5
De 36 a 40 años	0.60%	2
Más de 41 años	0.60%	2
Total	100%	316

Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta al dato cultural, específicamente a lo relacionado con la religión, se logró detectar que 91% de la muestra manifestó creer en la existencia de Dios (véase la gráfica 6).

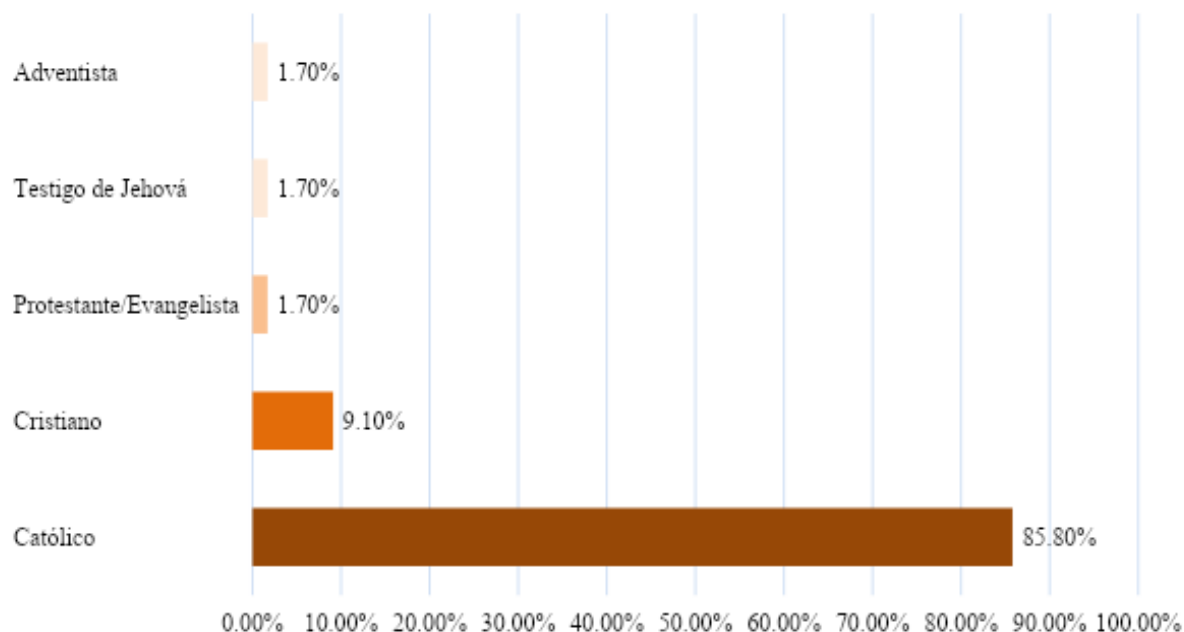
Gráfica 6. Creencia en Dios.



Fuente: Elaboración propia.

Del mismo modo, se identificó que 73% (232) de los participantes de la muestra practicaba alguna religión, siendo la religión católica la más predominante, dado que 199 de 232 participantes manifestó practicarla (85.8%) (véase la gráfica 7).

Gráfica 7. Religión practicada.



Fuente: Elaboración propia.

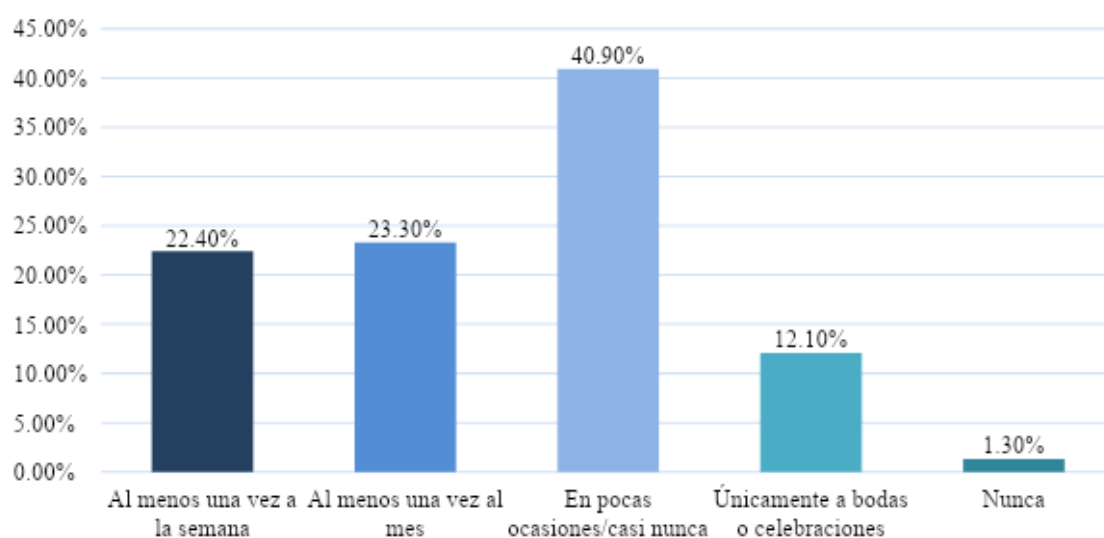
En lo concerniente a la escala de nivel de religiosidad, a la pregunta del 1 al 5 que tan religioso se percibía 42.7% de la muestra señaló que su religiosidad es regular, 31% manifestó no ser tan cercanos a su religión, mientras que 4.3% consideraron que son altamente cercanos a su religión (véase la tabla 18).

Tabla 19. Escala de religiosidad.

Nivel de religiosidad	Porcentaje
1	4.30%
2	12.50%
3	42.70%
4	31%
5	9.50%
Total	100%

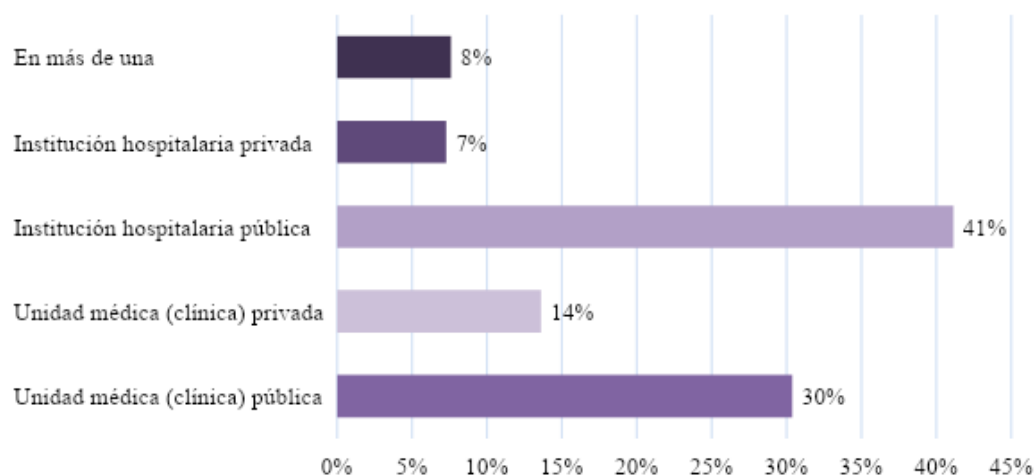
Fuente: Elaboración propia.

En lo relacionado con la frecuencia que acuden a las ceremonias religiosas oficiadas por su religión, los datos arrojaron que 40.9% de la muestra señaló asistir en pocas ocasiones a este tipo de ceremonias, 22.4% refirió acudir al menos una vez a la semana, mientras que 23.3% manifestó asistir por lo menos una vez al mes (véase la gráfica 8).

Gráfica 8. Asistencia a ceremonias religiosas.

Fuente: Elaboración propia.

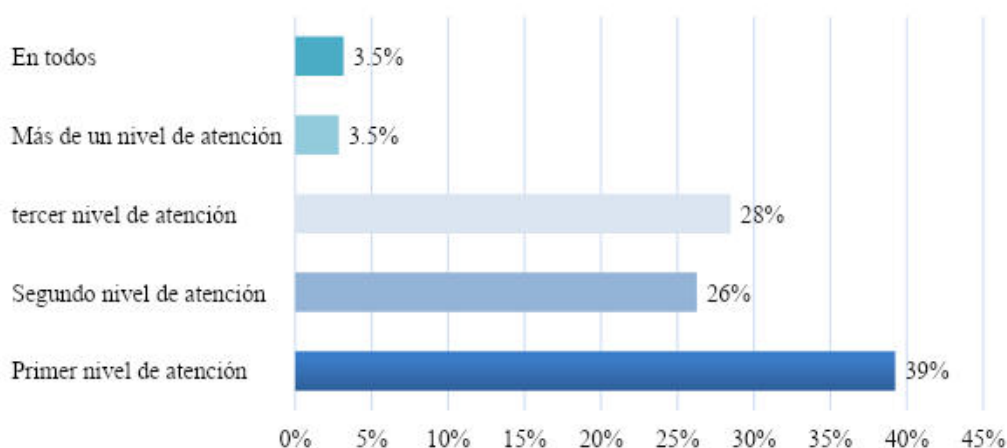
Referente al tipo de institución de salud en la que trabajaban los participantes encuestados, se identificó que 72% laboraba en hospitales o clínicas del sector público y una minoría 21% colaboraba en el sector privado, sin embargo, cabe señalar que 8% manifestó brindar servicios en ambos sectores (véase la gráfica 9).

Gráfica 9. Tipo de institución de salud en la que trabaja.

Fuente: Elaboración propia.

Del mismo modo, a través de los datos se pudo determinar que 39% de los participantes atendía el primer nivel de atención, el cual desde la visión de Flores (2018: 57), consiste en “la consulta externa, en la que el personal médico atiende la salud familiar; está a cargo de los programas de prevención del diagnóstico oportuno de enfermedades que pueden ser controladas de forma domiciliaria”, por otra parte, 28% de los participantes colaboraban en un tercer nivel de atención, el cual “se reconoce como unidades médicas de alta especialidad donde se atiende a pacientes con enfermedades agudas o crónicas, que requieren diagnósticos y decisiones terapéuticas que implican un alto riesgo y especialización” (Flores, 2018: 57); 26% trabajaba en el segundo nivel de atención, en el cual “se atienden los padecimientos en hospitales especializados, que incluyen espacios físicos para la práctica de las diversas especialidades (ginecología, traumatología, medicina interna, etc.)”. (Flores, 2018: 57) y 6% de la muestra laboraba en más de un nivel de atención (véase la gráfica 10).

Gráfica 10. Nivel de atención en la que labora.



Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, se presenta un primer acercamiento a las características generales que conforman el perfil del personal encuestado, en ese sentido, se puede resumir que los participantes de este estudio, durante el periodo de aplicación del cuestionario tenían en promedio 36 años de edad, contaban con 11 años de experiencia laboral en el ámbito de la salud, en su mayoría tenían licenciatura terminada, sin embargo, se destaca que algunos de ellos contaban con alguna especialidad. Por otra parte, los datos arrojaron que en su mayoría el personal egresó de la UANL.

Otra característica general identificada es que la mayoría de los participantes creen en la existencia de Dios, siendo la religión católica la que en mayor medida predomina, aunque no se consideran apegados, ni asiduos a participar en ceremonias propias de esa religión. Otro dato del perfil de la muestra detectado fue que 28% del personal encuestado se desempeñaban en los tres niveles de atención, por lo que no se concentraban en la participación en un solo nivel.

4.2. Desarrollo de modelos estadísticos y resultados

Para comenzar, se puntualiza que el análisis de resultados se logró mediante una revisión de las variables involucradas en las hipótesis, esto con la finalidad de definir el tipo de pruebas

estadísticas que se iban a utilizar, por lo que se llegó a la conclusión de que era pertinente el uso de pruebas no paramétricas, ya que las variables utilizadas para las pruebas de hipótesis fueron en su mayoría nominales y ordinales. En este sentido, se optó por utilizar como prueba estadística la *Chi Cuadrada*, dado que este tipo de experimento se utiliza cuando ambas variables son nominales, además de que permite identificar la existencia de relación entre ellas.

También se optó por aplicar la prueba estadística de *Coefficiente Spearman*, la cual se utiliza para comprobar la relación cuando ambas variables son ordinales, cabe referir que estos dos tipos de pruebas permitieron valorar si era significativa o no la relación entre las variables que buscaban dar respuesta a las hipótesis planteadas en este estudio. Por lo anterior, con la finalidad de clarificar el análisis de resultados, a continuación, se muestran las variables que fueron analizadas, así como las pruebas estadísticas que fueron realizadas (véase la tabla 20).

Tabla 20. Variables y prueba estadística realizada.

Variable	Variabes	Prueba estadística a aplicar
Profesión	24 variables que tienen relación con la percepción y actitudes hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros relacionados con la muerte digna.	Chi cuadrada
Creencia en la existencia de un Dios	24 variables que tienen relación con la percepción y actitudes hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros relacionados con la muerte digna.	Chi cuadrada
Práctica de alguna religión	24 variables que tienen relación con la percepción y actitudes hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros relacionados con la muerte digna.	Chi cuadrada
Nivel de religiosidad	24 variables que tienen relación con la percepción y actitudes hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros relacionados con la muerte digna.	Spearman

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que al aplicar los modelos estadísticos se encontró que solo hubo relación significativa en el cruce de las siguientes variables: profesión (5 variables), creencia en la existencia de Dios (11 variables), práctica de alguna religión (22 variables); sin embargo, en el caso de nivel de religiosidad solo se encontró relación significativa en 3 variables de las 24 analizadas, por lo que se optó por no incluirlo en el análisis (véase el anexo 2).

4.2.1. Profesión

Para dar respuesta a la hipótesis sobre si existe una relación estadística entre la profesión que ejerce el personal de salud y la percepción y actitudes acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna, se aplicó la prueba Chi cuadrada a las siguientes variables, esto con la finalidad de identificar la relación entre ellas y así determinar si los resultados eran significativos (véase la tabla 21).

Tabla 21. Resultados entre la variable profesión y las actitudes y percepciones acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna.

Variable A	Variable B	Tipo Variable A	Tipo Variable B	Tipo de prueba	Estadístico	Significancia	Phi/V Cramer	Evaluación
Profesión	18. Mantener la vida deber ser el principal deber personal de salud.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	44.495	.000	.375/.217	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
Profesión	20. Los cuidados paliativos, incluyendo la sedación profunda, deben ser la única práctica que debe utilizarse para pacientes con enfermedad terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente).	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	28.797	.004	.302/.174	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
Profesión	33. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	27.782	.006	.297/.171	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.

Profesión	38. En caso de que el suicidio medicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	12.759	.047	201/.14 2	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
Profesión	45. Si padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante, ¿a cuál de las siguientes aseveraciones se parece más el concepto de "muerte digna" para usted?	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	29.272	.004	304/.17 6	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los resultados obtenidos del cruce de las variables profesión con 24 variables vinculadas con las actitudes y percepción sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida, se encontró que solamente 5 de ellas tuvieron relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la profesión.

El primer resultado válido fue que la profesión del personal de salud tuvo relación estadísticamente significativa con la actitud positiva de mantener la vida a toda costa en los procesos de muerte clínicamente asistida, dado que se determinó una significancia de 0.000 y un valor de Chi cuadrada de 44.495, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se identifica una relación significativa entre las variables. En la tabla 22 se muestran los resultados desglosados:

Tabla 22. Profesión y la percepción de que mantener a toda costa la vida es el deber principal del personal de salud.

18. Mantener, a toda costa, la vida de un paciente es el deber principal del personal de salud

		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
3. ¿Cuál es su profesión?	Personal médico general	8	10	5	2	6	31
		25.80%	32.30%	16.10%	6.50%	19.40%	100.00%
	Personal médico especialista	23	24	10	13	18	88
		26%	27.30%	11.40%	14.80%	20.50%	100.00%
	Personal de enfermería	66	24	11	7	6	114
		57.90%	21.10%	9.60%	6.10%	5.30%	100.00%
	Personal de trabajo social	43	26	4	8	2	83
		51.80%	31.30%	4.80%	9.60%	2.40%	100.00%
Total		140	84	30	30	32	316
		44.30%	26.60%	9.50%	9.50%	10.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

A través de los datos se pudo identificar que 44.30% del personal de salud señaló estar en desacuerdo con la noción de que el principal deber de ellos es mantener a toda costa la vida del paciente, por otra parte, 26.6% refirieron no estar en total desacuerdo con esta afirmación, sin embargo, 10.1% indicó estar totalmente de acuerdo con dicho señalamiento, mientras que 9.5% solamente estuvo parcialmente de acuerdo y finalmente 9.5% se mantuvo en una posición imparcial.

Del mismo modo, se pudo determinar que tanto el personal de enfermería (57.90%) como el de trabajo social (51.80%), y el personal médico ya sea general o especialista (51.90%) tuvieron porcentajes similares, los cuales indican el rechazo a dicho señalamiento. No obstante, los datos arrojaron que 19.40% del personal médico manifestó estar totalmente de acuerdo con esta afirmación, del mismo modo, 20.50 % del personal médico especialista, 5% del personal de enfermería y 2.4% del personal de trabajo social coincidieron con esta respuesta.

Aunque el porcentaje del personal de salud que rechaza la afirmación de que su principal deber es mantener la vida del paciente es menor, esto coincide con los argumentos que realizan Álvarez del Río y Kraus (2014) cuando refieren que en México los médicos suponen que ayudar a otra persona a morir va en contra de la propia medicina, dado que el personal médico considera que su función es curar y prolongar la vida de los pacientes, ya que para ellos esto es la base de la confianza en la relación médico-paciente. Asimismo, como lo refiere Decrescenzo (2019) las aspiraciones políticas de la medicina se han centrado en dar prioridad a la destreza técnica y

cuando se diagnostica una enfermedad grave se centran en luchar contra ella, por lo que el autor destaca la necesidad de que el médico regrese a centrar su atención no a la enfermedad, sino en el paciente que la vive, y enfatiza que el médico debe recordar que atiende a personas que se encuentran enfermas, no a enfermedades.

Por otra parte, otras variables que arrojaron resultados significativos fue la vinculación entre la profesión y la afirmación sobre lo que son los cuidados paliativos, por lo que el resultado estadístico de la Chi cuadrada fue de 28.797 con una significancia de .004, como se puede observar esto reflejó la relación entre dichas variables (véase la tabla 23).

Tabla 23. Profesión y la afirmación de limitar a solo cuidados paliativos a pacientes con enfermedad terminal.

		20. Los cuidados paliativos, incluyendo la sedación profunda, deben ser la única práctica que debe utilizarse para pacientes con enfermedad terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente).					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
3. ¿Cuál es su profesión?	Personal médico general	6	7	8	2	8	31
		19.30%	22.60%	25.80%	6.50%	25.80%	100.00%
	Personal médico especialista	23	22	13	16	14	88
		26.10%	25.00%	14.80%	18.20%	15.90%	100.00%
	Personal de enfermería	42	44	11	8	9	114
	36.90%	38.60%	9.60%	7.00%	7.90%	100.00%	
	Personal de trabajo social	27	26	13	12	5	83
		32.50%	31.30%	15.70%	14.50%	6.00%	100.00%
Total		98	99	45	38	36	316
		31.01%	31.33%	14.24%	12.02%	11.40%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Según los resultados que se muestran en la tabla anterior, se puede apreciar que 31.01% del personal de salud estuvo en desacuerdo con esta afirmación, mientras que 31.33% indicó estar algo en desacuerdo con este señalamiento, de esta forma se identificó que la mayoría del personal de salud no están de acuerdo en que los cuidados paliativos sean la única práctica a utilizarse para aminorar el sufrimiento de los pacientes en situación terminal. Sin embargo, nuevamente al analizar por tipo de profesión se detectó que 25.80% del personal médico general refirió estar totalmente de acuerdo, 15.90% del personal médico especialista manifestó estar de

acuerdo, 7.90% del personal de enfermería coincidió en estar totalmente de acuerdo, mientras que 6% del personal de trabajo social se inclinó por esta afirmación.

Lo anterior permite reflexionar y reconsiderar lo expuesto por Pérez (2008), dado que este autor señala que desde la perspectiva médica el personal debe de evitar las muertes prematuras e innecesarias, pero que poco se aborda cuando los tratamientos e inclusive la medicina paliativa ya no pueden ofrecer algo más al paciente y con ello solo se prolonga el sufrimiento de forma innecesaria, incluso aunque eso traiga consecuencias económicas y en repercusión de la familia, por lo anterior, se considera necesario reflexionar si la muerte sería algo mayormente benéfico para el paciente que así lo desea.

En este sentido, Aguilera y González (2012) consideran oportuno que los procedimientos de muerte médicamente asistida se vean y se asuman como una responsabilidad hacia la otra persona, es decir, desde su visión estos deben visualizarse como actos humanitarios en beneficio de las personas que sufren.

Ahora bien, al analizar la relación entre la profesión y la opinión sobre si se debiese cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia, se identificó que sí hubo una relación entre dichas variables. De esta manera, el resultado de la Chi cuadrada fue de 27.782 con un nivel de significancia de .006, por lo tanto y si bien no hay relación entre la profesión y otras variables como la aceptación de legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida para pacientes terminales o que se incluyan este tipo de procedimientos en documentos como las voluntades anticipadas, al hablar de pacientes con situación de tetraplejía, la percepción cambia según la profesión del personal (véase la tabla 24).

Tabla 24. Profesión y percepción de que se legalice la eutanasia para personas en condición de tetraplejía.

