

# EL DERECHO HUMANO A MORIR CON DIGNIDAD

## *THE HUMAN RIGHT TO DIE WITH DIGNITY*

Aida del Carmen San Vicente Parada\*

**RESUMEN:** Morir con dignidad es un derecho humano que se traduce en la consideración de la persona como centro de decisión, el respeto de su autonomía y de su voluntad hasta el final de su vida. Existen diversas formas para proteger la dignidad de una persona en sus últimos momentos, por ejemplo: la eutanasia, el suicidio asistido, la voluntad anticipada, el representante sanitario, entre otras figuras. El derecho a morir con dignidad no es un sinónimo de eutanasia, sino una forma de garantizar el trato decoroso que merece un enfermo terminal.

**PALABRAS CLAVE:** Dignidad; derechos humanos; autonomía; muerte digna; eutanasia.

**ABSTRACT:** Dying with dignity is a human right that translates into considering the person as the center of decision, respecting their autonomy, and complying with their wishes until the end of their lives. There are various ways to protect the dignity of a person in his last moments, for example: euthanasia, assisted suicide, advanced will, the health representative, among other figures. The right to die with dignity is not a synonym of euthanasia, but a way of guaranteeing the decent treatment that a terminally ill person deserves

**KEYWORDS:** Dignity; human rights; autonomy; dignified death; euthanasia.

---

\* Maestra en Derecho por la Facultad de Derecho de la UNAM. Catedrática de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM y en la Universidad Westhill.

**Fecha de recepción:** 28 de mayo de 2022.

**Fecha de aceptación:** 15 de septiembre de 2022.

**SUMARIO:** I. INTRODUCCIÓN. II. LOS TRES SENTIDOS DE LA DIGNIDAD EN EL DISCURSO DE LOS DERECHOS HUMANOS. III. DIGNIDAD Y BIOÉTICA PRINCIPIALISTA. IV. AUTODETERMINACIÓN Y DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. V. ALGUNAS FIGURAS JURÍDICAS QUE REGULAN EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD. VI. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD EN MÉXICO. VII. CONCLUSIÓN. BIBLIOGRAFÍA

## I. INTRODUCCIÓN

Cada vez que se pronuncia la expresión morir con dignidad, estalla la controversia, se activan los tabúes y los fundamentalismos, pues de inmediato aquella locución se asocia o se toma como sinónimo de eutanasia, como si el derecho a morir con dignidad fuese un atentado contra el derecho a la vida que tanto se pregona. Sin embargo, pocas veces reparamos en que la misma vida envuelve a la muerte, que tenemos derecho a vivir dignamente y a morir con dignidad.

Las personas que mueren día a día por inanición, a manos de la delincuencia o en accidentes viales no fallecen de una forma decorosa u honorable. Podemos decir, acaso, que esas personas habrían elegido morir en otras condiciones y circunstancias, por ejemplo, en una edad senil, con un ciclo vital acabado —tener familia propia, obtener desarrollo profesional, personal, etcétera.— y/o rodeados de sus seres queridos y de atenciones. En este sentido, puede afirmarse que esas personas tenían el derecho a morir dignamente y que no pudieron ejercer ese derecho, dado que no estuvieron en la posición de decidir sobre sus últimos momentos. Lo mismo sucede con las personas que sufren enfermedades terminales, pues no pueden decidir en sus últimos momentos cómo morir, muchas veces son sometidas a tratamientos fútiles que no restablecen su salud y que tampoco alivian su sufrimiento.

En esa línea de pensamiento, morir dignamente encarna la idea del valor intrínseco de los seres humanos hasta en sus últimos mo-

mentos, y el trato medido y respetuoso que debe dispensarse a esas personas. En términos de Schiller, la dignidad en los últimos días de una persona se traduce en la gracia, la benevolencia y el buen trato que debe recibir todo ser viviente al final de sus días. En este trabajo deseamos hablar sobre las decisiones que se toman al final de la vida para hacer más agradable el proceso de despedida para la persona y su familia porque, en síntesis, el derecho a morir con dignidad es una manifestación del reconocimiento de la autonomía vital,<sup>1</sup> de las personas.