		33. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición o tetraplejía reciban ayuda para morir a través de la eutanasia.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
3. ¿Cuál es su profesión?	Personal médico general	2	1	4	8	16	31
		6.50%	3.20%	12.90%	25.80%	51.60%	100.00%
	Personal médico especialista	15	4	7	28	34	88
		17.00%	4.50%	8.00%	31.80%	38.70%	100.00%
	Personal de enfermería	16	17	21	29	31	114
		14.00%	14.90%	18.40%	25.50%	27.20%	100.00%

Personal de trabajo social	12	4	22	23	22	83
	14.50%	4.80%	26.50%	27.70%	26.50%	100.00%
Total	45	26	54	88	103	316
	14.24%	8.22%	17.10%	27.84%	32.60%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Conforme a estos resultados se pudo inferir que 32.60% del personal de salud manifestó estar totalmente de acuerdo en que se debe cambiar la legislación del país para permitir que pacientes que se encuentran en alguna condición de tetraplejía tengan acceso al procedimiento de la eutanasia, seguido de un 27.84% que indicaron estar algo de acuerdo por lo que se puede apreciar que probablemente por las características de esta condición existe un consenso sobre el derecho de las personas con tetraplejía a solicitar la eutanasia. Los resultados por profesión indicaron una mayor aceptación por parte del personal médico ya sea general o especialista.

Aquí la visión de los médicos se relaciona con el concepto de calidad de vida, y en este sentido es interesante retomar la reflexión que realiza Pastor (2006), ya que este autor refiere que la calidad de vida tiene implicaciones éticas en su uso, el cual debe estar en función de la vida humana, rechazando se fomente la selección de personas que presentan debilidad o discapacidad, según este autor esto debe de ser discutido con el paciente analizando los aspectos objetivos y subjetivos de las dimensiones de la calidad de vida, ya que como lo refiere Flemate (2015) la calidad de vida está relacionado con la dignidad humana y a la individualidad y naturaleza racional de las personas, ya que si una persona argumenta que su vida es carente de calidad, es un hecho que lejos de objetarse se debe respetar, puesto que es una afirmación individual.

Otras variables que arrojaron resultados significativos fue la relación entre profesión y la pregunta en la que se cuestiona al personal de salud que en caso de que el suicidio médicamente asistido estuviera permitido en México y fuese diagnosticado con una enfermedad que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?, en este sentido, el análisis de los datos arrojó la existencia de una relación significativa entre dichas variables, dado que se obtuvo una Chi cuadrada de 12.759 y una significancia de .047 (véase la tabla 25).

Tabla 25. Profesión y solicitar ayuda para morir (suicidio médicamente asistido).

		38. En caso de que el suicidio médicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?			
		Sí lo solicitaría	No sé	No lo solicitaría	Total
3. ¿Cuál es su profesión?	Personal médico general	14	8	9	31
		45.20%	25.80%	29.00%	100.00%
	Personal médico especialista	34	28	26	88

	38.60%	31.80%	29.60%	100.00%
Personal de enfermería	65	26	23	114
	57.00%	22.80%	20.20%	100.00%
Personal de trabajo social	30	33	20	83
	36.10%	39.80%	24.10%	100.00%
Total	143	95	78	316
	45.20%	30.10%	24.70%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los datos arrojaron que 45.20% del personal de salud indicó que sí solicitarían la ayuda para morir (suicidio médicamente asistido) en caso de padecer una enfermedad terminal o que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, 30.10% manifestó no saber si aceptaría, mientras que 24.70% indicó que no solicitaría la ayuda para el bien morir. En esta pregunta se aprecia una mayor aceptación de este procedimiento por parte del personal de enfermería, cabe señalar que esta profesión se caracteriza por el cuidado del otro, quizás un procedimiento en el que no implique una participación activa de terminar con la vida les resulta menos problemático pensando en su propia persona.

Por último, otras de las variables analizadas y cuyo resultado fue significativo, fue la relación de la profesión y lo que significa el concepto de “muerte digna”, cabe señalar que los resultados arrojaron una Chi cuadrada de 29.274 y una significancia de .004 (véase la tabla 26).

Tabla 26. Profesión y concepto de muerte digna.

45. Si padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto y/o tuviera dolor intenso y constante ¿a cuál de las siguientes aseveraciones se parece más el concepto de morir con dignidad?				
A morir en mi casa, aunque mi condición me impidiera levantarme por mí mismo(a) de la cama y dependiera de otros para asearme, vestirme, comer, tomar mis medicamentos, etc...., hasta que llegue el	A morir en un hospital con todos los cuidados y procedimientos médicos posibles (aunque esté en la Unidad de Cuidados Intensivos), aunque me encuentre inconsciente, incomunicado y no tenga posibilidad de recuperación	A que los médicos suspendieran los tratamientos invasivos y las medidas terapéuticas que no contribuirán a mi recuperación y me brindaran cuidados paliativos (y si fuera necesario,	A que, si lo deseo y lo solicito, un profesional de la salud puede administrar me fármacos que me ayuden a acelerar el momento de mi muerte	Otro Total

		momento de mi muerte natural		sedación profunda)			
3. ¿Cuál es su profesión ?	Personal médico general	7	0	8	13	3	31
		22.60%	0.00%	25.80%	41.90%	9.70%	100.00%
	Personal médico especialista	26	4	37	16	5	88
		29.55%	4.55%	42.00%	18.20%	5.70%	100.00%
	Personal de enfermería	36	16	26	35	1	114
		31.60%	14.00%	22.80%	30.70%	0.90%	100.00%
	Personal de trabajo social	20	13	24	21	5	83
		24.10%	15.70%	28.90%	25.30%	6.00%	100.00%
Total		89	33	95	85	14	316
		28.20%	10.40%	30.10%	26.90%	4.40%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los datos que se muestran en la tabla anterior indican que 30% del personal de salud relacionó el concepto de morir con dignidad con la suspensión de tratamientos invasivos y medidas terapéuticas que no contribuyen a la recuperación, por lo que en ese caso se optaría por recibir cuidados paliativos, por otra parte, 28% del personal de salud vinculó este concepto con la muerte en casa, si la condición de los pacientes no les permitiera levantarse por sí mismos.

Asimismo, al revisar el concepto de muerte digna por profesión se identificó que 41.9% del personal médico general consideraron que muerte digna es la administración de fármacos para acelerar el proceso de su muerte, 31.6% lo relacionan con la muerte en casa como manera de tener una muerte digna, mientras que 42% del personal especialista y 28.9% del personal de trabajo social indicaron que muerte digna se refiere a la suspensión de tratamientos invasivos y brindar cuidados paliativos para el bien morir. Cabe señalar como ya se ha mencionado en este trabajo de investigación que este concepto de muerte digna abarca diversos medios que buscan procurarla desde cuidados paliativos, decisiones médicas o muerte médicamente asistida.

De esta manera, estos resultados, coinciden con lo referido por Malaespina (2017) dado que este autor menciona que los adelantos tecnológicos en el área de la salud han ampliado las posibilidades de vida de las personas, y esto se ha visto traducido en tratamientos de enfermedades antes incurables y de las que hoy en día se puede sobrevivir con una calidad de vida aceptable para los pacientes, sin embargo, estos avances también han servido para

prolongar la vida de una manera artificial, aún y cuando esto represente un sufrimiento para las personas, en escenarios en las que no hay ya expectativas de mejoría o curación.

Este mismo autor cuestiona si realmente los logros biotecnológicos cumplen con el propósito para el cual fueron desarrollados, sobre todo si eso conlleva a prolongar el sufrimiento de una persona que al final de la etapa de su vida, lo que desea es tener una ayuda para poder morir con dignidad. En ese sentido, en este estudio se identificó que la mayoría de las respuestas del personal de salud indican que existe un rechazo de la opción de morir en un hospital, aun y con los adelantos tecnológicos que pudieran prolongar la vida, sin que esto represente mejora en su condición de salud.

De esta manera se puede concluir que no hay una relación significativa entre la profesión del personal de salud y la percepción y actitudes que tienen acerca de los diversos medios que ayuden a las personas a tener una muerte digna.

4.2.2. Creencia en un Dios.

Para dar respuesta a la hipótesis sobre si hay una relación estadística significativa entre la creencia en un Dios por parte del personal de salud y su percepción y actitudes acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna, se aplicó la prueba Chi cuadrada a las siguientes variables, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados (véase la tabla 27).

Tabla 27. Relación de variable creencia en un Dios y diversas actitudes y percepciones acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna.

Variable A	Variable B	Tipo Variable A	Tipo Variable B	Tipo de prueba	Estadístico	Significancia	Phi/V Cramer	Evaluación
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	21. Ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	17.988	.001	.239/.239	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	29. Los procedimientos de muerte médicamente asistida (eutanasia y suicidio medicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	13.142	.011	.204/.204	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.

7. ¿Cree usted que existe un Dios?	quieren y solicitan. 30. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	11.652	.020	.192/ 192	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	31. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir, a través del suicidio medicamente asistido.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	14.849	.005	.217/ 217	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	33. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	13.704	.008	.208/ 208	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	35. En países donde es permitido el suicidio medicamente asistido, el personal de salud que aplica un procedimiento de muerte medicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	10.067	.039	.178/ 178	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.

7. ¿Cree usted que existe un Dios?	37. En caso de que la eutanasia fuera permitida en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	8.406	.015	.163/ 163/	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	38. En caso de que el suicidio medicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	12.754	.002	.201/ 201	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	39. En caso de que la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar o colaborar en un procedimiento de este tipo, ¿usted lo aceptaría?	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	13.390	.001	.206/ 206	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	42. En caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo. ¿Usted aceptaría participar? *	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	18.265	.000	.240/ 240	Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa entre las variables.
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	45. Si padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitarían	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	15.274	.004		Se rechaza hipótesis nula. Sí hay una relación significativa

severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazarán su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante, ¿a cuál de las siguientes aseveraciones se parece más el concepto de “muerte digna” para usted?

.220/220 entre las variables.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los resultados obtenidos del cruce de la variable creencia en un Dios con 24 variables vinculadas con las actitudes y percepción sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida, se encontró que 11 de ellas tienen relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Por lo que a través del análisis de los datos se identificó que la creencia en un Dios por parte del personal de salud tiene relación estadísticamente significativa con la percepción que tienen y que supone que ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla, este resultado es importante debido a que los datos arrojaron una significancia de 0.001 y un valor de Chi cuadrada de 17.988, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la relación entre las variables (véase la tabla 28).

Tabla 28. Creencia en Dios y percepción de que ninguna persona es dueña de su propia vida.

21. Ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo en ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla.							
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	80	44	61	44	60	289
		27.60%	15.20%	21.20%	15.20%	20.80%	100.00%
	No	18	3	2	2	2	27
		66.70%	11.10%	7.40%	7.40%	7.40%	100.00%
Total		98	47	63	46	62	316
		31.00%	14.90%	19.90%	14.60%	19.60%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados que se observan en la tabla anterior indicaron que el 27.6% del personal de salud que cree en Dios está en desacuerdo con la afirmación de que ninguna persona es dueña de su propia vida y que, por ende, bajo ninguna circunstancia buscará interrumpirla, sin embargo,

66.7% del personal de salud no cree en Dios, por lo que está en desacuerdo con tal aseveración. Por otra parte, los resultados arrojaron que 20.8% del personal de salud que cree en Dios, está totalmente de acuerdo en que la persona no es dueña de su vida, mientras que 7.4% del personal que no cree en Dios está totalmente de acuerdo con la afirmación.

Lo anterior permite observar que la creencia de un Dios puede influir en la percepción acerca de la autonomía de las personas sobre disponer de su propia vida. Como bien lo refiere Álvarez del Río y Kraus (2014) en México predomina la creencia ligada a la religión, donde la vida es considerada como un valor supremo, en la que Dios otorga la vida y él la quita, aunado a la prevalencia de personas que se identifican o pertenecen a la religión católica, misma que se encuentra arraigada en una filosofía de tradición cristiana; la cual constituye una corriente que considera que el ser humano proviene de un ser divino, el cual le otorgó la vida, vida que en su forma material tiene un final, no así su forma espiritual. Martínez (2009) argumenta que esta religión considera a la vida como materia y espíritu; y en la cosmovisión cristiana, la vida humana trasciende la propia muerte, existe la vida eterna y ésta es condicionada por las decisiones éticas que las personas tomaron en su vida material. Como se puede apreciar disponer de la propia vida no es una acción que comulgue con la creencia de un ser supremo.

Otra relación significativa que se identificó al analizar la variable creencia en un Dios fue la variable 29, en la cual se afirma que los procedimientos de muerte médicamente asistida (eutanasia y suicidio médicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo quieren y solicitan, por lo que se encontró que existe una relación significativa de .011 y una Chi cuadrada de 13.142.

Los resultados obtenidos indicaron que 25.95% del personal de salud que creen en la existencia de un Dios está en desacuerdo en que se deba de aplicar los procedimientos de eutanasia o suicidio médicamente asistido a personas que los soliciten por considerar su vida indigna derivado de sus discapacidades o dependencias, del mismo modo, se detectó que 21.45% de este personal estuvo totalmente de acuerdo con esta afirmación. Por otra parte, se identificó que 40.8% de las personas que señalaron no creer en Dios, mencionaron estar totalmente de acuerdo con que se apliquen los procedimientos de eutanasia o suicidio si alguna persona considera su vida indigna (véase la tabla 29).

Tabla 29. Creencia en Dios y percepción de que los procedimientos de muerte médicamente asistida deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia.

		29. Los procedimientos de muerte asistida (eutanasia y suicidio medicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencias, si ellos así lo quieren y solicitan.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	75	33	50	69	62	289
		25.95%	11.40%	17.30%	23.90%	21.45%	100.00%
	No	0	2	4	10	11	27
			7.40%	14.80%	37.0%	40.80%	100.00%

	0.00%					
Total	75 23.70%	35 11.10%	54 17.10%	79 25.00%	73 23.10%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Es pertinente referir que otras de las variables analizadas fueron la creencia en un Dios y la percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para que las personas con una enfermedad terminal, que sí lo desean, reciban ayuda para morir a través de la eutanasia, por los datos mostraron que entre estas variables existe una relación significativa de .020 y una Chi cuadrada de 11.652.

Los resultados arrojados indicaron que 45% de las personas que señaló creer en un Dios, está totalmente de acuerdo en que sí debería de cambiar la legislación mexicana, 77.8% del personal que no cree en Dios, manifestó estar totalmente de acuerdo con tal afirmación. Cabe resaltar que aquí se destaca que ambos grupos coinciden en que si debiese haber un cambio de la legislación mexicana para que las personas reciban ayuda para el bien morir. Lo anterior permite identificar que existe una aceptación por parte del personal de salud ante la legalización de la eutanasia en México, dado que ambos grupos muestran una mayor disposición para su legalización (véase la tabla 30).

Tabla 30. Creencia en Dios y percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir a través de la eutanasia.

		30. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	37 12.80%	14 4.8%	32 11.1%	76 26.3%	130 45.0%	289 100.00%
	No	0 0.00%	1 3.7%	1 3.7%	4 14.8%	21 77.80%	27 100.00%
Total		37 11.7%	15 4.75%	33 10.45%	80 25.3%	151 47.8%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, otras de las variables que arrojaron resultados significativos, fue la relación que existe entre la creencia en Dios y la actitud sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido, dado que estas variables arrojaron una significancia de 0.005 y una Chi cuadrada de 14.849 (véase tabla 31).

Tabla 31. Creencia en Dios y percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir a través del suicidio médicamente asistido.

31. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal, que así lo deseen, reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido.

		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	41 14.20%	13 4.49%	30 10.40%	82 28.35%	123 42.56%	289 100.00%
	No	0 00.00%	2 7.40%	1 3.70%	3 11.10%	21 77.80%	27 100.00%
Total		41 13.00%	15 4.70%	31 9.80%	85 26.90%	144 45.60%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los datos arrojaron que 42.56% del personal de salud que creen en Dios, estuvieron totalmente de acuerdo con la afirmación que manifiesta que se debería cambiar la legislación mexicana para que las personas que se encuentran con enfermedad terminal reciban ayuda para el bien morir a través del suicidio médicamente asistido. Por otra parte, 77.80% del personal de salud que no cree en Dios, indicó estar totalmente de acuerdo con este señalamiento, de esa manera, se determinó que 45.60% del total de la muestra están de acuerdo con dicho enunciado, independientemente si creen en Dios o no, por ello, se puede decir que existe una aceptación por parte del personal de salud sobre la legalización del suicidio médicamente asistido.

Lo anterior coincide con lo refiere Álvarez del Río (2005), dado que esta autora sostiene que un paciente con una situación de enfermedad terminal realmente no tiene posibilidad de elegir entre vivir o morir ya que su situación de enfermedad le ha quitado esa opción, por lo que, tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido le otorgan el poder tomar decisiones respecto al momento y las condiciones que rodearán su muerte. Esto a su vez tiene relación con el derecho humano del paciente de ejercer su libertad y el libre desarrollo de su personalidad, ya que, si bien el personal de salud tiene derecho a ejercer su libertad de pensamiento y creencia, estos no deben de ir en contra de la libertad que tiene el paciente de decidir sobre su propia vida y los procedimientos que legalmente les permitan ejercer y procurar una buena muerte.

Cabe mencionar que otro hallazgo significativo fue el que arrojó la relación entre la variable creencia en Dios y la percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia, dado que se obtuvo una significancia de .008 y una Chi cuadrada de 13.704 (véase la tabla 32).

Tabla 32. Creencia en Dios y percepción sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia

		33. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	45 15.60%	25 8.70%	53 18.30%	78 27.00%	88 30.40%	289 100.00%
	No	0 0.00%	1 3.70%	1 3.70%	10 37.00%	15 55.60%	27 100.00%
Total		45 14.25%	26 8.20%	54 17.10%	88 27.85%	103 32.60%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los datos permitió identificar que 30.40% del personal de salud que creen en Dios estuvo totalmente de acuerdo con el enunciado que señalaba que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia, 55.60% del personal que no creen en Dios estuvo totalmente de acuerdo con esta afirmación, por otra parte, se identificó que 15.60% del personal que creen en Dios estuvo en desacuerdo con el señalamiento, mientras que el personal que no cree en Dios no manifestó alguna postura ante este cuestionamiento.

Por lo que una vez más se observó una actitud positiva del personal ante este enunciado, independientemente si creen o no en Dios, en este sentido, estos hallazgos se relacionan con lo que señala Sen (2000), ya que este autor manifiesta que la calidad de vida va de la mano con la capacidad que tienen las personas para ejercer su libertad y autonomía y bajo su enfoque de las capacidades individuales, las personas deben verse como seres que participen activamente en la configuración de su propio destino, siendo el papel del Estado y el de la sociedad ayudar que el propio sujeto configure su destino, si bien el autor no habla sobre la posibilidad de elegir un procedimiento de muerte médicamente asistida, se retoma de él la importancia que otorga al derecho a la libertad y la autonomía de las personas. En palabras de Pastor (2006) la vida adquiere calidad diversa y está en función de las propias personas, por lo que se hace necesario compatibilizar el sufrimiento y el crecimiento, no abandonando a quien lo padece, priorizando la discusión entre el personal de salud y el paciente, sobre todo cuando se plantean posibles tratamientos a realizar.

Del mismo modo, otro resultado que se identificó como significativo, fue la relación entre la variable creencia en Dios y la que refiere que en países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida, ya que se obtuvo una significancia de .039 y una Chi cuadrada de 10.067 (véase tabla 33).

Tabla 33. Creencia en Dios y percepción sobre si en países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida.

35. En países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida.

		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	96 33.20%	40 13.80%	68 23.50%	49 17.00%	36 12.50%	289 100.00%
	No	14 51.90%	7 25.90%	4 14.80%	1 3.70%	1 3.70%	27 100.00%
Total		110 34.80%	47 14.90%	72 22.80%	50 15.80%	37 11.70%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados a partir del cruce de estas variables arrojaron que 33.20% del personal de salud que creen en Dios, está en desacuerdo con este señalamiento, 51.90% del personal que no creen en Dios está en desacuerdo con el enunciado, en ese sentido, se identificó que 34.80% del total de la muestra manifestó estar en desacuerdo con esta aseveración. Por otra parte, se pudo determinar que 12.50% del personal que son creyentes están totalmente de acuerdo, mientras que 3.70% de los no creyentes manifestó estar totalmente de acuerdo con la afirmación.

Este hallazgo es relevante ya que la mayor parte de la muestra indicó estar en desacuerdo en el señalamiento que refiere que la aplicación del suicidio médicamente asistido violenta el derecho a la vida. Esto coincide con lo que propone Mañón (2016) dado que este autor sostiene que el derecho a la vida es necesario para ejercer otros derechos, pero esto no implica que sea un derecho superior a otros, por su parte la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2013) expone que no hay derechos absolutos y que es la dignidad humana el principal derecho base y fundamento en el que se sientan los demás derechos. Si bien es minoría el personal de salud que considera estar totalmente de acuerdo, según los hallazgos estos resultados pueden tener relación con las creencias, que suponen que solo un ser superior puede disponer de la vida de las personas.

De la misma manera, otro resultado significativo fue el que arrojó la relación entre la variable creencia en Dios y la opinión que refiere que, si la eutanasia fuera permitida en México y el propio personal de salud fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, solicitaría la eutanasia, este resultado se considera relevante dado que se obtuvo una significancia de .015 y una Chi cuadrada de 8.406 (véase la tabla 34).

Tabla 34. Creencia en Dios y opinión sobre si la eutanasia fuera permitida en México y el personal de salud fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?

37. En caso de que la eutanasia fuera permitida en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?

		Sí lo solicitaría	No sé	No lo solicitaría	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	131	93	65	289
		45.30%	32.20%	22.50%	100.00%
	No	20	5	2	27
		74.10%	18.50%	7.40%	100.00%
Total		151	98	67	316
		47.80%	31.00%	21.20%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los datos arrojados indicaron que 45.30% del personal de salud que cree en Dios sí solicitaría la eutanasia en caso de que fuera permitida en México y fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que les produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, 74.10% del personal no creyente coincidió con esta respuesta, por otra parte, 22.50% del personal creyente indicó que no solicitarían la eutanasia, mientras que 7.40% del personal no creyente concordó con la respuesta. En estos resultados el porcentaje de los creyentes que estarían dispuestos a solicitar la eutanasia para sí mismos en caso de que padecieran alguna enfermedad terminal, aunque es importante, no sobrepasa el 50%. Lo anterior tiene relación con los hallazgos de otros estudios que se mostraron el capítulo 1 de esta investigación, específicamente el realizado por Loria, Villarreal, Sifuentes y Lisker (2013) en la que el personal de salud que provenía de escuelas laicas también mostraron mayor aceptación a la realización de procedimientos de muerte medicamente asistida para ellos mismos a diferencia de personal médico que provenían de escuelas religiosas, por lo que prevalece la dificultad para separar las decisiones médicas que tienen que ver con el final de la vida con los dilemas morales específicamente aquellos que provienen de dilemas religiosos.

Otro resultado que se determinó como significativo fue la relación entre la variable creencia en Dios y la opinión que refiere que, si el suicidio médicamente asistido fuera permitido en México y el personal de salud fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, solicitarían que le ayudaran a morir. Mediante el cruce de estas dos variables se obtuvo una Chi cuadrada de 12.754 y una significancia de 0.002 (véase la tabla 35).

Tabla 35. Creencia en Dios y opinión respecto a si el suicidio médicamente asistido fuera permitido en México y el personal de salud fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?

		Sí lo solicitaría	No sé	No lo solicitaría	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	122	91	76	289
		42.20%	31.50%	26.30%	100.00%
	No	21	4	2	27

	77.80%	14.80%	7.40%	100.00%
Total	143 45.30%	95 30.00%	78 24.70%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos de estas variables permitieron identificar que 42.2% del personal de salud creyente y 77.8% del personal no creyente manifestó que sí solicitaría la ayuda para el bien morir, por otra parte, 26.3% del personal de salud creyente y 7.4% del personal no creyente manifestó que no solicitaría la ayuda, del mismo modo, se pudo detectar que 45.3% del personal de salud, sin importar las creencias, si estaría dispuesto a solicitar la ayuda para una muerte médicamente asistida. En ese sentido, se observó la aceptación del suicidio médicamente asistido en caso de que hubiese un diagnóstico de una enfermedad terminal que produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, de esta manera, se puede decir que en una situación como la anterior y si estuviese legalizado en México el personal de salud sí solicitaría ayuda para el bien morir. Asimismo, se puede observar que tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido es una posibilidad que el personal de salud no creyente aceptaría en un alto porcentaje como una manera de poner fin a un sufrimiento físico o psíquico intolerable.

Del mismo modo, los resultados indicaron que otro hallazgo significativo fue la relación entre las variables creencia en Dios y la variable que refiere que, si la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar o colaborar en un procedimiento de este tipo, el personal de salud estaría dispuesto a participar, ya que se encontró una significancia de 0.001 y una Chi cuadrada de 13.390, por lo que se puede decir que hay una relación significativa entre dichas variables (véase la tabla 36).

Tabla 36. Creencia en Dios y opinión respecto sobre si la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar o colaborar en un procedimiento de este tipo, ¿lo aceptaría?

		39. En caso de que la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar o colaborar en un procedimiento de este tipo, ¿usted lo aceptaría?			
		Sí lo aceptaría	No sé	No lo aceptaría	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	112 38.80%	84 29.00%	93 32.20%	289 100.00%
	No	20 74.10%	5 18.50%	2 7.40%	27 100.00%
Total		132 41.80%	89 28.10%	95 30.10%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Mediante los resultados se puede observar que 38.8% del personal de salud creyente y 74.1% del no creyente señaló que si aceptaría participar en el procedimiento de eutanasia en caso de que fuera legal, por otra parte, se detectó que 32.2% del personal creyente y 7.4% del no creyente no aceptaría participar, sin embargo, se pudo identificar que 41.8% del total de la muestra manifestó una aceptación para participar en el procedimiento, mientras que 30.1% del total de

la muestra no estaría dispuestos a participar. Cabe destacar que cuando se les pregunto cuáles eran los principales motivos para negarse, las respuestas arrojaron que 35% se negaría a participar en el procedimiento por aspectos personales, 24% por principios éticos de su profesión y 15% porque su religión no se lo permitiría.

De igual forma, otro de los resultados que se identificó como significativo fue la relación entre la variable creencia en Dios y la que refiere que, si en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo, el personal de salud aceptaría participar, dado que se obtuvo una significancia de .000 y una Chi cuadrada de 18.265.

Dentro de los resultados se pudo identificar que 35.60% del personal de salud creyente y 3.70% del no creyente no aceptaría participar en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México, por otra parte, 34.60% del personal creyente y 74.10% del no creyente indicó que sí aceptaría en el procedimiento. Cabe mencionar que 38% del total de la muestra indicaron que sí aceptaría auxiliar en este procedimiento, mientras que 32.9% manifestó negarse a participar y 29.1% del total de la muestra manifestó una postura imparcial. Al respecto se puede observar que el resultado no varía de forma contundente respecto al tipo de procedimiento médicamente asistido, por lo que la respuesta de la no aceptación se puede relacionar con la creencia de un Dios (véase la tabla 37).

Tabla 37. Creencia en Dios y actitud sobre si en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo. ¿Usted aceptaría participar?

		42. En caso de que el suicidio medicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo ¿Usted aceptaría participar?			
		Sí lo aceptaría	No sé	No lo aceptaría	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	100	86	103	289
		34.60%	29.80%	35.60%	100.00%
	No	20	6	1	27
		74.10%	22.20%	3.70%	100.00%
Total		120	92	104	316
		38.00%	29.10%	32.90%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Otro de los resultados que se determinó como significativo fue la relación entre variable creencia en Dios y la que señala que si el personal de salud padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante y su relación con el concepto de tener una “muerte digna”, dado que mediante el cruzamiento de las variables se obtuvo una significancia de .004 y una Chi cuadrada de 15.274.

Por lo que se pudo identificar que 30.1% del personal creyente relaciona la muerte digna con la suspensión de tratamientos y el comienzo de los cuidados paliativos, 55.6% del personal no creyente señaló que para ellos el concepto de morir con dignidad tiene relación con la

administración de fármacos, 29.4% del personal creyente relacionó la muerte digna con morir en mi casa para así esperar la muerte natural. Cabe señalar que 30.1% del total de la muestra vinculan el concepto de muerte digna con la suspensión de tratamientos y los cuidados paliativos, 28.2% con la muerte en casa, 26.9% con la administración de fármacos y finalmente, 10.4% vinculan el concepto con la muerte en un hospital con todos los cuidados y procedimientos médicos posibles, aunque no se tenga la posibilidad de recuperación (véase la tabla 38).

Tabla 38. Creencia en Dios y opinión sobre si el personal de salud padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante y su relación con el concepto de “muerte digna” para usted.

45. Si padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante, ¿a cuál de las siguientes aseveraciones se parece más el concepto de “muerte digna” para usted?

		A morir en mi casa esperando la muerte natural	A morir en un hospital	A que los médicos suspendieran los tratamientos y comenzar cuidados paliativos	Un profesional de la salud puede administrarme fármacos	Otro	Total
7. ¿Cree usted que existe un Dios?	Sí	85 29.41%	33 11.42%	87 30.10%	70 24.22%	14 4.85%	289 100%
	No	4 14.80%	0 0.00%	8 29.60%	15 55.60%	0	27
Total		89 28.20%	33 10.40%	95 30.10%	85 26.90%	14 4.4%	316 100%

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, si bien se observa esta relación entre la creencia de un Dios y la forma en como relacionan el concepto de muerte digna es importante precisar que todas las opciones representan el abanico de posibilidades para que las personas puedan tener una muerte digna, son alternativas que de acuerdo a la región son permitidas o no, sin embargo, representan los principales medios que forman parte de la muerte digna (véase figura 1 de esta investigación). En estos resultados, lo que es importante observar es que existe esta relación de preferir algún medio para tal efecto con la creencia de un ser supremo, como bien lo señala Martínez (2009) desde una percepción religiosa, específicamente católica la muerte medicamente asistida aleja a las personas de la acción salvadora de un Dios que llama a la vida eterna a quienes aceptan con sus actos su redención.

Por lo anterior, se puede decir que el análisis de los datos permitió identificar la relación significativa que existe entre la creencia en Dios y las actitudes del personal de salud ante los procedimientos de muerte medicamente asistida, de esta manera se da respuesta a la hipótesis

que suponía que el apego a las creencias religiosas o ideológicas constituyen un factor predominante en la actitud y percepción del personal de salud sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida.

4.2.3. Práctica de alguna religión

Respecto a la relación entre la práctica de alguna religión que realiza el personal de salud y las actitudes respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida, se encontró que, de las 24 variables analizadas, 22 resultaron significativas, por lo que se corroboró una relación estadística significativa entre dichas variables. De esta manera es la práctica de la religión, más que la creencia en un Dios, en donde se observó mayor contundencia en las actitudes y percepción sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida como un medio para tener una muerte digna (véase la tabla 39).

Tabla 39. Práctica de religión y actitudes del personal de salud respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida.

Variable A	Variable B	Tipo Variable A	Tipo Variable B	Tipo de prueba	Estadístico	Significancia	Phi/V Cramer	Evaluación
8. Practica alguna religión	18.Mantener a toda costa la vida deber ser el principal deber del personal de salud	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	19.566	.001	249/.249	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	20.Los cuidados paliativos, incluyendo la sedación profunda, deben ser la única práctica que debe utilizarse para pacientes con enfermedad terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	24.699	.000	.280/.280	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	21. Ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	49.975	.000	.398/.398	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa

	circunstancia debe buscar interrumpirla							entre las dos variables
8. Practica alguna religión	22. El personal de salud no debe practicar ningún procedimiento que interrumpa la vida de un paciente, bajo ninguna circunstancia	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	40.646	.000	.359/.359	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	23. Un paciente en etapa terminal y mentalmente competente, tiene derecho a decidir cuándo termina su vida, si padece un sufrimiento o dolor intolerable.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	17.843	.001	.238/.238	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	24. Aplicar la eutanasia o auxiliar con el suicidio medicamente asistido a un paciente terminal que así lo ha solicitado es un medio para que tenga una muerte digna.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	30.330	.000	.310/.310	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	25. Cuando alguien solicita y/o recibe la eutanasia o el suicidio medicamente asistido, está ejerciendo su derecho al libre desarrollo de la personalidad.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	23.119	.000	.270/.270	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables

8. Practica alguna religión	26. Cuando alguien solicita la eutanasia o el suicidio medicamente asistido, está ejerciendo el principio de autonomía.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	34.800	.000	.332/.332	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	27. Un paciente terminal y mentalmente competente, que padece sufrimiento o dolor intolerable, si así lo quiere, debería recibir ayuda para morir por parte de su médico.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	19.625	.001	.249/.249	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	28. Un médico que está dispuesto a aplicar un procedimiento de muerte medicamente asistida a petición de un paciente en etapa terminal y con sufrimientos psíquico o físico	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	18.283	.001	.241/.241	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	29. Los procedimientos de muerte medicamente asistida (eutanasia y suicidio medicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo quieren y solicitan.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	37.460	.000	.344/.344	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables

8. Practica alguna religión	30. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	28.896	.000	.302/.302	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	31. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir, a través del suicidio medicamente asistido.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	30.727	.000	.312/.312	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	32. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que, a través de documentos como las voluntades anticipadas, las personas que se encuentran con enfermedades degenerativas progresivas (por ejemplo, Alzheimer o esclerosis múltiple) reciban ayuda para morir, a través de procedimientos como la eutanasia.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	35.382	.000	.335/.335	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables

8. Practica alguna religión	33. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejia reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	32.007	.000	.318/.318	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	34. La eutanasia y el suicidio medicamente asistido son procedimientos que cumplen un principio de justicia hacia aquellos que tienen sufrimiento intolerable al final de su vida.	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	25.304	.000	.283/.283	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	35. En países donde es permitido el suicidio medicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte medicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	26.758	.000	.291/.291	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	37. En caso de que la eutanasia fuera permitida en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	30.706	.000	.312/.312	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables

	le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?							
8. Practica alguna religión	38. En caso de que el suicidio medicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	38.05	.000	.347/.347	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	39. En caso de que la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar o colaborar en un procedimiento de este tipo, ¿usted lo aceptaría?	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	19.336	.000	.247/.247	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	42. En caso de que el suicidio medicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo. ¿Usted aceptaría participar? *	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	40.025	.000	.356/.356	Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación significativa entre las dos variables
8. Practica alguna religión	45. Si padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas,	Nominal	Ordinal	Chi cuadrada	32.143	.000		Se rechaza hipótesis nula. Ya que sí hay una relación

que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante, ¿a cuál de las siguientes aseveraciones se parece más el concepto de “muerte digna” para usted?	.319/.319	significativa entre las dos variables
---	-----------	---------------------------------------

Fuente: Elaboración propia.

El primer resultado que se identificó como significativo fue la relación entre la variable práctica de alguna religión y la percepción acerca de que mantener a toda costa la vida de un paciente es el deber principal del personal de salud, mediante el cruce de dichas variables se obtuvo una significancia de 0.001 y una Chi cuadrada de 19.566.

Los datos arrojaron que 50.9% del personal de salud que practicaba una religión señaló estar en desacuerdo con la afirmación de que el deber principal del personal de salud es mantener a toda costa la vida del paciente, mientras que 28.6% del personal que no practican ninguna religión manifestó estar algo en desacuerdo con esta afirmación. También se destaca que independientemente de practicar alguna religión, 44.3% del total de la muestra manifestó estar en desacuerdo con el enunciado (véase la tabla 40).

Tabla 40. Practica alguna religión y percepción acerca de si mantener a toda costa la vida es el deber principal del personal de salud.

		18. Mantener a toda costa la vida de un paciente es el deber principal del personal de salud.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	118	60	18	16	20	232
		50.90%	25.90%	7.7%	6.90%	8.60%	100.00%
	No	22	24	12	14	12	84
		26.1%	28.60%	14.30%	16.70%	14.30%	100.00%
Total		140	84	30	30	32	316
		44.30%	26.60%	9.50%	9.50%	10.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, otra relación significativa que se identificó fue la relación entre la variable práctica alguna religión y la que afirma que los cuidados paliativos, incluyendo sedación profunda, deben ser la única práctica que debe usarse para pacientes con enfermedad terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente), estas variables arrojaron una significancia de 0.00 y una Chi cuadrada de 24.699.

Los datos obtenidos mediante el análisis de estas variables indicaron que 35.8% del personal de salud que practicaba una religión está en desacuerdo con la afirmación que señala que los cuidados paliativos, incluyendo sedación profunda, deben ser la única práctica que debe usarse para pacientes con enfermedad terminal, 33.2% manifestó estar algo en desacuerdo con este señalamiento. Por otra parte, se detectó que del personal que no practica una religión 26.20% indicó estar algo en desacuerdo con este enunciado, mientras que 22.6% afirmó estar totalmente de acuerdo con esta afirmación (véase la tabla 41).

Cabe mencionar que independientemente de si practican una religión o no, 31.33% del total de la muestra indicó estar algo en desacuerdo con el supuesto, mientras que 31% señaló estar en desacuerdo con lo propuesto. Por lo que se puede decir que la mayoría del personal de salud mostró una actitud de no aceptación ante este supuesto, por lo que se puede inferir que para este grupo los cuidados paliativos no son la única opción para el bien morir (véase la tabla 41).

Tabla 41. Practica alguna religión y actitud sobre si los cuidados paliativos, incluyendo la sedación profunda, deben ser la única práctica que debe utilizarse para pacientes con enfermedad terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente).

		20. Los cuidados paliativos, incluyendo sedación profunda, deben ser la única práctica que debe usarse para pacientes con enfermedad terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente).					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	83 35.80%	77 33.20%	33 14.20%	22 9.50%	17 7.30%	232 100.00%
	No	15 17.90%	22 26.20%	12 14.30%	16 19.00%	19 22.60%	84 100.00%
Total		98 31.00%	99 31.33%	45 14.24%	38 12.03%	36 11.40%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Otras de las variables analizadas que arrojaron resultados significativos fue la relación entre la variable practica alguna religión y la opinión que refiere que ninguna persona es dueña de su

vida, por lo que en ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla. Este cruce de variables se obtuvo una significancia de 0.00 y una Chi cuadrada de 49.975.

Esta relación llama la atención dado que se identificó que 26.3% del personal creyente está totalmente de acuerdo con que ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla, del mismo modo, 21.1% manifestó estar en desacuerdo con esta afirmación y 21.1% mantuvo una postura imparcial. Por otra parte, se destaca que del personal que no practicaba una religión, 58.3% manifestó estar en desacuerdo con el enunciado, 1.2% señaló estar totalmente en desacuerdo. Cabe referir que otro dato importante es que del total de la muestra 31% del personal de salud indicó estar en desacuerdo con la afirmación (véase la tabla 42).

Por lo anterior, en este cruce de variables ya se comienza a observar un contraste entre la actitud del personal de salud que practica alguna religión contra personal de salud no practicante, siendo más evidente el rechazo de personal de salud no practicante ante tal afirmación. Lo anterior pareciera ser que se acerca más a decisiones que tienen relación con la moral de las personas, en este caso con la moral del personal de salud, entendiendo que vista de esta manera la moral que representa las costumbres sociales elevadas a rango de norma con carácter dogmático, termina siendo una regla general para una sociedad determinada (Mendoza y Ramírez, 2021), en este caso para las personas que practican una religión, por lo tanto es necesario transitar a una reflexión desde la bioética que como bien lo señala Juanquera de Estafaní (2013), esta surge para responder a estos nuevos retos que desde las ciencias biosanitarias se plantean respecto al ser humano.

Tabla 42. Practica alguna religión y actitud sobre que ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla.

		21. Ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna circunstancia debe interrumpirla.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	49	35	49	38	61	232
		21.10%	15.10%	21.10%	16.40%	26.30%	100.00%
	No	49	12	14	8	1	84
		58.30%	14.30%	16.70%	9.50%	1.20%	100.00%
Total		98	47	63	46	62	316
		31.00%	14.90%	19.90%	14.60%	19.60%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De igual forma, se encontró otro resultado significativo entre la variable práctica de alguna religión y la que señala que el personal de salud no debe practicar ningún procedimiento que interrumpa la vida de un paciente, bajo ninguna circunstancia, con el cruce de estas variables se obtuvo una significancia de 0.00 y una Chi cuadrada de 40.646.

Ahora bien, mediante el análisis de los datos se puede observar que 41.8% del personal de salud que practicaba alguna religión estuvo totalmente de acuerdo con la afirmación, por otra parte,

25% del personal que no practicaba una religión manifestó estar en desacuerdo con el enunciado. Es importante mencionar que 33.6% del total de la muestra, independientemente de si practica alguna religión manifestó rechazo hacia los procedimientos que interrumpen la vida de un paciente (véase la tabla 43).

Tabla 43. Practica alguna religión y actitud del personal de salud respecto a que no se debe practicar ningún procedimiento que interrumpa la vida de un paciente, bajo ninguna circunstancia.

		22. El personal de salud no debe practicar ningún procedimiento que interrumpa la vida de un paciente, bajo ninguna circunstancia.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	19	30	36	50	97	232
		8.20%	12.90%	15.50%	21.60%	41.80%	100.00%
	No	21	21	20	13	9	84
		25.00%	25.00%	23.80%	15.50%	10.70%	100.00%
Total		40	51	56	63	106	316
		12.70%	16.10%	17.70%	19.90%	33.60%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Otros resultados significativos fueron los obtenidos con la variable práctica de alguna religión y la que señala que un paciente en etapa terminal y mentalmente competente tiene derecho a decidir cuándo termina su vida, si padece un sufrimiento o dolor intolerable, dado que a través del cruce se obtuvo una significancia de 0.001 y una Chi cuadrada de 17.843 (véase la tabla 44).

Los resultados obtenidos indicaron que 48.3% del personal de salud que practicaba una religión manifestó estar totalmente de acuerdo con la afirmación que indica que un paciente mentalmente competente tiene derecho a decidir sobre su propia muerte, mientras que 9.5% refirió estar en desacuerdo, por otra parte, 70.2% del personal de salud que no practica alguna religión indicó estar totalmente de acuerdo con esta afirmación, 2.4% del personal está en desacuerdo con enunciado. Del mismo modo, los datos también arrojaron que 54.1% del total de la muestra manifestó una actitud favorable ante esta afirmación.

Tabla 44. Practica alguna religión y percepción de que un paciente en etapa terminal y mentalmente competente tiene derecho a decidir cuándo termina su vida, si padece un sufrimiento o dolor intolerable.

		23. Un paciente en etapa terminal y mentalmente competente, tiene derecho a decidir cuándo terminar su vida, si padece un sufrimiento o dolor intolerable.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	22	18	30	50	112	232

	9.50%	7.80%	12.90%	21.50%	48.30%	100.00%
No	2	1	4	18	59	84
	2.40%	1.20%	4.80%	21.40%	70.20%	100.00%
Total	24	19	34	68	171	316
	7.60%	6.00%	10.80%	21.50%	54.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, los datos arrojaron resultados importantes que reflejan una relación significativa entre la variable práctica de alguna religión y la que señala que aplicar la eutanasia o auxiliar con el suicidio médicamente asistido a un paciente terminal que así lo ha solicitado, es un medio para que tenga una muerte digna, mediante este cruce de variables se obtuvo una significancia de 0.00 y una Chi cuadrada de 30.330.

Los resultados obtenidos indicaron que 40.6% del personal que practicaba una religión manifestó estar totalmente de acuerdo con la afirmación que supone que la aplicación de la eutanasia o el auxilio con el suicidio médicamente es un medio para que se tenga una muerte digna, mientras que 72.6% del personal que no practica una religión coincide con lo anterior, es decir, los participantes están totalmente de acuerdo con el enunciado. Otro dato importante que se identificó fue que 49.1% del total de la muestra manifestó estar totalmente de acuerdo con lo expuesto, por lo que, de esta manera, se logró encontrar que un porcentaje mayor de participantes opinó que la eutanasia o el suicidio médicamente asistido son procedimientos que funcionen como un medio para tener una muerte digna (véase la tabla 45).

Tabla 45. Practica alguna religión y actitud sobre si al aplicar la eutanasia o auxiliar con el suicidio médicamente asistido a un paciente terminal que así lo ha solicitado es un medio para que tenga una muerte digna.