El presente artículo explora el concepto de dignidad al final de la vida. No se ocupa exclusivamente de la eutanasia como forma de preservar o custodiar la dignidad al final de la vida, ya que existen otras formas de garantizar el trato decoroso al final de la vida y que muchas veces son relegadas porque se repara únicamente en temas controversiales como la eutanasia y el suicidio asistido. En este espacio nos permitimos explorar el derecho humano a morir con dignidad, que puede ser ejercido a través de la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, los cuidados paliativos de hospicio, el otorgamiento de voluntades anticipadas y el constante respeto hacia la autonomía y deseos del paciente.

Para lograr tal cometido abordaremos el concepto de dignidad, en sus tres sentidos, de la mano de Fransec Torralba y su relación con los derechos humanos. Más adelante analizaremos el binomio dignidad/bioética principialista. Finalmente, reflexionaremos en el derecho a la autodeterminación y el derecho humano a morir con dignidad.

---

<sup>1</sup> La autonomía vital consiste en la libertad que tiene toda persona para conocer y decidir acerca de las implicaciones de un tratamiento médico, para determinar en qué condiciones y hasta cuando está dispuesta a soportar un padecimiento irremediable, en ocasiones con dolores extremos, y que desde su perspectiva afecte su dignidad. Es un concepto acuñado por Diego Valadés. Carpizo, Jorge y Valadés, Diego. *Derechos Humanos: Aborto y Eutanasia*. México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas. 2008, p. 83.

## II. LOS TRES SENTIDOS DE LA DIGNIDAD EN EL DISCURSO DE LOS DERECHOS HUMANOS

Si bien los valores contenidos simbólicamente en los derechos humanos constituyen o reflejan, en ciertas ocasiones, una cultura hegemónica, no debemos perder de vista que la dignidad —fundamento de los derechos humanos— dota de contenido y sentido a estas prerrogativas reconocidas a todo ser humano. En ese sentido, la dignidad como arquetipo y *topoi* es el criterio que alimenta la idea de una buena vida, idea que puede traducirse en una infinidad de valores, ya que acoge las diversas ideologías, concepciones morales, manifestaciones culturales y sentimientos individuales y colectivos, cosmogonías y cosmovisiones tendientes a consagrar la sacralidad de los seres humanos.

El discurso político oficial tiende a privilegiar ciertos valores en detrimento de la riqueza cultural y la idiosincrasia de otros pueblos y naciones, lo que incide en el desconocimiento de la vulnerabilidad y riqueza de la condición humana. La diversidad es sometida por la retórica de Occidente, que solo reconoce ciertos valores y ciertas formas de vivirlos, actitud que violenta la diversidad cultural, la cosmovisión y la cosmogonía de pueblos milenarios.

Con el fin de desacreditar este discurso hegemónico que destruye aquello que es diferente, es necesario recurrir a los tres sentidos de la dignidad y el principio de universalidad que los rige en el momento de aplicar los derechos humanos para incentivar un discurso incluyente y receptivo a formas de pensar diferentes a la cosmovisión occidental.

De lo contrario, la universalidad constituiría un resabio del pensamiento colonial de Occidente, que pretendió unificar los valores y tradiciones mediante la eliminación de las diferencias, el sometimiento, la sustracción de la libertad y la esclavitud. Sería, entonces, perpetuar el discurso de superioridad y discriminación. Lo que no debemos olvidar es que los derechos humanos —la dignidad— desempeñan un papel crucial en Oriente y en Occidente, dado que la dignidad como lugar común, como esencia del ser, anula la dualidad

de pensamiento y da pie a un derecho a la humanidad, ya que toda persona es miembro de una comunidad determinada que desde el interior reglamenta la manera pertenecer a ella, pues, a su vez, cada comunidad dialoga con la interpretación que cada ser humano hace de sí mismo. La función del principio de universalidad es, entonces la comprensión hermenéutica<sup>2</sup> de cada individuo como ciudadano de la humanidad.