24. Aplicar la eutanasia o auxiliar con el suicidio medicamente asistido a un paciente terminal que así lo ha solicitado es un medio para que tenga una muerte digna.

		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	33	20	30	55	94	232
		14.20%	8.60%	12.90%	23.70%	40.60%	100.00%
	No	1	1	7	14	61	84
		1.20%	1.20%	8.30%	16.70%	72.60%	100.00%
Total		34	21	37	69	155	316
		10.80%	6.60%	11.70%	21.80%	49.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, también se detectó una relación significativa entre la variable práctica de alguna religión y la que refiere que cuando alguien solicita y/o recibe la eutanasia o el suicidio

médicamente asistido, está ejerciendo su derecho al libre desarrollo de la personalidad, mediante el análisis de estas variables se obtuvo una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 23.119.

Los resultados arrojaron datos que muestran que 36% del personal de salud que practicaba alguna religión manifestó estar totalmente de acuerdo con la afirmación que supone que la persona que solicita la eutanasia o el suicidio médicamente asistido estaría ejerciendo un derecho, del mismo modo, 61.9% del personal que no practicaba una religión manifestó estar totalmente de acuerdo con la afirmación. Por otra parte, se logró identificar que 42.1% del total de la muestra está totalmente de acuerdo con este enunciado, por lo que se puede decir que los procedimientos para el bien morir se pueden vincular con el derecho al libre desarrollo de la personalidad de las personas (véase la tabla 46). Entendiéndose este derecho como la elección que tiene cada persona a elegir de forma libre y autónoma su proyecto de vida de acuerdo con sus valores, ideas, expectativas y gustos (SCJN, 2019).

Tabla 46. Practica alguna religión y actitud sobre si cuando alguien solicita y/o recibe la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, está ejerciendo su derecho al libre desarrollo de la personalidad.

		25. Cuando alguien solicita y/o recibe la eutanasia o el suicidio medicamente asistido, está ejerciendo su derecho al libre desarrollo de la personalidad.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	33	11	42	65	85	232
		14.20%	4.70%	18.10%	28.00%	36.00%	100.00%
	No	2	1	14	15	52	84
		2.30%	1.20%	16.70%	17.90%	61.90%	100.00%
Total		35	12	56	80	133	316
		11.10%	3.80%	17.70%	25.30%	42.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De la misma manera, a través del análisis de los datos se pudo identificar otro resultado significativo entre la variable práctica de alguna religión y la que afirma que cuando alguien solicita la eutanasia o el suicidio médicamente asistido está ejerciendo el principio de autonomía, dado que obtuvo una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 34.800.

En estos resultados se identificó que 40.1% del personal de salud que practicaba una religión estuvo totalmente de acuerdo con el supuesto que refiere que cuando alguien solicita la eutanasia o el suicidio médicamente asistido está ejerciendo el principio de autonomía, mientras que 73.8% del personal no practicante de ninguna religión mencionó estar de acuerdo con esta afirmación. En ese sentido, se pudo detectar que 49.1% del total de la muestra manifestó estar totalmente de acuerdo con este supuesto.

Llama la atención que 7.8% del personal practicante de alguna religión está en desacuerdo, mientras que de las personas no practicantes no se obtuvieron porcentajes, en ese sentido, se puede decir que la mayoría del personal participante está totalmente de acuerdo que cuando

alguna persona solicita algún procedimiento para el buen morir está ejerciendo el principio de autonomía (véase la tabla 47).

El anterior resultado es relevante ya que como lo menciona Diez (2013) el principio de autonomía se posiciona como una reivindicación de los derechos fundamentales de la persona frente a posibles arbitrariedades del Estado, reflejándose lo anterior en las relaciones médico-paciente, manifestándose en la autoafirmación de la persona que padece una enfermedad ante quien por sus conocimientos y su posición superior ha dominado históricamente esta relación médico-paciente. El principio de autonomía del paciente es uno de los aspectos centrales en la discusión en torno a la legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida, respetar este principio en su más amplio alcance implicaría el respetar también la decisión autónoma de morir de un paciente en situación terminal (Rivera s/f).

Tabla 47. Practica alguna religión y percepción sobre si cuando alguien solicita la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, está ejerciendo el principio de autonomía.

		26. Cuando alguien solicita la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, está ejerciendo el principio de autonomía.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	18	17	27	77	93	232
		7.80%	7.30%	11.60%	33.20%	40.10%	100.00%
	No	0	0	10	12	62	84
		0.00%	0.00%	11.90%	14.30%	73.80%	100.00%
Total		18	17	37	89	155	316
		5.70%	5.40%	11.70%	28.10%	49.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Otro resultado significativo fue el que se identificó entre la variable practica alguna religión y la variable que sostiene que un paciente terminal y mentalmente competente, que padece sufrimiento o dolor intolerable, debería recibir ayuda para morir por parte de su médico, si así lo quiere, dado que se obtuvo una significancia de 0.001 y una Chi cuadrada de 19.625.

Dentro de los resultados obtenidos se destacó que 28% del personal de salud que practicaba alguna religión señaló estar totalmente de acuerdo con la aseveración que sugiere que un paciente terminal y mentalmente competente, que padece sufrimiento o dolor intolerable, si así lo quiere, debería recibir ayuda para morir por parte de su médico, de la misma manera, 45.2% del personal que no practicaba una religión manifestó estar totalmente de acuerdo con esta afirmación. Mientras que 20.7% del personal practicante señaló estar en desacuerdo con el enunciado y solo 3.6% del personal no practicante estuvo en desacuerdo con este supuesto.

De la misma manera, se pudo determinar que en su mayoría el porcentaje se concentra en opiniones que manifiestan aceptación, dado que 32.6% del total de la muestra manifestó que, si una persona con una enfermedad terminal solicita ayuda para el buen morir, el médico debe

ayudarle. Estos resultados reflejan la aceptación de la muerte digna en casos que sean justificables médicamente y en eso coincide personal de salud practicante de una religión o no (véase la tabla 48).

Como lo refiere Aguilera y González (2012) al reflexionar que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido implican asumir una responsabilidad hacia la otra persona y eso conlleva priorizar a la persona sobre la tecnificación de la ciencia en el campo médico, asimismo, ver estos procedimientos como una alternativa de terminar con el sufrimiento de la persona lo cual se convierte en una acción humanitaria. Pérez (2008) señala que es importante esta discusión sobre las muertes que se pueden considerar oportunas, deseables y benéficas, esos casos en que los tratamientos e incluso la medicina paliativa ya no puede ofrecer algo más al paciente más que prolongar su sufrimiento y el de su familia.

Tabla 48. Practica alguna religión y percepción sobre si un paciente terminal y mentalmente competente, que padece sufrimiento o dolor intolerable, si así lo quiere, debería recibir ayuda para morir por parte de su médico.

		27. Un paciente terminal y mentalmente competente, que padece sufrimiento o dolor intolerable, si así lo quiere, debería recibir ayuda para morir por parte de su médico.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	48 20.70%	18 7.70%	41 17.70%	60 25.90%	65 28.00%	232 100.00%
	No	3 3.60%	4 4.80%	11 13.10%	28 33.30%	38 45.20%	84 100.00%
Total		51 16.10%	22 7.00%	52 16.50%	88 27.80%	103 32.60%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los datos permitió detectar otro resultado significativo entre la variable práctica de alguna religión y la variable que refiere que, si un médico que está dispuesto a aplicar un procedimiento de muerte médicamente asistida a petición de un paciente en etapa terminal y con sufrimientos psíquico o físico intolerable está ejerciendo el principio de beneficencia, el cual consiste en prevenir o eliminar el daño, así como hacer el bien a otros. Este cruce de variables arrojó una significancia de 0.001 y una Chi cuadrada de 18.283.

Los resultados arrojaron que 20% del personal de salud practicantes de alguna religión manifestó estar algo de acuerdo con que, si un médico a petición del paciente ayuda para el bien morir, estaría ejerciendo el principio de beneficencia, 42.9% del personal de salud no practicante indicó estar totalmente de acuerdo con este señalamiento. Por otra parte, 18.1% del personal practicante indicó estar algo en desacuerdo, mientras que 4.8% de los no practicantes refirieron estar en desacuerdo con este enunciado. En ese sentido, se pudo observar que 31% del total de la muestra manifestó la aceptación de este supuesto, y 18.4% mantuvo una postura imparcial (véase la tabla 49).

En este sentido se observa que no es mayoritario la vinculación del principio de beneficencia con la práctica de los procedimientos de muerte médicamente asistida, es importante reflexionar que este principio de la Bioética involucra aquellos actos que requieren una exigencia ética en el campo de la medicina, y el estar dispuesto a respetar y proteger los derechos de los pacientes, tomando en cuenta su opinión (Siurana, 2010). En este sentido cobra importancia el diálogo que se pueda entablar en carácter de interdisciplinario ya que la bioética se apoya tanto de la disciplina médica, como las humanistas y sociales como lo son la enfermería y el trabajo social, incluyendo el derecho (Mendoza, Santillán, Chirinio, Soto, González, 2011)

Tabla 49. Practica alguna religión y percepción sobre si un médico que está dispuesto a aplicar un procedimiento de muerte médicamente asistida a petición de un paciente en etapa terminal y con sufrimiento psíquico o físico intolerable está ejerciendo el principio de beneficencia, el cual consiste en prevenir o eliminar el daño, así como hacer el bien a otros.

		28. Un médico que está dispuesto a aplicar un procedimiento de muerte medicamente asistida a petición de un paciente en etapa terminal y con sufrimiento psíquico o físico intolerable está ejerciendo el principio de beneficencia, el cual consiste en prevenir o eliminar el daño, así como hacer el bien a otros.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	42 18.10%	20 8.60%	46 19.80%	70 30.20%	54 23.30%	232 100.00%
	No	4 4.80%	4 4.80%	12 14.20%	28 33.30%	36 42.90%	84 100.00%
Total		46 14.50%	24 7.60%	58 18.40%	98 31.00%	90 28.50%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, al analizar la relación entre la variable practica de alguna religión y la variable que refiere que los procedimientos de muerte médicamente asistida (eutanasia y suicidio médicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo quieren y solicitan, se encontró una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 37.460, lo cual marca una relación entre dichas variables.

Los resultados obtenidos indicaron que 30.2% del personal de salud practicante de alguna religión estuvo en desacuerdo con la afirmación que indica que los procedimientos de muerte médicamente asistida deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna y que así lo quieran y soliciten, por el contrario 38.1% del personal que no practica ninguna religión manifestó estar totalmente de acuerdo con este señalamiento. Del mismo modo, se detectó que del total de la muestra 25% refirieron estar algo de acuerdo, 23.7% indicaron estar en desacuerdo y 23.1% señalaron estar totalmente de acuerdo con esta afirmación. De esta manera, se destaca que sí existen diferencias porcentuales respecto a este enunciado, que se manifiestan por

actitudes de aceptación o rechazo y que dichas actitudes pueden relacionarse a la religiosidad que practica el personal de salud (véase la tabla 50).

Tabla 50. Practica alguna religión y actitud sobre si los procedimientos de muerte médicamente asistida (eutanasia y suicidio médicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo quieren y solicitan.

29. Los procedimientos de muerte medicamente asistida (eutanasia y suicidio medicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo quieren y solicitan.

		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	70	32	40	49	41	232
		30.20%	13.80%	17.20%	21.10%	17.70%	100.00%
	No	5	3	14	30	32	84
		6.00%	3.60%	16.60%	35.70%	38.10%	100.00%
Total		75	35	54	79	73	316
		23.70%	11.10%	17.10%	25.00%	23.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Otro de los resultados significativos fue el que se obtuvo mediante el cruce de la variable práctica de alguna religión y la variable que señala que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia, dichos resultados arrojaron resultando con una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 28.896.

Los datos indicaron que 40.5% del personal de salud practicante de alguna religión manifestó estar totalmente de acuerdo en que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia, por otra parte, 67.9% del personal de salud no practicante de alguna religión señaló estar totalmente de acuerdo con este enunciado. Por lo anterior, se puede decir que existe una alta aceptación del personal de salud hacia el cambio que debería realizarse en la legislación mexicana para que las personas que tienen una enfermedad terminal reciban ayuda a través de la eutanasia y así puedan tener una muerte digna (véase la tabla 51).

Tabla 51. Practica alguna religión y actitud sobre si se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.

30. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.

		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total

8. ¿Practica alguna religión?	Sí	23	15	25	61	94	232
		15.90%	6.50%	10.80%	26.30%	40.50%	100.00%
	No	0	0	8	19	57	84
		0.00%	0.00%	9.50%	22.60%	67.90%	100.00%
Total		37	15	33	80	151	316
		11.70%	4.75%	10.45%	25.30%	47.80%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

El siguiente resultado significativo que se presenta fue el que se obtuvo mediante el cruce entre la variable práctica de alguna religión y la variable que manifiesta que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido, aquí se obtuvo una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 30.727.

Los datos arrojados indicaron que 38.4% del personal de salud practicante de alguna religión manifestó estar totalmente de acuerdo con el señalamiento que indica que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal y que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido, por otra parte, 65.5% del personal no practicante de alguna religión refirió estar totalmente de acuerdo con este enunciado. Es pertinente mencionar que la mayoría del personal a través de sus respuestas mostró una aceptación a que se modifiquen las leyes de México y así se permita que las personas con enfermedades terminales reciban a través del suicidio médicamente asistido ayuda para el bien morir (véase la tabla 52).

Tabla 52. Practica alguna religión y actitud sobre si se debiese cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido.

31. Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean que reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido.		Ni de					Total
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	41	15	22	65	89	232
		17.70%	6.50%	9.50%	28.00%	38.40%	100.00%
	No	0	0	9	20	55	84
		0.00%	0.00%	10.70%	23.80%	65.50%	100.00%
Total		41	15	31	85	144	316
		13.00%	4.70%	9.80%	26.90%	45.60%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera aunque prevaleció la aceptación a ambos procedimientos de muerte medicamente asistida eutanasia y suicidio medicamente asistido, ambos resultados marcan diferencias entre el personal practicante de una religión a los no practicantes, sin embargo, esta actitud de aceptación a estos procedimientos cuando el paciente se enfrenta a una enfermedad terminal puede estar relacionado a la percepción del personal de salud sobre lo que implica la calidad de vida, misma que va de la mano de la libertad y la autonomía de las personas (Sen, 2000), es decir cobra importancia la percepción que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con lo que percibe posible o ideal (Celia y Tulsy, 1990).

Asimismo, el análisis de los datos permitió identificar el resultado significativo que arrojó el cruce entre la variable practica alguna religión y la variable que afirma que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que, a través de documentos como las voluntades anticipadas, las personas que se encuentran con enfermedades degenerativas progresivas (por ejemplo, Alzheimer o esclerosis múltiple) reciban ayuda para morir, a través de procedimientos como la eutanasia, mediante el análisis de estas variables se obtuvo una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 35.382.

Los datos obtenidos indicaron que 28.5% del personal practicante de alguna religión manifestó estar totalmente de acuerdo en que se debería cambiar la legislación mexicana y permitir las voluntades anticipadas en casos de personas con enfermedades degenerativas progresivas, para que así tengan una muerte digna, por otra parte, 52.4% del personal no practicante de alguna religión indicó estar totalmente de acuerdo. De esa manera, se encontró que 34.8% del total de la muestra mostró una aceptación sobre la ayuda para el bien morir, aplicable en casos específicos de personas que se diagnostiquen con enfermedades degenerativas (véase la tabla 53). Sin embargo, al no estar de por medio una enfermedad terminal el porcentaje de personas que practica una religión mostró una actitud dividida, no tan contundente como el personal no practicante por lo que una vez más, se observa que vuelve a tener peso los aspectos religiosos en sus las decisiones respecto a este tema.

Tabla 53. Practica alguna religión y actitud sobre si se debiese cambiar la legislación mexicana para permitir que, a través de documentos como las voluntades anticipadas, las personas que se encuentran con enfermedades degenerativas progresivas (por ejemplo, Alzheimer o esclerosis múltiple) reciban ayuda para morir, a través de procedimientos como la eutanasia.

		32. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que, a través de documentos como las voluntades anticipadas, las personas con enfermedades degenerativas progresivas (por ejemplo, Alzheimer o esclerosis múltiple) reciban ayuda para morir, a través de procedimientos como la eutanasia.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	45 19.40%	30 12.90%	39 16.80%	52 22.40%	66 28.50%	232 100.00%
	No	1 1.20%	2 2.40%	9 10.70%	28 33.30%	44 52.40%	84 100.00%

Total	46	32	48	80	110	316
	14.60%	10.10%	15.20%	25.30%	34.80%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Otro resultado que se identificó como significativo fue la relación entre la variable práctica de alguna religión y la variable que indica que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia, dado que se obtuvo una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 32.007.

En cuanto a este resultado se observó que 26.7% del personal de salud practicante de alguna religión señaló estar totalmente de acuerdo con el enunciado anterior, 19% manifestó estar en desacuerdo y 19% se mantuvo en una postura imparcial. Por otra parte, 48.8% del personal no practicante de ninguna religión indicó estar totalmente de acuerdo con este señalamiento, 1.20% señaló estar en desacuerdo y 11.9% se mantuvo es una postura equitativa. En ese sentido, se destaca que 60.5% del total de la muestra manifestó estar entre totalmente de acuerdo y algo de acuerdo, por lo que se puede decir que existe una aceptación a que se cambien las leyes en México a favor de las personas que soliciten ayuda para morir con esta condición, siempre y cuando haya una justificación médica (véase la tabla 54).

Esto tiene relación nuevamente con el tema de la calidad de vida del paciente, misma que puede mermar al enfrentar una condición de tetraplejía, sin embargo como lo refiere la OMS (s/f) la calidad de vida es una percepción individual de la posición que tiene una persona en su vida, en su contexto de cultura, valores en los que vive y cómo estos se relacionan a sus objetivos y expectativas, al ser un concepto amplio abarca su salud física, psicológica, creencias personales, relaciones sociales, por lo que aunque es un concepto complejo, en los resultados de esta investigación se observa que hay una aceptación importante respecto a la eutanasia aplicada a personas con esta condición y que la solicitan, aunque no se tienen datos contundentes al respecto, esto se puede derivar de una percepción compartida por parte del personal de salud de una mala calidad de vida relacionada a tener esa condición física, percepción compartida independiente de si son personas practicantes o no de una religión.

54. Practica alguna religión y la actitud de que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.

33. Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejía reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.

		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	44 19.00%	24 10.30%	44 19.00%	58 25.00%	62 26.70%	232 100.00%
	No	1 1.20%	2 2.40%	10 11.90%	30 35.70%	41 48.80%	84 100.00%
Total		45	26	54	88	103	316

14.20% 8.20% 17.10% 27.90% 32.60% 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Otro dato importante fue el resultado que se obtuvo mediante el cruce de la variable práctica de alguna religión y la variable que afirma que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son procedimientos que cumplen un principio de justicia hacia aquellos que tienen sufrimiento intolerable al final de su vida, dado que se encontró una significancia de 0.000 y de una Chi cuadrada de 25.304.

Respecto a los resultados obtenidos se identificó que 34.5% del personal de salud que practicaban alguna religión manifestó estar totalmente de acuerdo con que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son procedimientos que cumplen un principio de justicia hacia aquellas personas que tienen algún sufrimiento intolerable al final de su vida, 11.2% del personal estuvo en desacuerdo. Por otra parte, 56% del personal de salud no practicante de alguna religión indicó estar totalmente de acuerdo, mientras que 1.2% manifestó su desacuerdo con la afirmación. Es importante referir que los datos obtenidos reflejaron que 40.2% del total de la muestra están totalmente de acuerdo con esta afirmación y 30.70% algo de acuerdo, por lo que se puede decir que en este grupo existe una aceptación de los procedimientos ya que se estaría cumpliendo con un principio de justicia para tener una muerte digna y así evitar que las personas tengan un sufrimiento intolerable (véase la tabla 55).

El principio de justicia relacionado con los procedimientos de muerte médicamente asistida es reconocido por el personal de salud, entendiéndose este principio el dar un tratamiento apropiado y equitativo a las personas, pero también esto incluye tomar en cuenta las decisiones individuales de las personas (Beauchamp y Childress s/f, citados en Siurana (2010). Como lo refiere Sen (2000) la justicia social debe abordarse desde el punto de vista de las libertades individuales, ya que el aumento de la libertad mejora la capacidad de los individuos de ayudarse a sí mismos.

Tabla 55. Practica alguna religión y percepción sobre si la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son procedimientos que cumplen un principio de justicia hacia aquellos que tienen sufrimiento intolerable al final de su vida.

		34. La eutanasia y el suicidio medicamente asistido son procedimientos que cumplen un principio de justicia hacia aquellos que tienen sufrimiento intolerable al final de su vida.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	26	23	35	68	80	232
		11.20%	9.90%	15.10%	29.30%	34.50%	100.00%
	No	1	0	7	29	47	84
		1.20%	0.00%	8.30%	34.50%	56.00%	100.00%
Total		27	23	42	97	127	316
		8.50%	7.30%	13.30%	30.70%	40.20%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Del mismo modo, se encontró una relación significativa entre la variable práctica de alguna religión y la variable que refiere que en países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida, los datos que arrojaron estas variables fue una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 26.758.

Los resultados obtenidos indicaron que 29.3% del personal de salud practicante de alguna religión estuvo en desacuerdo con la afirmación que señala que en países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida, por otra parte, 50% del personal no practicante de ninguna religión indicó estar en desacuerdo con esta aseveración, en ese sentido, se puede observar que 34.8% del total de la muestra coinciden y están en desacuerdo con este enunciado. Por lo tanto, se puede inferir que una parte importante del personal de salud percibe que si el personal de salud aplica un procedimiento de muerte médicamente en un país en donde se permite la muerte médicamente asistida, esto no debería considerarse como una violación al derecho de la vida (véase la tabla 56).

Estos resultados son relevantes ya que el derecho a la vida es de los principales derechos que entran en discusión al momento de abordar este tema, aquí también se puede observar cómo la práctica en una religión produce una actitud incierta hacia este cuestionamiento, sin embargo como ya se analizó en el apartado teórico de esta investigación el derecho a la vida no es un derecho superior a otros, por lo que al entrar en colisión con otros derechos se debe ponderar su valor y determinar qué derecho debe prevalecer (Molero, 2014 citado en Flemate 2015). Importante retomar la observación general No. 36 del Comité de Derechos Humanos (2019) que brinda una posición orientadora respecto a que en los países donde sean permitidos los procedimientos de muerte médicamente asistida tengan garantías legales e institucionales para que el personal de salud se apegue a la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes a fin de que estos sean en todo momento protegidos de algún abuso o presión en su toma de decisión.

Tabla 56. Practica alguna religión y percepción sobre si en países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida.

		35. En países donde es permitido el suicidio medicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte medicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida.					
		En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	68	31	52	48	33	232
		29.30%	13.40%	22.40%	20.70%	14.20%	100.00%
	No	42	16	20	2	4	84
		50.00%	19.00%	23.80%	2.40%	4.80%	100.00%
Total		110	47	72	50	37	316

34.80% 14.90% 22.80% 15.80% 11.70% 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De igual forma, se identificó otra relación significativa entre la variable práctica de alguna religión y la variable que indaga si se solicitase la eutanasia, en caso de que fuera permitida en México y el personal de salud fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, los resultados obtenidos arrojaron una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 30.706.

Respecto a los resultados se pudo encontrar que 38.8% del personal de salud practicante de alguna religión manifestó que sí solicitaría la eutanasia en caso de que esta fuera permitida en México y fuera diagnosticado con una enfermedad terminal, mientras que 72.6% del personal que no practicaba alguna religión indicó que también solicitaría la realización de este procedimiento. En ese sentido, los resultados indicaron que 47.8% del total de la muestra estaría dispuestos a solicitar la eutanasia, por lo que se puede decir que existe una mayor aceptación de este supuesto (véase la tabla 57).

Tabla 57. Practica alguna religión y percepción sobre si se solicitaría la eutanasia, en caso de que la eutanasia fuera permitida en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable.

37. En caso de que la eutanasia fuera permitida en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?

		Sí lo solicitaría	No sé	No lo solicitaría	Total
8. Practica alguna religión	Sí	90	80	62	232
		38.80%	34.50%	26.70%	100.00%
	No	61	18	5	84
		72.60%	21.40%	6.00%	100.00%
Total		151	98	67	316
		47.80%	31.00%	21.20%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, otros resultados significativos fueron los obtenidos mediante el cruce de la variable práctica de alguna religión y la variable que indaga si se solicitaría la ayuda a morir en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera permitido en México y se fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, el cruce de dichas variables arrojaron una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 38.05.

Los resultados permitieron identificar que 35.3% del personal de salud que practicaba alguna religión manifestó estar de acuerdo en solicitar el suicidio médicamente asistido, si estuviera permitido en México y en el caso de que fuera diagnosticado con alguna enfermedad terminal, por otra parte, 72.6% del personal de salud que no practicaban ninguna religión indicaron que si solicitarían la ayuda. Del mismo modo, se encontró que 45.20% del total de la muestra manifestó una aceptación del suicidio médicamente como una ayuda para el bien morir (véase la tabla 58).

Cabe destacar que en ambos casos tanto si solicitase la práctica de la eutanasia o el suicidio medicamente asistido para sí mismo, es similar el resultado diferenciando significativamente si es personal no practicante de alguna religión o personal practicante.

Tabla 58. Practica alguna religión y percepción sobre si se solicitaría ayuda para morir, en caso de que el suicidio medicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable.

		38. En caso de que el suicidio medicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?			
		Sí lo solicitaría	No sé	No lo solicitaría	Total
8. Practica alguna religión	Sí	82	77	73	232
		35.30%	33.20%	31.50%	100.00%
	No	61	18	5	84
		72.60%	21.40%	6.00%	100.00%
Total		143	95	78	316
		45.20%	30.10%	24.70%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De la misma manera, otro resultado significativo fue el que se identificó mediante la relación entre la variable practica alguna religión y la variable que pregunta si se aceptaría participar en la realización de la eutanasia, en caso de que fuera legal en México y si se le pidiera colaborar en el procedimiento. El análisis de los datos arrojó una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 19.336 entre dichas variables.

Los resultados indicaron que 36.6% del personal de salud que practicaba alguna religión manifestó que no aceptaría participar en la realización de la eutanasia, aunque fuera un procedimiento legal en México, mientras que 36.2% manifestó lo contrario, es decir señaló que si aceptarían participar. Por otra parte, 57.1% del personal que no practicaban alguna religión señaló que sí aceptaría colaborar en dicho procedimiento y solo 11.9% indicó que no aceptaría. En cuanto al total de la muestra se detectó que 41.80% manifestó que sí aceptarían participar y colaborar en la realización de la eutanasia. Por lo que se puede decir que existe una actitud favorable del personal de salud hacia la participación de la realización de la eutanasia, siempre y cuando exista un marco legal que lo permita (véase la tabla 59).

Tabla 59. Practica alguna religión y actitud sobre si se aceptaría participar, en caso de que la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera colaborar en un procedimiento de este tipo.

		39. En caso de que la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar o colaborar en un procedimiento de este tipo, ¿usted lo aceptaría?			
		Sí lo aceptaría	No sé	No lo aceptaría	Total
8. Practica alguna religión	Sí	84	63	85	232

		36.20%	27.20%	36.60%	100.00%
	No	48	26	10	84
		57.10%	31.00%	11.90%	100.00%
Total		132	89	95	316
		41.80%	28.10%	30.10%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Continuando con las relaciones estadísticas se pudo identificar resultados significativos entre la variable practica alguna religión y la variable en donde se menciona que, si en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México y se pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo, si se aceptaría auxiliar en dicho procedimiento, estas variables son importantes ya que se obtuvo una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 40.025.

De acuerdo con los resultados obtenidos se pudo apreciar que 41.8% del personal de salud que practicaba alguna religión manifestó que no aceptaría auxiliar en el procedimiento de suicidio médicamente asistido, aunque estuviera legalizado, 28.9% señaló que, sí aceptaría auxiliar en el proceso, 29.3% mantuvo una postura neutral. Por otra parte, en el caso del personal que no practicaban alguna religión, se identificó que 63.1% sí aceptaría auxiliar, 28% se mantuvo en una postura imparcial y 8.3% indicó que se negaría auxiliar en este procedimiento. Del mismo modo, los datos indicaron que 38% del total de la muestra refirió que, si aceptaría participar y auxiliar en dicho proceso, por lo anterior, se puede determinar que existen posiciones encontradas, derivadas como se puede observar por la práctica de una religión, sin embargo, se destaca que un porcentaje significativo está de acuerdo con participar en el suicidio médicamente asistido, si este fuera legal en el país (véase la tabla 60).

Tabla 60. Practica alguna religión y actitud sobre si en caso de que el suicidio médicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo. ¿Usted aceptaría participar?

42. En caso de que el suicidio medicamente asistido fuera legal en México y se le pidiera auxiliar en un procedimiento de este tipo, ¿Usted aceptaría participar?					
		Sí lo aceptaría	No sé	No lo aceptaría	Total
8. Practica alguna religión	Sí	67	68	97	232
		28.90%	29.30%	41.80%	100.00%
	No	53	34	7	84
		63.10%	28.60%	8.30%	100.00%
Total		120	92	104	316
		38.00%	29.10%	32.90%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, otro resultado significativo fue el que se detectó mediante la relación entre la variable practica de alguna religión y la variable que supone que si el personal de salud padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso

y constante, con qué afirmaciones de las que se les presentó se parece más el concepto de “muerte digna” para ellos, los datos arrojaron una significancia de 0.000 y una Chi cuadrada de 32.043.

Respecto a estas variables se pudo identificar que 32.80% del personal de salud que practicaba alguna religión manifestó que, si se padeciera una enfermedad incurable, una muerte digna se vincularía con morir en casa, 29.7% lo relacionó con la suspensión de tratamientos por parte de los médicos, 19.40% con la administración de fármacos y 13.40% con morir en un hospital. Por otra parte, del personal que no practicaban alguna religión 47.60% relaciona el concepto de muerte digna con la administración de fármacos, 31% con la suspensión de medicamentos, 15.50% con la muerte en casa y 2.4% con la muerte en un hospital.

Cabe señalar que del total de la muestra se logró determinar que 30.1% lo vinculan con la suspensión de los tratamientos, 28.2% con la muerte en casa, 26.9% con la administración de fármacos y 10.4% con la muerte en un hospital. Estos resultados muestran un mayor porcentaje sobre la percepción de que la muerte digna se relaciona con la administración de fármacos, la muerte en casa y la suspensión de tratamientos (véase la tabla 61).

Tabla 61. Practica alguna religión y percepción sobre si el personal de salud padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante y su relación con el concepto de “muerte digna” para usted.

45. Si padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante, ¿a cuál de las siguientes aseveraciones se parece más el concepto de “muerte digna” para usted?

		A morir en casa	A morir en un hospital	A que los médicos suspendieran los tratamientos	Un profesional de la salud pueda administrarme fármacos	Otro	Total
8. ¿Practica alguna religión?	Sí	76 32.80%	31 13.40%	69 29.70%	45 19.40%	11 4.70%	232 100.00%
	No	13 15.50%	2 2.40%	26 31.00%	40 47.60%	3 3.60%	84 100.00%
Total		89 28.20%	33 10.40%	95 30.10%	85 26.90%	14 4.40%	316 100.00%

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Legalización y procedimientos de muerte médicamente asistida

En este apartado se analizan los resultados que reflejan la percepción del personal de salud referente a la legalización de los procedimientos de eutanasia y el suicidio médicamente asistido, de igual manera, se presenta la concepción del personal de salud que más se acerca y se relaciona con el concepto de morir con dignidad. Cabe referir que para obtener estos resultados se realizó

un análisis descriptivo, mismo que fue útil para dimensionar la percepción que tiene el personal de salud sobre la muerte digna.

4.3.1. Percepción de legalización de procedimientos

Para comenzar se consideró oportuno cuestionar acerca del conocimiento que el personal de salud tenía acerca de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, por lo que se les preguntó a los participantes si tenían conocimiento sobre si el procedimiento de eutanasia era permitido en México, ante esta pregunta 92% del total de la muestra señalaron que sí tenían conocimiento sobre que este procedimiento no está permitido. Referente sobre si el procedimiento de suicidio médicamente asistido 98% del total de la muestra indicó saber que este procedimiento no está legalizado en México, por lo que no es permitida su aplicación en este país.

En este mismo apartado se les dio a conocer a los participantes en el cuestionario la siguiente definición textual elaborada por cuatro autores de eutanasia y suicidio médicamente asistido: El suicidio médicamente asistido y la eutanasia son procedimientos médicos en el que voluntariamente y a solicitud de un paciente, se pone fin a su vida, con la intención de procurar una buena muerte al terminar con un sufrimiento físico o psíquico intolerable para el cual no hay cura ni tratamiento. En el suicidio médicamente asistido el paciente, de forma intencional, con ayuda de terceros, pone fin a la propia vida, ingiriendo o auto-administrándose medicamentos letales suministrados por un médico. En la eutanasia activa, un médico, a pedido del paciente, le administra un agente letal, con la intención de abreviar la vida para acabar con su sufrimiento. Hay países como Holanda, Bélgica, Canadá, Colombia y EEUU que autorizan y regulan las prácticas de suicidio médicamente asistido y/o eutanasia para casos específicos (Bastos, Remor, Carvalho, Bonamigo, 2018: 226). En el caso de México ambas prácticas son prohibidas.

Posterior a esta definición se les preguntó que, si antes de leer la definición sabían lo que era la eutanasia, los resultados de esta interrogante indicaron que 96% del total de la muestra mencionó que sí tenían un concepto similar de este procedimiento. Del mismo modo, se realizó la misma pregunta, pero respecto a conocimiento previo de la definición de suicidio médicamente asistido, los resultados indicaron que 85% del total de la muestra señaló que sí tenían una definición similar de dicho procedimiento.

Se destaca que la mayoría del personal de salud sí tenía conocimiento sobre el concepto de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido, del mismo modo, en mayor medida conocía que ambos procedimientos están prohibidos en México. Posteriormente se cuestionó al personal de salud participante si consideraban que se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir a través de la eutanasia, los resultados indicaron que 48% del personal de salud indicó estar totalmente de acuerdo con tal aseveración y 25% manifestó estar algo de acuerdo.

Asimismo, al hacer la misma pregunta, pero esta vez sobre la legalización del suicidio médicamente asistido, se obtuvo que 46% del personal señaló estar totalmente de acuerdo y 27% manifestó estar algo de acuerdo. Cabe precisar, que también se consideró oportuno preguntar al personal de salud si aceptaría participar en caso de que la eutanasia fuera legal en

México y se le pidiera colaborar en un procedimiento de este tipo, los datos indicaron que 42% del total de la muestra sí aceptaría participar, 30% no aceptaría y 28% del personal de salud manifestó estar indeciso ante dicho cuestionamiento.

Cabe señalar que también se les cuestionó sobre cuál sería el motivo para que estuvieran de acuerdo en participar en el procedimiento de la eutanasia, 47% del personal de salud encuestado refirió tener tres motivos principales para participar:

- 1) Lo harían si fuera por ayudar a un paciente a tener una muerte digna.
- 2) Participarían por cumplir con su deber como personal de salud de buscar el beneficio del paciente.
- 3) Estarían de acuerdo en participar por respetar los derechos del paciente.

Por otra parte, 36% mencionó que por ayudar al paciente a tener una muerte digna. Respecto a la no aceptación para participar en el procedimiento, se identificó que del total de la muestra 35% refirió que no participaría por aspectos personales, 24% por aspectos éticos de su profesión, 15% aludió que su religión no se lo permitiría y 12% indicó que no participaría por temor a que se tengan problemas legales.

En ese mismo tenor, haciendo la misma pregunta, pero sobre el suicidio médicamente asistido se encontró que 38% sí aceptaría participar y 33% no aceptaría participar, siendo 29% que reflejó indecisión en la respuesta. Al preguntar el motivo que tendrían para participar en este tipo de procedimiento, se encontró que 52% refiere tres motivos principales:

- 1) Participarían por ayudar a un paciente a tener una muerte digna,
- 2) Lo harían por cumplir con su deber como personal de salud de buscar el beneficio del paciente.
- 3) Participarían por respetar los derechos del paciente, del mismo modo, 33% mencionó que participaría por ayudar al paciente a tener una muerte digna.

Sobre la no aceptación de participar se encontró que 35% aludió motivos personales, 21% mencionó que no participaría por motivos éticos de su profesión, 17% señaló que no lo haría porque su religión no se lo permite y 13% indicó que no participaría por temor a que se generen complicaciones legales.

En estos resultados se puede apreciar que los motivos para participar o no en los procedimientos médicamente asistidos no son diferentes entre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, ya que los porcentajes de respuesta son muy similares. También se pudo observar que es similar el porcentaje a favor o en contra de participar, así como el personal de salud indeciso, destacando levemente el porcentaje a favor de participar en estos tipos de procedimientos.

Otro aspecto que llamó la atención en estos resultados fue que el personal de salud en mayor porcentaje estuvo a favor de los procedimientos de muerte médicamente asistida, pero el porcentaje disminuyó cuando se les preguntó sobre si se implicarían en participar en alguno de ellos, también es relevante que es minoría el personal de salud que señaló que no participaría en

dichos procedimientos por motivos religiosos, sin embargo, como ya se mencionó sí se identificó una relación estadística significativa entre la actitud del personas de salud hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y la creencia en un Dios y el hecho de practicar alguna religión.

4.3.2. Percepción del concepto morir con dignidad y procedimientos de MMA

Cabe mencionar que para identificar la percepción que tenía el personal de salud sobre el concepto de muerte digna, se realizó lo siguiente: se planteó al personal de salud la situación de que si ellos padecieran alguna enfermedad incurable, que fuera progresiva y les limitara severamente, ya sea por dolor o pérdida de la movilidad y que amenazara su vida a corto plazo o tuviera dolor intenso y constante, del mismo modo, se agregaron aseveraciones que pudieran relacionarlas con la percepción que tendría el concepto de muerte digna si ese fuera el caso.

Los resultados obtenidos indicaron que 30.1% del personal de salud optaría por la suspensión de tratamientos invasivos y las medidas terapéuticas que no contribuyen a una recuperación, del mismo modo, lo vinculan con la aplicación de cuidados paliativos, incluso aunque ello implicara la administración de sedación profunda, 28.2% del personal de salud señaló que preferirían morir en su casa, aunque su condición le impidiera levantarse por sí mismo(a) de la cama y dependiera de otros para asearse, vestirse, comer, tomar sus medicamentos, etc., hasta que llegue el momento de la muerte natural. Como se puede observar en tales aseveraciones que representan 58% del personal de salud que contestó el cuestionario, el concepto de morir con dignidad se relaciona con medidas que se enfocan a la limitación del esfuerzo terapéutico, a paliar los síntomas y morir en un entorno no hospitalario, dando mayor preponderancia a medidas como los cuidados paliativos.

Por otro lado, 27% del personal de salud indicó que sí consideraría que un profesional de la salud le administre fármacos que ayuden a acelerar el momento de la muerte; es importante considerar que esta pregunta fue dirigida para identificar cómo el personal de salud percibían la muerte digna para sí mismos, sin embargo, en esta percepción pudo verse reflejada la postura desde su quehacer profesional, aspecto que como ya se había reflexionado en este capítulo el personal médico conserva un fuerte componente ético relacionado con el objetivo de su profesión de preservar la salud de su pacientes, también la relación que existe entre la percepción y actitud hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y sus creencias religiosas.

Por otro lado, los datos indicaron que 10.4% de la muestra total del personal de salud encuestado señaló que preferirían morir en un hospital con todos los cuidados y procedimientos médicos posibles, aunque esto implique permanecer en la unidad de cuidados intensivos, o que se encuentren inconscientes, incomunicados y sin posibilidad de recuperación. Cabe señalar que solo 4% generó un concepto propio sobre lo que es morir con dignidad, en algunas de las respuestas que plasmaron se relacionan a respetar su decisión cualquiera que esta fuera o evitando medidas extraordinarias para mantener la vida, a continuación, la percepción de dos participantes en el estudio sobre lo que una buena muerte significaría para ellos:

Que una persona decida el qué realizar con su vida previamente llevada una terapia psicológica sea eutanasia, muerte asistida, procedimientos invasivos o terapéuticos,

paliativa etc. sin discriminación a la decisión de la persona (Médico general participante).

Morir en un ambiente familiar como mi casa, acompañado de mis seres queridos o las personas que me importan, ya sea de manera natural o por medio la vía de la eutanasia o el suicidio asistido sin la encarnización terapéutica (Médico especialista participante).

Finalmente, se puede decir que las reflexiones plasmadas coinciden con el respeto a la decisión de las personas y a la limitación del esfuerzo terapéutico, lo que desde su percepción sería morir con dignidad. Cabe señalar que como ya se mencionó todas y cada una de las opciones en esta pregunta abordada abarca diferentes formas en que las personas pueden tener una muerte digna, el hecho de que se prefiera una sobre otra debe de estar supeditada a la decisión del paciente, a grado de avance de su enfermedad y por obvias razones a lo que la legislación del país lo permita.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES , REFLEXIONES Y PROPUESTAS

5.1 Conclusión

En este apartado se presentan algunos hallazgos importantes que fueron identificados a partir del análisis de los datos y que buscan dar respuesta a los objetivos que fueron planteados en esta investigación, en ese sentido, se presentan datos relevantes relacionados con las percepciones y actitudes por parte del personal de salud sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida, la conceptualización que tienen sobre la muerte digna, la legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida, así como la relación estadística que se identificó entre los procedimientos de muerte médicamente asistida y las creencias religiosas del personal de salud.

Uno de los hallazgos relevantes que surge en esta investigación, es lo referente a la aceptación del personal de salud respecto a que debería haber un cambio en la legislación mexicana para que las personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia, dado que, en las preguntas de escala tipo Likert, se identificó que un grupo considerable de participantes encuestados que representan el 73% manifestó estar desde algo de acuerdo a totalmente de acuerdo en cambiar la legislación del país para legalizar la eutanasia, en este supuesto y en un mismo porcentaje el personal de salud se mostró a favor de la legalización del suicidio médicamente asistido.

Cabe destacar que cuando se analiza la actitud del personal de salud respecto a la legalización de estos procedimientos para condiciones particulares de salud, se encuentra que disminuye la aceptación, por ejemplo, un 60.34% del personal mostró aceptación de la eutanasia cuando los pacientes tengan alguna condición de tetraplejia que impida su calidad de vida y transgreda su dignidad humana. Por otra parte, se detectó que también en un 60.1% el personal de salud encuestado manifestó una aceptación para que se cambie la legislación mexicana y se permita que, a través de documentos como las voluntades anticipadas en casos de personas con enfermedades degenerativas progresivas, reciban ayuda para morir.

En lo concerniente a los procedimientos de muerte médicamente asistida y la religiosidad, como ya se mencionó, se identificó que existe una relación entre ambas variables. Los datos arrojaron que 58.30% del personal de salud que no practicaba alguna religión señaló estar en desacuerdo con la afirmación de que ninguna persona es dueña de su propia vida y no debe de buscar interrumpirla en ninguna circunstancia, en comparación al 21.10% del personal que practica una religión y que refirió estar en desacuerdo ante esto, el mayor porcentaje de este grupo creyente (26%) está totalmente de acuerdo con esa afirmación. Cabe señalar que 41.8% del personal de salud creyente afirmó que no se debe practicar ningún procedimiento que interrumpa la vida de un paciente, en ninguna circunstancia. En ese sentido, la religiosidad puede ser un factor influyente en la percepción a favor o en contra de la aplicación de los procedimientos de eutanasia o del suicidio médicamente asistido. Por ejemplo, se pudo identificar que 30.20% del personal de salud creyente estuvo totalmente en desacuerdo con la aplicación de los procedimientos de eutanasia o suicidio médicamente asistido a personas que los soliciten por

considerar su vida indigna derivado de sus discapacidades o dependencias a diferencia del 6% del personal no creyente que mostraron su total desacuerdo.