En esa línea de pensamiento subrayamos que la dignidad como genealogía de los derechos humanos constituye el eslabón que permite establecer la filiación de la ética con el orden jurídico. En virtud de este criterio, la dignidad es la mediadora entre las concepciones

---

<sup>2</sup> Según Nussbaum, la determinación de la condición humana solo puede ser el resultado de una actividad hermenéutica que trate de entender cómo los hombres se interpretan a sí mismos narrativamente desde una perspectiva ética. Al igual que toda comprensión hermenéutica, también es válido para esto último el hecho de que, en última instancia, contiene en sí misma su criterio de verdad, y este tiene que poder ser aceptado por parte de los que aquí son interpretados: por eso, entender es, para Nussbaum, un proceso «cooperativo» o dialógico.

Con esta concepción hermenéutica de la determinación del hombre, Nussbaum mantiene la exigencia universalista de los derechos humanos, pero sin entenderlos en el sentido de una «ley global». Solamente existe un *proceso* de universalización (en el diálogo) y este proceso es interminable por definición Menke, Christoph y Pollmann, Arnd, *Filosofía de los Derechos Humanos*, Barcelona: Herder, 2010, p. 96.

En esa misma línea de pensamiento, la interpretación de los derechos humanos contenidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y otros instrumentos interamericanos no se realiza en el vacío, sino que es un producto dialógico que resulta de *dimensionar* los derechos y las obligaciones a la luz de las condiciones y contexto de las víctimas. Los derechos humanos responden y se adecúan a las demandas, y no al contrario.

[...] El derecho puede existir, pero ser ineficaz. Ni la existencia ni la universalidad de los derechos humanos depende de su efectividad, sino que proviene del reconocimiento del sujeto de derechos como persona que debe ser valorada como un fin en sí mismo, como ente capaz de autodeterminarse, como identidad con dignidad. Vázquez, Luís Daniel, y Serrano, Sandra, «Los Principios de Universalidad, Interdependencia, Indivisibilidad y Progresividad. Apuntes para su Aplicación Práctica», en M. Carbonell y P. Salazar (coords.), *La Reforma Constitucional en Derechos Humanos: un nuevo paradigma*, México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas 2012, pp. 145 y 147.

filosófica y jurídica de la persona para dotar de sentido este encadenamiento ético-jurídico. La dignidad dota de contenido y significado a los derechos humanos.

El concepto de dignidad no fue acuñado por el Derecho, sino por la filosofía; el mundo jurídico se apropió de la idea y del contenido de la dignidad porque de esa manera el Derecho se recrea como canal axiológico para ayudar a la colectividad a preservar los más altos valores a los que aspira. Así, la dignidad se erige en un dique normativo que prohíbe la instrumentalización de las personas.

De acuerdo con Torralba, la dignidad tiene tres dimensiones o sentidos: ontológico, teológico y ético. El sentido ontológico hace referencia al valor intrínseco que toda persona posee. El sentido ético se traduce en el obrar virtuoso, en la realización de acciones que construyen el mérito o la magnificencia del individuo: es un actuar decoroso que fluctúa, cambia o se transforma constantemente y se fundamenta en la antropología de la libertad creadora, que deriva, a su vez, de la esencia del ser humano. Por su parte, el sentido teológico (el más antiguo) denota la dignidad que posee *per se* el ser humano debido a que esta hecho a imagen y semejanza del Absoluto, de tal manera que Dios es el sustento de la dignidad. La dignidad en su dimensión teológica da pie a la dignidad en sentido ontológico, si bien esta última se fundamenta en la excelencia del ser y no en el Absoluto; la dignidad en sentido teológico se refrenda constantemente a través de una conducta decorosa, recta, o sea, y se manifiesta por medio de la dignidad en sentido ético, que se construye mediante la realización de acciones virtuosas. En suma, la dignidad en sentido teológico es una herencia del pensamiento mítico-religioso presente en todas las culturas, es el arquetipo que dará lugar a diversas representaciones en el pensamiento filosófico del que se dará cuenta en las siguientes líneas.

Ahora bien, para la antropología filosófica, son tres los órdenes de la construcción de la representación del ser humano: 1) el fisiológico —que destaca la constitución del cuerpo humano como una representación del Absoluto, de ahí su valor intrínseco—; 2) el social y cultural —que se enfoca en el respeto que se debe de profesar al

ser humano—; y 3) el moral y ético —que se traduce en las conductas que llevan al ser humano a dignificar su existencia, pues la comprensión del hombre siempre se realiza en función de los valores.<sup>3</sup> El orden señalado es flexible, lo cual quiere decir que no hay prelación y que ninguno de los aspectos es más importante que otro. No hay una jerarquía: más bien deseamos remarcar que la experiencia de ser persona es compleja e implica diversas categorías.

La idea de dignidad se remonta a la *axiosis* griega, pasa por la *dignitas* en Roma y las ideas de dignidad reflejadas en las obras de Séneca y Cicerón, que arraigan en la patrística y en la escolástica hasta llegar a Kant, Schiller, Waldron y el estatus jurídico actual de la dignidad en México, donde es reconocida como una norma jurídica y como una herramienta para interpretar los derechos humanos.

Los derechos humanos surgen alrededor de la existencia del ser humano en la comunidad porque consagran la esencia humana en la ciudad o, en otros términos, en el modo en que radica la dignidad ontológica, teológica y ética<sup>4</sup> en lo colectivo y en la conformación y acción del Estado. Si no se concreta esa esencia humana —la dignidad— dentro de la comunidad o si se realiza de forma precaria, el ser humano se atrofia, se daña. Por ello, los derechos humanos son concebidos como potestades o prerrogativas cuyo último fin es la realización de las dimensiones espiritual, física, social, emotiva y económica del ser humano.

Esto quiere decir que los derechos humanos operan en función de la dignidad como estrella binaria, ya que la titularidad de estos se funda en la dignidad —en sentido ontológico— que inviste a toda persona como un valor absoluto que impone la obligación de respetarlos —dignidad en sentido ético—. La dignidad como concepto universalmente válido permite garantizar la vigencia permanente de

---

<sup>3</sup> Esta idea fue elaborada a partir de lo señalado por Jacinto Choza, se sugiere consultar sus obras: Choza, Jacinto, *Manual de antropología filosófica*, Sevilla: Thémata, 22016 e *Íd.*, *Historia Cultural del Humanismo*, Madrid: Themata-Plaza Valdés, 2009.

<sup>4</sup> Torralba Rosello, Francesc, *¿Qué es la dignidad?*, Barcelona: Herder, 2005.

los derechos humanos, estén o no expresamente reconocidos en el orden normativo, a la par de adquirir, dentro del contexto cultural, lo que define su constante evolución —la supratemporalidad—, debido a que la estimación común no tiene fecha de caducidad ni distingue cosmovisiones ni cosmogonías.

Por lo tanto, la dignidad como lugar común, como fuente de los derechos humanos materializada a través del principio de universalidad, conduce a un discurso que denota el entendimiento del otro, que no marca diferencias evidentes, sino que tiende a la empatía y la solidaridad con la que debe aprehenderse a los congéneres, como un ramillete de ideas y sentimientos —en una posición de igualdad— que aspiran a ser tratados con decoro en todo momento, dado que su naturaleza los compele a autopreservarse, encomio que lo conducirá a evitar el sufrimiento. Esto quiere decir que, a la luz de una moral general y mínima, el entendimiento del *otro* es la obligación de conocer lo que un ser humano no desea, lo que denigra y perturba su esencia, es la adquisición de la conciencia del dolor y el sufrimiento del *otro*, lo que se traduce en el pleno acogimiento del *otro* —ágape. La apertura hacia el otro solo es posible a través de un diálogo en el que prima el papel de la dignidad.