En lo relacionado a la aceptación o negación para participar en los procedimientos de muerte médicamente asistida (eutanasia y suicidio médicamente asistido) siempre y cuando exista un marco legal en el país que lo permita, los resultados muestran que la percepción del personal de salud es menos favorable, ya que solo el 41.80% del personal de salud manifestó que sí aceptaría participar o colaborar en la realización de la eutanasia y un 38% aceptaría auxiliar en un procedimiento de suicidio médicamente asistido.

Por lo anterior, en cuanto al tema legislativo se puede decir que existe una aceptación por parte del personal de salud para que se cambien las leyes en México a favor de las personas que soliciten ayuda para morir, siempre y cuando haya una justificación médica y en mayor aceptación que el diagnóstico sea de una situación de enfermedad terminal. Este resultado se empata con la percepción que tiene el personal de salud sobre la afirmación de que una paciente en etapa terminal que se encuentre mentalmente competente, tiene derecho a decidir cuándo terminar con su vida si padece un sufrimiento o dolor intolerable, el 75.6% del personal de salud mostró aceptación ante tal afirmación, es decir en porcentajes muy cercanos reconocen que el paciente tiene derecho a decidir bajo esta circunstancia y por lo tanto aceptan también una posible legalización al respecto.

Otro de los hallazgos importantes fue la identificación de los principales motivos por los que el personal de salud aceptaría o no aceptaría participar en los procedimientos de muerte médicamente asistida. En el caso de la aceptación se detectó que los principales motivos por los que el personal si aceptaría participar en el procedimiento son: por ayudar a un paciente a tener una muerte digna, por cumplir con su deber como personal de salud de buscar el beneficio del paciente, por respetar los derechos del paciente y por ayudar al paciente a tener una muerte digna. Por otra parte, también se detectaron que los principales motivos por los que el personal de salud se negaría a participar en dichos procedimientos son: por aspectos personales, religiosos, por principios éticos de la profesión y por temor a que se generen complicaciones legales.

Sin embargo, menos de la mitad del personal estaría dispuesto a participar en este tipo de procedimientos, esto, como se presentó en los resultados, tiene relación estadística con las creencias religiosas del personal de salud, ya que se encontró que las personas que creen en un Dios y practican una religión mostró menos aceptación que aquel personal que se reconoce como no creyente. Del mismo modo, llamó la atención que fue una minoría del personal de salud el que señaló que no participaría en dichos procedimientos por motivos religiosos, sin embargo, los datos arrojaron una relación estadística significativa entre la actitud del personal de salud hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida y la creencia en un Dios y el hecho de practicar alguna religión. Lo anterior lleva a la reflexión de que en caso de haber avances en la legalización de procedimientos de muerte médicamente asistida en México, tendría que haber avances a la par en el tema de legislar con claridad acerca de la objeción por conciencia al que el personal de salud pudiera apelar para no participar en estos procedimientos, sobre todo para que la garantía del derecho del paciente a decidir sea efectiva.

Otros datos que también resultan interesantes son aquellas preguntas en la escala tipo Likert que exploraron la relación de los procedimientos de muerte médicamente asistida y los principios de bioética y de derechos humanos, tales como el respeto a la autonomía del paciente, el derecho al libre desarrollo de su personalidad, el principio de beneficencia y de justicia. Por ejemplo, el 67.40% del personal de salud mostró una actitud de aceptación de reconocer que si alguien solicita o recibe algún auxilio médico para morir estaría ejerciendo su derecho al libre desarrollo de la personalidad. Por otra parte, el 77.2% del personal acepta que el paciente estaría ejerciendo su derecho bajo el principio de autonomía. Cabe destacar que, con un poco menor de aceptación, el personal de salud considera que el personal médico dispuesto a practicar un procedimiento de muerte médicamente asistida está ejerciendo el principio de beneficencia (59.50%) y en mayor porcentaje (70.90%) lo relaciona con un principio de justicia. En menor porcentaje el 48.70% del personal de salud, está en desacuerdo con la afirmación de que el personal que practica un procedimiento como el suicidio médicamente asistido estaría violentando el derecho a la vida.

Cabe señalar que estos resultados muestran que en lo general hay un conocimiento por parte del personal de salud sobre que estos procedimientos tienen relación con principios de bioética y de derechos humanos, ambos principios centrales para centrar este tema en decisiones libres de prejuicios, creencias religiosas o aspectos culturales arraigados acerca de la muerte y por ende de los procedimientos de muerte médicamente asistida, ya que centran su análisis como se pudo abordar ampliamente en el capítulo del marco teórico en estos derechos en torno al tema y los alcances y discusiones que se han realizado desde ámbito internacional de los derechos humanos, así como la jurisprudencia que también en el ámbito nacional se ha derivado acerca de ellos.

Sin embargo, tal como se mostró en los resultados hubo mayor vinculación de los mismos por parte del personal no creyente a diferencia de personal creyente, por lo que la reflexión hacia estos principios de bioética tales como la justicia social, la autonomía del paciente, beneficencia y no maleficencia, requieren un mayor abordaje entre el personal de salud en torno a este tema. Ya que, por ejemplo, y como ya se mencionó se aprecia que en un alto porcentaje el personal de salud sí demuestra una actitud positiva con relación al respeto de la autonomía del paciente y las bondades de estos procedimientos médicos, pero tal pareciera que los aspectos religiosos que tienen que ver con la creencia en un Dios y el ser practicantes de alguna religión, inciden para que esta aceptación este bajo el sesgo de sus creencias.

Ahora bien, cuando se cuestionó al personal de salud sobre la aceptación de procedimientos de muerte médicamente asistida para sí mismos, resulta de interés que a la pregunta sobre si estarían dispuestos a solicitar la eutanasia en caso de que esta estuviera permitida en México y fueran diagnosticados con una enfermedad terminal, solo 38.8% del personal de salud practicante de alguna religión manifestó aceptación ante este supuesto. Sin embargo, en igual porcentaje (72.60%) personal de salud no creyente solicitaría eutanasia o suicidio médicamente asistido para sí mismo. Este resultado más adelante se pudo contrastar al preguntar si aceptarían participar en la que el porcentaje de aceptación disminuyó, ya que el decidir participar o no en este tipo de procedimientos pasa por otro análisis que implica su posición como personal de

salud, su deber ser desde su profesión que implicaría un diferente grado de participación en los mismos y además como ya se ha mencionado sus creencias religiosas.

Respecto al concepto que el personal de salud tiene en relación a la muerte digna, un 26.90% del mismo estuvo de acuerdo en relacionar a la muerte digna con la idea de que un profesional de la salud les administrara fármacos como una ayuda para acelerar el momento de la muerte, digna. En lo relativo a la percepción y conocimiento por parte del personal de salud sobre el concepto de morir con dignidad, se apreció que una mayoría (58.30%) lo relaciona con la suspensión de tratamientos invasivos y medidas terapéuticas que no contribuyen a la recuperación, así como con el hecho de morir en casa en compañía de sus seres queridos. Sin embargo, solo una minoría conformada por el 10.40% relacionó el concepto de morir con dignidad con la opción de morir en un hospital, aún y con los adelantos tecnológicos que pudieran prolongar la vida. De esta manera la percepción que tuvo el personal de salud sobre el concepto de muerte digna se pudo identificar en que más de la mitad de los encuestados lo relaciono con las medidas que se enfocan a la limitación del esfuerzo terapéutico, a paliar los síntomas y morir en un entorno no hospitalario. Es importante reflexionar que todos y cada uno de ellos es parte del abanico de posibilidades que un paciente pudiera tener al final de su vida, ya que como se ha expuesto en esta investigación en el caso de México los procedimientos de muerte médicamente asistida no son aún una posibilidad legal.

5.2 Reflexión

Para finalizar este apartado se exponen las reflexiones finales a las que se llegaron y que dan respuesta a las preguntas de investigación, los objetivos y las hipótesis que fueron planteadas en este estudio, una de las preguntas primordiales y que se relaciona con el objetivo principal que se formuló fue ¿Cuál es la percepción y las actitudes que el personal de salud (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) de clínicas y hospitales en Nuevo León tienen acerca de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como medios para lograr una muerte digna?

En respuesta a esta pregunta se puede decir que la profesión no es una variable que influya en las actitudes y la percepción que el personal de salud tiene respecto a la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, ya que como se mencionó en el capítulo anterior únicamente cinco variables de veinticuatro tuvieron una relación significativa, dichas variables que tuvieron este resultado reflejan la percepción acerca de la afirmación que el deber del personal de salud es mantener la vida a toda costa del paciente, el personal médico a diferencia del personal de trabajo social y de enfermería mostró una mayor inclinación de apoyar dicha aseveración, como ya se mencionó, esto tiene relación con el quehacer y formación del médico que da preponderancia al preservar la vida de su paciente, aunque como también se ha mencionado eso no implica necesariamente una mejor calidad de vida para este.

Otra diferencia que se encontró entre las profesiones es la relación con la actitud que mostraron frente a los cuidados paliativos como la única alternativa que debería utilizarse para pacientes en situación terminal, aquí nuevamente prevaleció una actitud de mayor aceptación a tal aseveración por parte del personal médico (sin diferencia entre personal especialista o general). Respecto a la percepción que el personal de salud tiene en cuanto al concepto de morir con

dignidad fue otra de las aseveraciones que mostró diferencias con relación a la profesión, ya que los médicos generales mostraron una actitud de mayor aceptación a los procedimientos de muerte médicamente asistida, a diferencia de los médicos especialistas que ellos mostraron mayor aceptación a la afirmación de que los cuidados paliativos se relaciona más con la idea que tienen de morir con dignidad. En este sentido, la hipótesis que afirma que había una relación estadística entre la profesión específica que ejerce el personal de salud y su percepción y actitudes acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna, no se pudo comprobar en este estudio.

La segunda pregunta que se planteó es sobre si las creencias religiosas constituyen un factor predominante en la actitud del personal de salud hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida, como se pudo apreciar en los resultados, el factor religioso que abarcó tanto las creencias en un Dios y la práctica de una religión, en ambas variables se encontró una relación estadística, ya que sí influye la religión sobre la percepción y las actitudes que tiene el personal sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida y sobre su concepto de morir con dignidad, ya que el personal de salud que reconoció tener un mayor apego a las creencias religiosas mostró a su vez una menor aceptación hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida, ya sea eutanasia o suicidio médicamente asistido.

Cabe destacar que las actitudes de aceptación hacia estos procedimientos se reflejaron en las preguntas que iban dirigidas a conocer la aplicación de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido hacia ellos mismos o su participación en dichos procedimientos como personal de salud, lo que refleja cómo estas decisiones de carácter personal sí están influidas por creencias religiosas, lo que permea en las actitudes que se reflejan en el ejercicio de su profesión como servidores del área de la salud.

Otra de las preguntas que se plantearon fue sobre la percepción del personal de salud ante una propuesta de legalización de los procedimientos de muerte médicamente asistida en México, los resultados en general fueron favorables ya que en general, el personal de salud manifestó estar a favor de que exista una legalización de dichos procedimientos en el país.

Por último, se puede afirmar que el personal de salud identificó los cuidados paliativos y a la idea de morir en un ambiente que les brinde paz tal como es su hogar en compañía de sus seres queridos como parte del concepto de morir con dignidad ya que fueron afirmaciones que tuvieron mayor aceptación cuando seleccionaron la forma en cómo les gustaría que su vida concluyera si tuvieran una enfermedad terminal, también mostraron aceptación a los procedimientos de muerte médicamente asistida como parte del concepto de morir con dignidad. De esta manera en la siguiente tabla se muestra la comprobación de hipótesis en esta investigación (ver tabla 62).

Tabla 62. Comprobación de hipótesis.

Hipótesis	Resultado
Relación entre la profesión y su percepción y actitudes acerca de los procedimientos de muerte médicamente asistida y otros aspectos relacionados con la muerte digna.	No Comprobado
El apego a las creencias religiosas o ideológicas constituyen un factor predominante en la percepción sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida.	Comprobado
La percepción del personal de salud sobre la legalización de procedimientos de muerte médicamente asistida en México es favorable.	Comprobado
Percepción sobre el concepto de morir con dignidad se asocia a los procedimientos de muerte médicamente asistida.	Comprobado

Fuente: elaboración propia

5.3 Propuestas derivadas de la investigación

La aceptación y aplicación de los procedimientos de muerte médicamente asistida, es un tema polémico, poco debatido y con un atraso legislativo en México, en ese sentido, se puede decir que existe en el país un rechazo en el abordaje de este tema por diversos motivos. Es por ello, que a partir de los resultados obtenidos en esta investigación se realizaron las siguientes propuestas, mismas que buscan dar seguimiento y continuidad a este controversial tema de estudio.

1. Como primer punto se considera importante seguir promoviendo el abordaje de este tema desde la academia, esto con la finalidad de que se visualice su relevancia y así se logre subir en la agenda pública, de esa manera se tendría mayor posibilidad de que se legalizaran los procedimientos de muerte médicamente asistida en México. En ese sentido, se puede afirmar que es pertinente que este tema se siga socializando y discutiendo en un ambiente académico, objetivo y libre de prejuicios religiosos.
2. Otra sugerencia se relaciona con el conocimiento y reflexión sobre el tema, por ello se considera necesario que el personal de salud conozca y discuta las implicaciones del mismo, así como su relación con la bioética y los derechos humanos, por lo anterior, se propone que durante la formación profesional de las carreras de medicina, psicología y trabajo social, se incluya en la malla curricular alguna asignatura relacionada con la bioética y los derechos humanos en las que se puedan analizar estos temas, además se sugiere que en aquellas universidades en donde no haya seminarios y diplomados respecto a esta formación se incluya en la oferta educativa de educación continua, para profundizar en estos contenidos desde una perspectiva científica y académica.

3. En cuanto a la investigación, se puede decir que es importante que se continúe trabajando en esta línea de estudio, dado que esto permitirá visibilizar la relevancia de este tema. Cabe mencionar que a partir de esta investigación se logró identificar algunos temas que se consideran emergentes y que podrían ser objeto de estudio, por lo que se propone realizar estudios en donde se involucre a pacientes que estén enfrentando alguna enfermedad terminal o catastrófica, dado que el conocer su percepción y visión sobre los procedimientos de muerte médicamente asistida, permitiría escuchar la voz de los sujetos que viven el problema, del mismo modo, se plantea el abordaje del tema pero desde la perspectiva de la familia, ya que la familia es otro actor que está vinculado a estas situaciones que enfrenta un paciente por lo que reviste gran trascendencia, de esa manera, obteniendo las percepciones de diversos actores se podrá tener una perspectiva más amplia de este fenómeno de estudio.
4. Es relevante la aportación del trabajo social en la política de atención a personas en situación terminal, es necesario ampliar las opciones actuales de atención que se brindan a través de los cuidados paliativos y las voluntades anticipadas a los procedimientos de muerte médicamente asistida que fueron abordados en el presente estudio.

Como se puede observar este tema es de relevancia social, por lo que existen múltiples enfoques por los cuales puede ser abordado, ya sea de manera cualitativa o cuantitativa, se espera que este primer acercamiento a los procedimientos de muerte médicamente asistida desde la perspectiva del personal de salud, en Nuevo León, abone al conocimiento científico, así como a la política social en materia de salud.

Bibliografía

- 20 minutos. (2018) (en línea). *Proponen en Sonora Ley de Derechos y Cuidados Paliativos*. Disponible en: <https://www.20minutos.com.mx/noticia/346346/0/proponen-en-sonora-ley-de-derechos-y-cuidados-paliativos/>. Página consultada el 30 de abril 2018.
- Aghabarary, M. y Nayeri, N. D. (2016) (en línea). Medical futility and its challenges: a review study. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5203684/pdf/JMEHM-9-11.pdf>. Página consultada el 29 de Julio 2020.
- Aguilera, R. y J. González (2013) (en línea). Aproximaciones y reflexiones filosóficas en torno a la eutanasia y la dignidad humana. En: R. Aguilera, J. Prado y R. López (Coords). *Biética, Bioderecho y Biopolítica: Problemas Actuales*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. 163-193 Disponible en https://issuu.com/rogeliolopez00/docs/2_bio_tica_bioderecho_y_biopoliti
- Aguilera, R., y González, J. (2012) (en línea). *Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia*. Derecho PUCP, (69), 151-168. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/4271>. Página consultada el 02 de Febrero de 2020.
- Álvarez del Río, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. México. ED: Fondo de Cultura Económica.
- Álvarez del Río, A. (2013). Eutanasia. *El derecho a decidir sobre la muerte*. En R. Aguilera, J. Prado, R. López (coords), (2013). *Biética, Bioderecho y Biopolítica: Problemas Actuales*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. 193-220.
- Álvarez del Río, A. (2017) (en línea). *La Muerte Asistida en México, Una Opción más para morir con dignidad*. México. Ed: Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. Disponible en: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/libro-muerte-asistida.pdf>. Pagina consultada el 07 de mayo de 2021.
- Álvarez del Río, A. (2017). *Muerte Asistida*. [PowerPoint slides].
- Álvarez del Río, A. y Kraus, A. (2014). Eutanasia y Suicidio Asistido. En Tamayo, R., R. Lisker, y R. Tapia (Coords.), *La construcción de la bioética, textos de bioética Vol.1*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Álvarez-del Río A, Marván ML. (2011) (en línea). On Euthanasia. Exploring Psychological Meaning and Attitudes in a Sample of Mexican Physicians and Medical Students. *Developing World Bioethics* 2011; 11(3): 146-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22103638/> Pagina consultada el 07 de mayo de 2021
- Anguiano A.M, Hernández, L, Plascencia C., Jiménez S. (2005) (en línea). *Bioética y Trabajo Social Una experiencia profesional reflexiones*. Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales Edición digital. Edición No.39. Disponible en:

- <https://www.margen.org/suscri/margen39/bioetica.html>. Página consultada el 02 de julio de 2020.
- Ardila, R. (2003) (en línea). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>. Página consultada el 02 de julio de 2020.
- Aréchiga, G. (2019). Conciencia de la Muerte. En A. Herrera (Coord.) *Eutanasia: Cuidados Paliativos y Atención al Final de la Vida*. México: Editores de Textos Mexicanos SA de CV.
- Arenas, H., Jimenez, J., Arenas, D., Díaz, A., Baltazar, I. (2011) (en línea). Ensañamiento terapéutico. *Cirujano General*, 33(S2), 130-134. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112e.pdf>. Página consultada el 15 de Mayo 2020.
- Aristizábal Franco, L. E. (2015) (en línea). Eutanasia hoy: precisiones y dudas. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 12(1), 83-91. Disponible en: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/372/Cultura%20Cuidado%20Vol%201%20No1.pdf?sequence=1#page=84>. Página consultada el 5 de noviembre de 2020
- Asamblea General de la ONU. (1948) (en línea). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>. Página consultada el 3 de noviembre de 2018.
- Asamblea General de la ONU. (1966) (en línea). *Pacto de Derechos Civiles y Políticos*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>. Página consultada el 3 de noviembre de 2018.
- Asamblea General de la ONU. (1966) (en línea). *Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>. Página consultada el 3 de noviembre de 2018.
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD). (25 de marzo de 2021) (en línea). La ley de eutanasia ya está en el BOE. Derecho a Morir Dignamente. Disponible en: https://derechoamorir.org/2021/03/25/la-ley-de-eutanasia-ya-esta-en-el-boe/?fbclid=IwAR3Ue5LLeTjzGP4m_DuiRCYDj0U2DLKO5y3LYxp6H8s9mbXQw1mA3epdM. Página consultada el 31 de marzo de 2021.
- Bastos, V., Remor, A., Carvalho, D., Bonamigo, E. (2018) (en línea). *Suicidio asistido y eutanasia en la perspectiva de profesionales y estudiantes de un hospital universitario*. *Revista Bioética* Print versión ISSN 1983-8042 On-line versión ISSN 1983-8034 Rev. Bioét. vol.26 no.2Brasília Abr./Jun. 2018 Doi: 10.1590/1983-80422018262242. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/xrL9mwvtSGqv3G9KFjv9KB/?format=pdf&lang=es>

- Bátiz, J. (2014) (en línea). Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. *Gaceta Médica de Bilbao*, 111(3) 57-62. Disponible en: <http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/download/66/70>. Página consultada el 17 de Mayo de 2020.
- BBC Mundo (2014) (en línea). *EE.UU.: muere por suicidio asistido Brittany Maynard*. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2014/11/141102_ultnot_brittany_maynard_muere_lav. Página consultada el 16 de marzo de 2019.
- Beltrão, Jane Felipe; Monteiro, Jose Claudio de Brito Filho; Gómez, Itziar; Pajares, Emilio; Paredes, Felipe; y Zúñiga, Yanira (coords.). (2014). *Derechos Humanos de los Grupos Vulnerables*. Manual, España, RedDHES (Red de Derechos Humanos y Educación Superior), Universitat Pompeu Fabra.
- Bioéticaweb (2014) (en línea). Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/> Página consultada el 16 de marzo de 2019.
- Boletín Oficial del Estado núm. 72, de 25 de marzo de 2021. (2021) (en línea). Ley Orgánica 3/2021 BOE-A-2021-4628. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>. Página consultada el 31 de marzo de 2021.
- Cámara de Diputados LXV Legislatura (2022). Plantean reforma constitucional para reconocer el derecho a la muerte digna y permitir la eutanasia. Boletín No. 2613 Disponible en: <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/boletines/plantean-reforma-constitucional-para-reconocer-el-derecho-a-la-muerte-digna-y-permitir-la-eutanasia> Página consultada el 11 de junio de 2023.
- Cantera, J. B. (s.f.) (en línea). *Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida*. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LIMITACION-ESFUERZO-TERAPEUTICO-BATIZ.pdf>. Página consultada el 15 de mayo de 2020.
- Canteros, J., Lefeubre, O., Toro, M., y Herrera, C (2007) (en línea). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 22(2): 93-96. Disponible en: [https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2007/22-2-2007/full\(4\).pdf](https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2007/22-2-2007/full(4).pdf). <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=47464> Página consultada el 30 de abril de 2018.
- Castillo, K. (2012) (en línea). *Dignidad y Religiones*. México: CONAPRED. Disponible en: <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/DIME-Dignidad%20y%20religiones-ACCSS.pdf>. Página consultada el 9 de marzo de 2018.
- Cohn, S. D. (1983) (en línea). The living will from the nurse's perspective. *Law, Medicine and Health Care*, 11(3), 121-136. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1748-720X.1983.tb01723.x> p121. Página consultada el 24 de Julio 2020.

- Colegio de Bioética A.C. (S/F) (en línea). *Voluntad Anticipada*. Disponible en: <http://colegiodebioetica.org.mx/voluntad-anticipada/voluntad-anticipada>. Página consultada el 17 febrero de 2018.
- Comisión Nacional de Bioética (S/F) (en línea). *Voluntades Anticipadas, reflexiones bioéticas sobre el final de la vida*. Disponible en: http://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf. Página consultada el 16 febrero de 2018.
- Comité de Derechos Humanos de la ONU. (1982) (en línea). *Observación General No. 6*. Disponible en: https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CCPR/00_2_obs_grales_Cte%20DerHum%20%5BCCPR%5D.html#GEN6. Página consultada el 10 de noviembre de 2018.
- Comité de Derechos Humanos de la ONU. (2019) (en línea). *Observación General No. 36*. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf. Página consultada el 16 de noviembre de 2018.
- Congreso de la Unión (1984) (en línea). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación *Última Reforma DOF 20-08-2009*. México. Disponible en: https://docs.mexico.justia.com/federales/ley_general_de_salud.pdf. Página consultada el 5 de marzo de 2020.
- Congreso de la Unión. (1931) (en línea). *Código Penal Federal*. Disponible en: <http://www.cuernavaca.gob.mx/transparencia/documentos/juridico/codigo04.pdf>. Página consultada el 1 de abril de 2018.
- Congreso de la Unión. (2011) (en línea). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación 12-07-2018. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf. Página consultada el 18 de noviembre de 2019.
- Consejo de Salubridad General (2010) (en línea). *Cuidados Paliativos Evidencias y recomendaciones*. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GPC_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativosx1x.pdf. Página consultada el 3 de Julio de 2020.
- Consejo de Salubridad General, Early Institute, Instituto Nacional de Cancerología (2018) (en línea). *Guía de manejo integral de cuidados paliativos*. Ciudad de México. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf. Página consultada el 2 de Julio de 2020.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (2018). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 (en línea). Disponible en www.coneval.org.mx. Página consultada el 17 de noviembre de 2019.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). (en línea). Disponible en Disponible en: http://www.internet2.scjn.gob.mx/red/constitucion/pdfs/CPEUM_15092017.pdf Página consultada el 17 de noviembre de 2019.
- Correa, L. (16 de junio de 2020) (en línea). DescLab Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Eutanasia en Colombia: 15 cifras para tomar el control y saber más sobre muerte digna. Disponible en: <https://www.desclab.com/post/eutanasiacifras#:~:text=Desde%202015%20se%20reportaron%2041,cada%20uno%20con%20un%20caso>. Página consultada el 27 de marzo de 2021
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1988) (en línea). *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C. No. 4. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf. Página consultada el 25 de octubre de 2018.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1994) (en línea). *Caso Gangaran Pandi Vs. Surinam*. Sentencia de 21 de enero de 1994. Serie C No. 16. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_16_esp.pdf. Página consultada el 5 de noviembre de 2018.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2001) (en línea). *Caso Villagrán Morales y otros Vs. Guatemala*. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_77_esp.pdf. Página consultada el 25 de octubre de 2018
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012) (en línea). *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=235. Página consultada el 1 de noviembre de 218.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017) (en línea). *Caso Chaparro Álvarez y Lapo Ñíguez Vs. Ecuador*. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C. No. 170. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_170_esp.pdf. Página consultada el 25 de octubre de 2018.
- Creagh, M. (2012) (en línea). *Dilema ético de la eutanasia*. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(1) 150-155. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu14112.pdf>. Página consultada el 10 de octubre de 2019
- De la Rosa, J. (2004). ¿Quién elabora las políticas sociales en México? *Sociológica*. Año 19, N° 54, pp. 249-257, enero-abril de 2004.
- De Lora, P. y Gascón M. (2008). *Bioética Principios, Desafíos, Debates*. España. Ed: Alianza Editorial

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948). (en línea). Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf Página consultada el 10 de octubre de 2019
- Decrescenzo, F. (2009). *Muerte digna. La muerte como tabú*. Separata: del periódico oficial del Estado de Nuevo León. Edición trimestral. Año 2, N° 3, junio de 2009.
- Derecho a Morir con Dignidad AC (s/f) (en línea).]. *Solo ocho países han despenalizado la ayuda médica a morir. En la Unión Europea, donde el apoyo de la ciudadanía a la eutanasia es abrumador, solo tres países reconocen este derecho*. Disponible en: <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>. Página consultada el 17 de marzo de 2019.
- Diario Oficial de la Federación (2014) (en línea). 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. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014 Página consultada el 06 de julio de 2020.
- Diario Oficial de la Federación (2018) (en línea). ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso 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, publicado el 26 de diciembre de 2014. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018. Página consultada el 2 de julio de 2020.
- Diario Oficial de la Federación (Reforma 2012) (en línea). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917*. México: Editores Mexicanos Unidos. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf> Página consultada el 2 de julio de 2020.
- Díaz-Amado, E. (2017) (en línea). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de bioética y derecho*, (40), 125-140. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n40/1886-5887-bioetica-40-00125.pdf>. Página consultada el 5 de noviembre de 2020
- Diccionario de la lengua española (2001) (en línea). Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/dignidad> Página consultada el 5 de noviembre de 2020
- Dickens, B. M. (1990) (en línea). Tendencias actuales de la bioética en el Canadá. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 108 (5-6), mayo-jun. 1990. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16823/v108n\(5-6\)p524.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16823/v108n(5-6)p524.pdf?sequence=1). Página consultada el 6 de noviembre de 2020
- Diez, J. (2013). El consentimiento informado en la aplicación clínica: una versión práctica del principio de autonomía del paciente. En R. Aguilera, J. Prado y R. López (Coords),

- (2013). *Bioética, Bioderecho y Biopolítica: Problemas Actuales*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. 109-162
- DMD Asociación Derecho a Morir Dignamente (2019) (en línea). *El bien morir*. Revista DMD Asociación Derecho a Morir Dignamente. 2019; No. 80. 19-21.
- Domínguez, G. (2016) (en línea). Transfusiones sanguíneas a testigos de Jehová: propuesta de protocolo de atención para los médicos en México. *Revista del Instituto de la Judicatura Federal*, 161-233. Disponible en: <http://doctrina.vlex.com.mx/vid/transfusiones-sanguineas-testigos-jehova-690411373>. Página consultada el 17 de mayo de 2020.
- Eberl, J. T. (2019) (en línea). Conscientious objection in health care. *Theoretical medicine and bioethics*, 40(6), 483-486. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11017-019-09511-x.pdf>. Página consultada el 20 de Julio 2020.
- El Comercio. (18 de junio de 2016) (en línea). Canadá legaliza la eutanasia, de El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.es/internacional/201606/18/canada-regula-eutanasia-20160618133144-rc.html>. Página consultada el 6 de noviembre de 2020
- El País (1998) (en línea). *15 suicidios asistidos en el primer año de eutanasia legal en Oregón*. El País. Disponible en: https://elpais.com/diario/1999/02/19/sociedad/919378810_850215.html. Página consultada el 15 de marzo de 2019.
- El País (2018) (en línea). *Polémica en Bélgica por la eutanasia de una paciente que no la pidió*. El País. Publicado el 21 de enero de 2018. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2018/01/14/mundo_global/1515955301_274598.html. Página consultada el 27 de febrero de 2019.
- Espinoza, D. (2015) (en línea) Grupos en situación de vulnerabilidad. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México. Disponible en http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CTDH_GruposVulnerabilidadlaReimpr.pdf. Página consultada el 20 de febrero de 2021.
- Ferrer. I. (2017) (en línea). *Holanda donde bien morir es cotidiano*. El País. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2017/08/31/actualidad/1504197638_959922.html. Página consultada el 07 de febrero de 2019.
- Flemate, P. (2015) (en línea). *El derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico mexicano*. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/10071/TESIS%20Flemate%20D%C3%ADaz.pdf?sequence=1>. Página consultada el día 10 de agosto de 2018.
- Flores, J. (2018). Evolución de los Cuidados Paliativos en América Latina. En A. Herrera (Coord.), *Eutanasia: Cuidados Paliativos y Atención al Final de la Vida*. México: Editores de Textos Mexicanos SA de CV. 39-56

- Flores, J. (2018). Evolución de los Cuidados Paliativos en América Latina. En A. Herrera (Coord.), *Eutanasia: Cuidados Paliativos y Atención al Final de la Vida*. México: Editores de Textos Mexicanos SA de CV. 39-56
- Garza, M. E. (2009) (en línea). La mejor calidad de vida posible: cuidados paliativos y derecho humano a la salud. *Separata: del Periódico Oficial del Estado de Nuevo León*, 6- 13. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/sites/default/files/separata_poe_nl_a01_n03.pdf. Página consultada el 28 de mayo de 2020.
- Gómez, Y. (1997) (en línea). Reflexiones Jurídico - constitucionales sobre la objeción de conciencia y los tratamientos médicos. *Revista de Derecho Político*, (42) ,55-93. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/viewFile/8696/8290>. Página consultada el 30 de abril de 2018.
- González, K. (2015) (en línea). Envejecimiento demográfico en México: Análisis comparativo entre las entidades federativas. CONAPO. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico. Página consultada el día 28 de junio de 2020
- González, M. (2012). *Guía de Estudio de la Materia Teoría Jurídica de los Derechos Humanos*. México: Flacso México.
- Grether, P., Lisker, R., Loria, A., Álvarez del Río, A. (noviembre-diciembre, 2015). End-of-life decisions in perinatal care. A view from health-care providers in México. *Salud Pública de México*/vol. 57. No. 6, pp 489- 495.
- Haas, F. (2005) (en línea). Understanding the legal implications of living wills. *Nursing times*, 101(3), 34-37. Disponible en: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/end-of-life-and-palliative-care/understanding-the-legal-implications-of-living-wills-18-01-2005/#:~:text=One%20disadvantage%20of%20living%20wills,to%20make%20their%20own%20decisions>. Página consultada el 26 de Julio 2020.
- Health Canada. (2020) (en línea). First Annual Report on Assistance in Dying in Canada 2019. Ottawa. Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019/maid-annual-report-eng.pdf> Página consultada el 30 de marzo de 2021.
- Hernández, C. H. (2001) (en línea). La objeción de conciencia como derecho fundamental en. *Revista del Instituto de la Judicatura Federal*, 363-391. Disponible en: https://www.ijf.cjf.gob.mx/publicaciones/revista/9/r9_16.pdf. Página consultada el 15 de mayo de 2020.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: M Graw Hill.
- Human Right Watch (2014) (en línea). *Sufrimiento innecesario al final de la vida*. Disponible en:

- <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BQK75f71w5AJ:https://www.hrw.org/es/news/2014/10/28/mexico-sufrimiento-innecesario-al-final-de-la-vida+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>. Página consultada el día 15 de noviembre de 2018.
- Hurtado, J. (2008). *El derecho a la vida ¿y a la muerte?* México. Editorial Porrúa.
- Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación (1979) *Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación*. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Info_rme_Belmont.pdf. Pagina consultada el 7 de mayo de 2021.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI. (2010) (en línea). *Censos y conteo de población y vivienda*. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>. Página consultada el 17 de mayo de 2019.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI. (2017) (en línea). *Estadísticas a propósito del día de muertos (2 de noviembre)*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf. Página consultada el 10 de noviembre de 2018.
- Juanquera de Estefaní, R. (2013), *Ética, bioética y derecho*. En: R. Aguilera, J. Prado y R. López (Coords), *Bioética, Bioderecho y Biopolítica: Problemas Actuales*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León pág. 21-56.
- Karen Knopp de Carvalho, V. L. (2009) (en línea). La obstinación terapéutica como una cuestión ética: enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_05.pdf Página consultada el 12 de mayo de 2020.
- Kasman D. L. (2004) (en línea). When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *Journal of general internal medicine*, 19(10), 1053–1056. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40134.x>. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492577/pdf/jgi_40134.pdf_p1053. Página consultada el 20 de Julio de 2020.
- Kraus, A. (2005) (en línea). *Eutanasia: reflexión obligada*. En: Wendy V. Rocha Cacho (ed.) *Eutanasia Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. 000-000. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/172/17.pdf>. Página consultada el 7 de mayo de 2021
- Kraus, A. (2007) (en línea). Voluntades Anticipadas. *La Jornada*. Publicado el 12 de diciembre de 2007. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2007/12/12/index.php?section=opinion&article=024a2po1>. Página consultada el 6 de mayo 2018.

- Kuře, J. (2016) (en línea). Conscientious objection in health care. *Ethics & Bioethics*, 6(3-4), 173-180. Disponible en: <https://content.sciendo.com/downloadpdf/journals/ebce/6/3-4/article-p173.xml> Página consultada el 20 de Julio 2020.
- La información (2014) (en línea). *Bélgica y los casos polémicos en los que ha aplicado la eutanasia*. La Información. Publicado el 16 de septiembre de 2014. Disponible en: https://www.lainformacion.com/mundo/belgica-y-los-casos-polemicos-en-los-que-ha-aplicado-la-eutanasia_sXaGfPximehtjYd34KWEi6/. Página consultada el 26 de febrero 2019).
- La Fuente, S. (2013) (en línea). Nathan Verhelst, el transexual con "angustia extrema" que optó por la eutanasia. *BBC*. Publicado el 3 de octubre de 2013. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/10/131003_eutanasia_belgica_transexual. Página consultada el 26 de febrero de 2019.
- Lampert, M. (2018) (en línea). *La Eutanasia en la legislación nacional extranjera*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN. Disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=70184>. Página consultada el 26 de febrero de 2019.
- Latife K. y Kraus A. (2019) (en línea). *Laicidad y eutanasia*. México: Colección de cuadernos "Jorge Carpizo". Para entender y pensar la laicidad, núm. 38. Disponible en: <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/55770/Laicidad%20y%20eutanasia.pdf?sequence=-1&isAllowed=y> Página consultada el 11 de mayo de 2020.
- Lee, M., G. Sotelo y O. Monroy (S/F) (en línea). Casa Madrid. «La objeción de conciencia en la práctica del médico». Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-3/RFM49310.pdf>. Página consultada el 30 de abril de 2018.
- Levia, R., Cottle, M., y Ferrier, C (28 de octubre de 2018). La eutanasia en Canadá: una historia de advertencia. De Fundación Bioética. Disponible en: https://www.bioeticaes.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/ES_WMA_Article%20FINAL.pdf. Página consultada el 7 de noviembre de 2020.
- Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008) (en línea). *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. Ciudad de México, 07 de enero de 2008. Disponible en: <http://aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>. Página consultada el 19 de mayo de 2020.
- Ley General de Salud. (1984) (en línea). *Última Reforma DOF 11-05.2018*. México. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf Página consultada el 18 de mayo de 2020.
- Ley General de Salud (1984) (en línea). *Última Reforma DOF 20-08-2009*. México. Disponible en: https://docs.mexico.justia.com/federales/ley_general_de_salud.pdf. Página consultada el 18 de mayo de 2020.

- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Jefatura de Estado BOE. Núm. 72. Disponible en página consultada el 1 de julio de 2023.
- Lisker, R, Álvarez del Río, A., Villa, A. y Carnevale, A. (2008) (en línea). Physician-assisted Death. Opinions of a Sample of Mexican Physicians. Archives of Medical Research 39 pp. 452-458. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18375258/> Página consultada el 18 de mayo de 2020.
- Lisker, R. (2009) (en línea). Objeción de conciencia en medicina. En P. R. Asunción Álvarez del Río, *El desafío de la bioética* (págs. 107-119). México, Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica. Disponible en: <http://doctrina.vlex.com.mx/vid/objecion-conciencia-medicina-587369150>. Página consultada el 12 de mayo de 2020.
- Lorda, P. S. y I.M. Barrio (2012) (en línea). *La eutanasia en Bélgica*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17023088002> . Página consultada el 8 de febrero de 2019.
- Loria, A., Villarreal-Garza, C., Sifuentes, E y Lisker, R. (2013) (en línea). Physician-assisted Death. Opinions of Mexican Medical Students and Residents. Archives of Medical Research 44. pp 475-478. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23973196/> Página consultada el 8 de febrero de 2019.
- Loria, A., Villarreal-Garza, C., Sifuentes, E y Lisker, R. (2014) (en línea). Legality and age influence en of life decisions in Mexican physicians. Revista de Investigación clínica. Vol. 66, Núm. 1. pp 59-64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24762727/> Página consultada el 8 de febrero de 2019.
- Malespina, ML. (2017) (en línea). *Cuestiones Jurídicas al final de la vida*. Disponible en: http://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_5542cbc153f6faa245a576458ea07093 . Página consultada el 2 de febrero de 2020.
- Mañón, G.J. (2016) (en línea). La eutanasia: derecho a la muerte digna. *Hechos y Derechos* (36). Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/10702/12860> Página consultada el 2 de febrero de 2020.
- Márquez. H. (2010) (en línea). *La gran crisis del capitalismo neoliberal*. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632010000200004&lng=es&tlng=es. Página consultada el 25 de febrero de 2020.
- Martínez, E. (2009) (en línea). La mejor calidad de vida posible: cuidados paliativos y derecho humano a la salud. *Separata del periódico oficial del estado de Nuevo León*. Edición trimestral. Año 2, N° 3, junio de 2009. 6-13 Disponible en: https://www.nl.gob.mx/sites/default/files/separata_poe_nl_a01_n03.pdf. Página consultada el 7 de mayo 2021
- Medina, M. J. H. (2016) (en línea). La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética. Rev. Méd. Risaralda, 22(1), 49-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5379842>. Página consultada el 5 de noviembre de 2020.

- Mendoza, E. (2019). Bioética de la vulnerabilidad. Miradas antropológicas, sociológicas, biopolíticas. Enfermedad y eutanasia. En A. Herrera (Coord.), *Eutanasia: Cuidados Paliativos y Atención al Final de la Vida*. México: Editores de Textos Mexicanos, SA de CV, 113-154.
- Mendoza, H y Ramírez, E. (2021). Bioética y Trabajo Social. En Otero L. (Coord.) *Trabajo Social y Salud en Contexto Mexicano*. México: Tirant Lo Blanch.
- Mendoza, H. (2017) (en línea). La penalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en la legislación mexicana. En A. Álvarez del Río (Coord.), *La Muerte Asistida en México, Una Opción más para morir con dignidad*. México: Por el derecho a Morir con Dignidad, A.C, 75-89. Disponible en: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/libro-muerte-asistida.pdf>. Página consultada el 2 de noviembre de 2020.
- Mendoza, H. (s/f), Presentación Unidad de Aprendizaje Bioética y Trabajo Social.
- Mendoza, N. V., Santillán, E. O., Chirino, C. E., Soto, J. E. y González, J. A. (2011) (en línea). Marco histórico de la ética y la bioética. En J. A. González, G. N. Chapa, J. E. Soto, y L. E. Pérez, *Principios de ética, bioética, y conocimiento del hombre* (págs. 21-34). Hidalgo: Ciencia al Día. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf. Página consultada el 7 de marzo de 2020.
- Ministerio de Justicia (2002) (en línea). *Ley de Eutanasia. Bélgica*. Disponible en: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/oi20020528mb_fnl.pdf. Página consultada el 29 de noviembre de 2019.
- Misseroni, A. (2000) (en línea). Consideraciones Jurídicas en torno al concepto de Eutanasia. *Acta bioethica*, 6(2), 247-263. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200005>. Página consultada el 6 de julio de 2020.
- Montes, L., Marín, F., y Pedrós, F. (2012) (en línea). *Qué hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya exigencia de una muerte digna*. Disponible en: https://issuu.com/edicionesakal/docs/que_hacemos_por_una_muerte_digna. Página consultada el 29 de noviembre de 2019.
- National Institute of Nursing Research. (2018) (en línea). *Cuidados paliativos. El alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave*. Maryland: NIH #18-NR-6415S. Disponible en: <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>. Página consultada el 06 de junio de 2020.
- Navarro, B. (2013) (en línea). *Unos gemelos sordos ejercen su derecho a la eutanasia al saber que se iban a quedar ciegos*. La vanguardia. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/sucesos/20130115/54360871152/gemelos-eutanasia.html>. Página consultada el 26 de febrero de 2019.
- OACNUDH. (2011) (en línea). *20 claves para conocer y comprender los derechos humanos*. México: Autor. Disponible en:

- http://www.hehr.org.mx/images/doc_pub/20claves_2016_WEB.pdf. Página consultada el 2 de noviembre de 2020.
- Ochoa, C. (2015) (en línea). Muestreo no probabilístico por bola de nieve, recuperado el 1 de noviembre de 2020. Disponible en <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-bola-nieve> Página consultada el 2 de noviembre de 2020.
- OMS (2018) (en línea). *Cuidados Paliativos*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Página consultada el 18 de noviembre de 2018.
- ONU (2000) (en línea). *Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. Página consultada el 13 de noviembre de 2018.
- Oregón Health Authority (2018) (en línea). *Ley de Muerte con Dignidad de Oregón*. Oregon Health Authority. Disponible en: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com&sl=en&sp=nmt4&u=https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/index.aspx&xid=17259,15700021,15700186,15700191,15700248,15700253&usg=ALkJrhgT9uMw1H_RspFuli_zozq2JHruNA. Página consultada el 18 de noviembre de 2019.
- Organización de los Estados Americanos. (1948). *Carta de la Organización de los Estados Americanos*. Colombia. Autor.
- Organización de los Estados Americanos. (1948). *Declaración de los Derechos y Deberes del Hombre*. Colombia. Autor.
- Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre derechos humanos, Pacto de San José*. Costa Rica: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1990) (en línea). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de expertos*. Ginebra: Serie de Informes Técnicos 804. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41759/WHO_TRS_804_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Página consultada el 06 de junio de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.) (en línea). *Introducción a los cuidados paliativos*. Disponible en: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/es/>. Página consultada el 28 de mayo de 2020.
- Ortega, I. (2003) (en línea). La "Pendiente resbalizada" en la eutanasia: ¿Ilusión o realidad? Roma. Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Annales_Theologici.pdf. Página consultada el 12 de marzo de 2021.

- Pacto de Derechos Civiles y Políticos (1966) (en línea). Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr_SP.pdf Página consultada el 12 de marzo de 2021.
- Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966) (en línea). Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> Página consultada el 12 de marzo de 2021.
- Pardo, A. (2001) (en línea). Obstinación terapéutica. *Bioética y ciencias de la salud*. 4(4), 30-38 Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/obstinacionTerapeutica/obstinacionTerapeutica.pdf. Página consultada el 13 de mayo de 2020.
- Parejo, MJ. (2005). *La Eutanasia ¿un Derecho?* España. Ed: Thomson Aranzadi.
- Parreiras, M., Cafure, G., Pacelli, L., Silva, L., Rückl, S., y Ângelo, V. (2016) (en línea). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Bioética*, 24, 355-367. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf. Página consultada el 6 de noviembre de 2020.
- Pastor, L. M. (2006) (en línea). Qué significado hay que dar al término «calidad de vida» en bioética? *Cuadernos de Bioética*, 17(3) ,401-409. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87506108.pdf>. Página consultada el 06 de junio de 2020.
- Pérez, R. (2008) (en línea). *Eutanasia Hacia una muerte digna: El médico y la muerte*. Disponible en: http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf Página consultada el 27 de noviembre de 2019.
- Raga Vives, A. V. (2021) (en línea). Sobre la constitucionalidad de la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. Disponible en: https://eprints.ucm.es/id/eprint/64083/1/TFM_Raga_Vives.pdf. Página consultada el 31 de marzo de 2021.
- Ramírez, E. (2014). *Gestión Municipal con Enfoque de Derechos Humanos: Análisis de una Política Pública de Seguridad Ciudadana* [Tesis de maestría]. México: Flacso.
- Real Academia Española (2001) (en línea). Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/> Página consultada el 31 de marzo de 2021
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (1984) (en línea). Diario oficial de la Federación. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Página consultada el 30 de diciembre de 2020.
- Reyes, L. E. (2017) (en línea). Voluntad anticipada. Derecho a cuidados paliativos. En X. P. Luis Alberto Gonsen Gálvez, *Praxis de los derechos de la personalidad* (págs. 37-43).

- México. Disponible en: <http://doctrina.vlex.com.mx/vid/voluntad-anticipada-derecho-cuidados-672278261>. Página consultada el 11 de mayo de 2020.
- Rivera, E. (s/f), *Eutanasia y Autonomía*. Universidad Torcuato Dí Tella. Escuela de Derecho. Miñones 2177.1428 Buenos Aires Argentina. Disponible en <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/eutansiayautonomia.pdf>. Página consultada el 29 de enero de 2024.
- Rivero, P. (2018) (en línea). *¿Somos dueños de nuestras vidas?* Revista Nexos. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=35948>. Página consultada el 15 de marzo de 2018.
- Rivero, P. y Pérez-Tamayo, R. (2014), *Ética y Bioética*. En Pérez-Tamayo, R., R. Lisker, y R. Tapia (Coords.), *La construcción de la bioética, textos de bioética Vol. I*. México: Fondo de Cultura Económica. Pág. 10-23.
- Rodríguez, R. (2011). *Apoyo social y ajuste psicosocial post divorcio en adultos de Monterrey, México: explorando el papel del tiempo, fuentes y tipos de apoyo*. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rodríguez, R. (2015) (en línea). *Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia*. Rev Cienc Salud. 13(3):465-479. Doi. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56242524012>. Página consultada el 12 de septiembre de 2019.
- Román, E., Morales, A. Carlos R. y C. Martínez (2017). *Manual docente para el curso de Derechos Humanos*. Monterrey, Nuevo León Centro de Estudios sobre la Enseñanza y el Aprendizaje del Derecho, A.C.
- RTVE. (2021) (en línea). RTVE Radiotelevision Española., de El mapa de la eutanasia en el mundo: legal en siete países Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210318/espana-podria-convertirse-cuarto-pais-europeo-legalizar-eutanasia/2000490.shtml>. Página consultada el 30 de marzo de 2021
- Ruiz-Calderón, J. M. (2007). *La Eutanasia*. Madrid: S.A. EIUNSA. Ediciones Internacionales Universitarias.
- Salles, M. (2015), *Apuntes de Bioética*. México: Centro de formación para la tercera edad Teresa de Calcuta.
- Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, L. (2014). *Selección de la muestra*. (6ma edición) pp. 170 a 191. México: McGraw-Hill.
- Sánchez-Salvatierra, J.M., y Taype-Rondan, Á. (2018) (en línea). *Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué?* *Revista médica de Chile*, 146(12), 1498-1500. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498> Página consultada el 5 de mayo de 2018.

- Santillán, P. (2017) (en línea). La medicina en la era de la objeción de conciencia. *Revista Nexos*. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=35945>. Página consultada el 5 de mayo de 2018.
- Secretaría de Salud. (s.f.) (en línea). *Voluntad Anticipada*. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada>. Página consultada el 28 de mayo de 2020.
- Selltiz, C., M. Jahoda, M. Deutsch y S. Cook (1965). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Sen, M. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Argentina. Ed: Planeta Argentina, S. A. I. C.
- Senado. (2000-2001) (en línea). Bioeticaweb, 2014. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/holanda-ley-de-la-terminacion-de-la-vida-a-peticion-propia-y-del-auxilio-al/>. Página consultada el 08 de febrero 2019.
- Serrano, S. y Vázquez D. (2012). *Guía de la Materia Enfoque de Derecho Humanos*. México: Flacso.
- Service Public Federal (2016) (en línea). *Eutanasia*. Disponible en: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie>. Página consultada el 26 de febrero de 2019.
- Simón-Lorda, P., y Barrio-Cantalejo, I. M. (2012) (en línea). End-of-life healthcare decisions, ethics and law: the debate in Spain. *European journal of health law*, 19(4), 355-365. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22908526/> Página consultada el 26 de febrero de 2019.
- Siurana, J. (2010). (en línea). *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. Veritas No. 22. España: Universidad de Valencia. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006. Página consultada el 19 de agosto de 2019.
- Solís, B. (2012) (en línea). Evolución de los Derechos Humanos, En: M. Moreno-Bonett y R.M. Álvarez (Coords.), *El Estado laico y los derechos humanos en México 1810-2010, Tomo I*, México: UNAM. pp. 77-99. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un063j.pdf>. Página consultada el 19 de agosto de 2019.
- Taboada, P. (2000) (en línea). El Derecho a Morir con Dignidad. *Acta Bioethica*. V.6 N.1 Chile. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>. Página consultada el 15 febrero de 2018.
- Tesis Aislada P. LXV/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p.7.
- Tesis Aislada: III.2o.C.25 C (10a.) *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, libro 19, junio de 2015, Tomo III Registro IUS. 2009512

- Tesis de Jurisprudencia 1a./J. 37/2016 (10a.) Primera Sala, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro 33, agosto 2016, t. 2, p. 633.
- Tesis de jurisprudencia 28/2015 (10a.). Primera Sala, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 15 de abril de 2015.
- Tesis de Jurisprudencia I.5o.C.J/30 (9a.) Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro I, octubre de 2011, t.3, p. 1528.
- Tesis de Jurisprudencia I.5o.C.J/31 (9a.), Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro 1, octubre 2011, t. 3, p. 152.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Caso contra (Sección 4a) Caso Manuela Sanlés Sanlés contra España. Decisión de 26 octubre 2000.
- UNESCO. (2005). (en línea). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. Página consultada el 18 de agosto de 2019.
- Uriarte, M. E. (2012) (en línea). La invalidez de la objeción de conciencia en materia de salud pública. *IURIS TANTUM* No. 23, 3-22. Disponible en: <http://doctrina.vlex.com.mx/vid/invalidez-conciencia-materia-salud-447644046>. Página consultada el 12 de mayo de 2020.
- Urquijo, M. J. (2014) (en línea). *La teoría de las capacidades en Amartya Sen*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5010857>. Página consultada el 25 de octubre de 2019.
- Vanda, B. (2017) (en línea). Conceptos básicos sobre la atención médica al final de la vida. En A. Álvarez del Río (coord.), *La Muerte Asistida en México, Una Opción más para morir con dignidad*. México: Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. 119-125. Disponible en: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/libro-muerte-asistida.pdf>. Página consultada el 2 de noviembre de 2020.
- Vethencourt, F. (2011). *El desarrollo como un proceso de ampliación de libertades*_Repensar en el desarrollo. Enfoques humanistas, coords. Alejandro Sahui y Antonio de la Peña, UNAM-Plaza y Valdés.

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de variables

Constructo teórico	Dimensión	VARIABLES	Escala	Definición operacional	Ítem
Perfil socio demográfico	Social	Género	Nominal	Femenino Masculino Otro	¿Cuál es su género?
	Demográfica	Edad	Nominal	Dato directo	¿Qué edad tiene?
	Social	Profesión	Nominal	Personal médico general Personal médico especialista Personal de Enfermería Personal de Trabajo Social	¿Cuál es su profesión?
	Social	Estudios	Nominal	Medicina general titulado Medicina general titulado actualmente residente Medicina general con especialidad Medicina general con maestría o doctorado Enfermería nivel técnico Enfermería nivel licenciatura Enfermería con especialidad o maestría Enfermería con doctorado Licenciado en Trabajo social Licenciado en trabajo social con especialidad o maestría. Licenciado en trabajo social con doctorado	¿Cuál es su grado máximo de estudios?
	Social	Institución educativa	Nominal	UANL ITESM UDEM U-ERRE UVM UMM Otras. (especificar)	¿De qué institución educativa concluyó su último grado de estudios?

	Social	Tiempo laboral	Nominal	Contestar ____	¿Cuánto tiempo tiene trabajando en ámbito de la salud?
Perfil socio culturales	Cultural	Creencias	Nominal	Sí No	¿Cree usted que existe un Dios?
	Cultural	Religión	Nominal	Sí No	¿Practica alguna religión?
	Cultural	Orientación religiosa	Nominal	Católico Cristiano Protestante /evangelista Testigo de Jehová No aplica Otro	¿Cuál es su religión?
		Apego a la religión	Nominal	1) Nada 2) Poco 3) Algo 4) Suficiente 5) Mucho	En una escala del 1 al 5, siendo uno nada y diez mucho. ¿Qué tan apegado te consideras a tu religión?
		Practicante	Nominal	1) Al menos una vez a la semana 2) Al menos una vez al mes 3) En pocas ocasiones/casi nunca 4) Únicamente a bodas o celebraciones 5) No aplica	¿Con qué frecuencia asiste a misa o eventos religiosos?
Perfil institucional	Institucional	Tipo de institución	Nominal	Unidad médica clínica pública Unidad médica clínica privada Institución hospitalaria pública Institución hospitalaria privada En más de una	¿En qué tipo de institución de salud trabaja?
	Institucional	Nivel de atención	Nominal	Primer nivel de atención Segundo nivel de atención Tercer nivel de atención Más de un nivel de atención En todos	¿En qué nivel de atención presta sus servicios?

Conocimiento respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida	Conocimiento	Conocimiento o sobre eutanasia	Nominal	Sí está permitido No está permitido	¿Sabe si en México está permitido realizar la eutanasia?
	Conocimiento	Conocimiento o sobre suicidio médicamente asistido	Nominal	Sí está permitido No está permitido	¿Sabe si en México está permitido el suicidio médicamente asistido?
<p>Lea por favor el siguiente texto y responda las alternativas que mejor representen su experiencia o perspectiva:</p> <p>El suicidio médicamente asistido y la eutanasia son procedimientos médicos en el que voluntariamente y a solicitud de un paciente, se pone fin a su vida, con la intención de procurar una buena muerte al terminar con un sufrimiento físico o psíquico intolerable para el cual no hay cura ni tratamiento. En suicidio médicamente asistido el paciente, de forma intencional, con ayuda de terceros, pone fin a la propia vida, ingiriendo o autoadministrándose medicamentos letales suministrados por un médico. En la eutanasia activa, un médico, a pedido del paciente, le administra un agente letal, con la intención de abreviar la vida para acabar con su sufrimiento. Hay países como Holanda, Bélgica, Canadá, Colombia y EEUU que autorizan y regulan las prácticas de suicidio médicamente asistido y/o eutanasia para casos específicos. En el caso de México ambas prácticas son prohibidas.</p>					
Conocimiento respecto a los procedimientos de muerte médicamente asistida	Conocimiento	Conocimiento o sobre eutanasia	Nominal	Sí era un concepto similar No era un concepto similar	Antes de leer el texto anterior, ¿lo que usted sabía de la eutanasia era un concepto similar?
	Conocimiento	Conocimiento o sobre suicidio médicamente asistido	Nominal	Sí era un concepto similar No era un concepto similar	Antes de leer el texto anterior, ¿lo que usted sabía sobre el Suicidio Médicamente Asistido era un concepto similar?
<p>A continuación, se presentan una serie de enunciados. Por favor indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de ellos. Esto es una perspectiva personal ninguna pregunta tiene respuesta correcta o incorrecta.</p>					
Actitud hacia los procedimientos de muerte médicamente asistida	Actitud	Deber del personal de salud	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Mantener, a toda costa, la vida de un paciente es el deber principal del personal de salud.
	Actitud	Actitud sobre el principio de autonomía	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	La autonomía de un paciente respecto al tratamiento que desea o no recibir debe respetarse en todo momento, aunque el médico no esté de acuerdo.
	Actitud	Reconocimiento de únicos	Nominal	5) Totalmente De acuerdo	Los cuidados paliativos, incluyendo

		medios para una muerte digna		4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	la sedación profunda, deben ser la única práctica que debe utilizarse para pacientes con enfermedad terminal que presentan sufrimiento o dolor intolerable (excluyendo cualquier manera adicional de ayudar a la muerte del paciente).
Actitud		Percepción sobre la interrupción de la propia vida	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Ninguna persona es dueña de su vida, por lo que bajo ninguna circunstancia debe buscar interrumpirla.
Actitud		Actitud ante las prácticas de interrupción de la vida	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	El personal de salud no debe practicar ningún procedimiento que interrumpa la vida de un paciente, bajo ninguna circunstancia.
Actitud		Actitud sobre el derecho a la vida	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Un paciente en etapa terminal y mentalmente competente tiene derecho a decidir cuándo terminar su vida, si padece un sufrimiento o dolor intolerable.
Actitud		Percepción del derecho a morir con dignidad	Nominal) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Aplicar la eutanasia o auxiliar con el suicidio médicamente asistido a un paciente terminal que así lo ha solicitado es un medio para que tenga una muerte digna.
		Percepción sobre el derecho al libre desarrollo de	Nominal) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Cuando alguien solicita y/o recibe la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, está ejerciendo su

	la personalidad		2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	derecho al libre desarrollo de la personalidad.
	Percepción sobre el principio de autonomía	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Cuando alguien solicita la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, está ejerciendo el principio de autonomía.
Actitud	Percepción sobre el derecho de un paciente terminal a procedimientos de muerte médicamente asistida	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Un paciente terminal y mentalmente competente, que padece sufrimiento o dolor intolerable, si así lo quiere, debería recibir ayuda para morir por parte de su médico.
	Percepción sobre principio de beneficencia	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Un médico que está dispuesto a aplicar un procedimiento de muerte médicamente asistida a petición de un paciente en etapa terminal y con sufrimientos psíquico o físico intolerable, está ejerciendo el principio de beneficencia, el cual consiste en prevenir o eliminar el daño, así como hacer el bien a otros.
Actitud	Percepción sobre el derecho de un paciente con discapacidad a procedimientos de muerte médicamente asistida	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Los procedimientos de muerte médicamente asistida (eutanasia y suicidio médicamente asistido) deben aplicarse a personas que consideran su vida indigna debido a sus discapacidades y dependencia, si ellos así lo quieren y solicitan.
Actitud	Legalización de eutanasia en	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo	Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las

	enfermedades terminales		3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	personas con enfermedad terminal, que así lo desean, reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.
Actitud	Legalización del suicidio médicamente asistido en enfermedades terminales	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con enfermedad terminal que así lo desean reciban ayuda para morir, a través del suicidio médicamente asistido.
Actitud	Legalización de eutanasia degenerativas progresivas	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que, a través de documentos como las voluntades anticipadas, las personas que se encuentran con enfermedades degenerativas progresivas (por ejemplo, Alzheimer o esclerosis múltiple) reciban ayuda para morir, a través de procedimientos como la eutanasia.
Actitud	Legalización de eutanasia en condición de tetraplejia	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	Se debería cambiar la legislación mexicana para permitir que las personas que se encuentran con alguna condición como tetraplejia reciban ayuda para morir, a través de la eutanasia.
Actitud	Reconocimiento del derecho de justicia	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	La eutanasia y el suicidio médicamente asistido son procedimientos que cumplen un principio de justicia hacia aquellos que tienen

					sufrimiento intolerable al final de su vida.
	Actitud	Reconocimiento del derecho a la vida	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	En países donde es permitido el suicidio médicamente asistido, el personal de salud que legalmente aplica un procedimiento de muerte médicamente asistida estaría violentando el derecho a la vida
	Actitud	Reconocimiento del derecho a la vida	Nominal	5) Totalmente De acuerdo 4) Algo de acuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2) Algo en desacuerdo 1) En desacuerdo	En caso de que la eutanasia o el suicidio médicamente asistido fuera legal en México, el personal de salud debería poder apelar a la objeción de conciencia, a fin de no participar en este tipo de procedimientos.
Percepción sobre la aplicación de procedimientos en la propia persona	Percepción	Solicitud de eutanasia en la propia persona	Nominal	1) Sí lo solicitaría 2) No sé 3) No lo solicitaría	En caso de que la eutanasia fuera permitida en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?
	Percepción	Solicitud del suicidio médicamente asistido en la propia persona	Nominal	1) Sí lo solicitaría 2) No sé 3) No lo solicitaría	En caso de que el suicidio médicamente asistido fuera permitido en México y usted fuera diagnosticado con una enfermedad terminal que le produjera sufrimiento físico o psíquico intolerable, ¿solicitaría que le ayudaran a morir?

Percepción sobre la participación en procedimientos de muerte médicamente asistida	Percepción	Participación en un procedimiento de eutanasia	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí lo aceptaría 2) No sé 3) No lo aceptaría 	En caso de que la eutanasia fuera legal en México y se le pidiera participar en un procedimiento de este tipo, ¿usted aceptaría participar?
	Percepción	Motivo para no participar	Nominal	<p>Mi religión no me lo permite</p> <p>Por principios éticos de mi profesión</p> <p>Por principios morales (la sociedad no acepta estos procedimientos)</p> <p>Por posibles complicaciones legales</p> <p>Por aspectos personales</p> <p>Otro</p>	Si en la anterior pregunta señaló no saber o no estar de acuerdo en participar en un procedimiento de eutanasia ¿cuál sería el principal motivo?
	Motivos	Motivo para participar	Nominal	<p>Por ayudar al paciente a tener una muerte digna</p> <p>Por mi deber como personal de salud de ver por el paciente.</p> <p>Por respetar los derechos de los pacientes.</p> <p>Todos los anteriores</p> <p>Otro</p>	Si en la anterior pregunta señaló sí estar de acuerdo en participar en un procedimiento de eutanasia ¿cuál sería el principal motivo?
	Motivos	Participación en un procedimiento de eutanasia	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí lo aceptaría 2) No sé 3) No lo aceptaría 	En caso de que el SMA fuera legal en México y se le pidiera participar en un procedimiento de este tipo, ¿usted aceptaría participar?
	Percepción	Motivo para no participar	Nominal	<p>Mi religión no me lo permite</p> <p>Por principios éticos de mi profesión</p> <p>Por principios morales (la sociedad no acepta estos procedimientos)</p> <p>Por posibles complicaciones legales</p>	Si en la anterior pregunta señaló no saber o no estar de acuerdo en participar en un procedimiento de SMA ¿cuál sería el principal motivo?

				Por aspectos personales Otro	
	Motivos	Motivo para participar	Nominal	Por ayudar al paciente a tener una muerte digna Por mi deber como personal de salud de ver por el paciente. Por respetar los derechos de los pacientes. Todos los anteriores Otro _____	Si en la anterior pregunta señaló sí estar de acuerdo en participar en un procedimiento de SMA ¿cuál sería el principal motivo?
Definición de tener una muerte digna	Percepción	Muerte digna	Nominal	A morir en mi casa, aunque mi condición me impidiera levantarme por mí mismo(a) de la cama y dependiera de otros para asearme, vestirme, comer, tomar mis medicamentos, etc., hasta que llegue el momento de mi muerte natural A morir en un hospital con todos los cuidados y procedimientos médicos posibles (aunque esté en la Unidad de Cuidados intensivos), aunque me encuentre inconsciente, incomunicado y no tenga posibilidad de recuperación. A que los médicos suspendieran los tratamientos invasivos y las medidas terapéuticas que no contribuirán a mi recuperación, y me brindaran cuidados paliativos	Si padeciera una o varias enfermedades incurables, progresivas, que le limitaran severamente (por dolor o por pérdida de movilidad) o amenazaran su vida a corto plazo y/o tuviera dolor intenso y constante, ¿a cuál de las siguientes aseveraciones se parece más el concepto de “muerte digna” para usted?

				(y si fuera necesario, sedación profunda). A que, si lo deseo y lo solicito, un profesional de la salud puede administrarme fármacos que me ayuden a acelerar el momento de mi muerte.	
	Percepción	Opinión personal	Nominal	Pregunta abierta	Alguna reflexión final que quiera agregar.