Tanto la dignidad como la universalidad apelan a una conciencia ética que perciba la fragilidad humana, que conciba la esencia de la humanidad como una hermandad, como un todo que se disloca en subjetividades en el momento de individualizar el catálogo de derechos humanos de acuerdo con las circunstancias del momento histórico, sin imponer formas de vida o ideologías que violenten al otro. Por consiguiente, la apertura hacia el otro predispone al reconocimiento de cada persona, que en el lenguaje jurídico se traduce en el reconocimiento universal de sus derechos humanos.

### III. DIGNIDAD Y BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

La bioética principialista se denomina de este modo porque se sustenta en cuatro principios: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. También es conocida como ética asistencial. La formulación

de los Principios de Ética Biomédica corrió a cargo de Beauchamp y Childress y quedaron plasmados en su libro *Principles of Biomedical Ethics*. El preludio de dicho escrito fue el Informe Belmont de 1979, cuyo objetivo fue hacer patentes los juicios éticos a seguir mediante la consagración de principios éticos básicos que deben subyacer a la conducta de los investigadores.<sup>5</sup> Como se ha señalado, los principios de la ética asistencial son los siguientes: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.<sup>6</sup> Estos principios deben guiar la actuación de los profesionales —en este caso, de la salud— a fin de que estos no instrumentalicen a las personas. Constituyen una obligación *prima facie* y no existe ninguna jerarquía entre ellos.

A continuación, definiremos cada principio:

**Autonomía.** La autonomía es el respeto y el reconocimiento de la capacidad de ejercicio que todo paciente tiene para tomar decisiones informadas. Se trata de un principio que obedece al individualismo moral, en el que la responsabilidad moral reside en el individuo y no en la comunidad.

**Beneficencia.** La beneficencia es la promoción del bienestar del paciente. Consiste en la realización de una acción buena o beneficiosa para una persona siempre y cuando esta la pida voluntariamente o la acepte. En un primer momento se busca la participación y equilibrio entre la autonomía y la beneficencia, es decir, que el bien que se quiere para una persona sea objetivamente (médicamente) posible y subjetivamente (individualmente) querido y autorizado. Es una forma de maximizar los beneficios y minimizar los daños.

**No maleficencia.** La no maleficencia es la prevención el daño en la medida de lo posible. Se concreta en la obligación de no deterio-

---

<sup>5</sup> Cfr. Garzón Valdés, Ernesto, «¿Qué puede ofrecer la Ética a la Medicina?», en R. Vázquez (coord.), *Bioética y Derecho, fundamentos y problemas actuales*, México: Fontamara, 2012, p. 56.

<sup>6</sup> Son consagrados en el libro *Principles of Biomedical Ethics*, que establecía de forma académica a los principios de la bioética, en 1979. Cfr. Cano Valle, Fernando, *Bioética, Temas Humanísticos y Jurídicos*, México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2005.

rar la salud del otro, de no causar daño a nadie. Desde este enfoque, podemos apuntar que es la modalidad negativa del principio de beneficencia —es decir un no hacer— cuya aplicación está determinada por el contexto.

Justicia. La justicia consiste en proporcionar y brindar un trato digno al paciente respetando en todo momento sus derechos, además de garantizar a todos el acceso a la salud. Se materializa en una política pública referida al acceso de los servicios sanitarios por la población, tal y como establece el artículo 4º, párrafo IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El principio de justicia lleva aparejada la no discriminación e implica que todo individuo cuente con acceso a tratamientos médicos del mejor nivel posible tomando en consideración los recursos disponibles.

En cuanto al tema que nos ocupa, cabe señalar lo siguiente: en el campo de la medicina, la autonomía toma inspiración, naturalmente, en la dignidad: reconocemos que los pacientes son seres autónomos porque son personas, son sujetos, no objetos. En este sentido, el protagonismo de la dignidad es indiscutible porque hay infinidad de decisiones autónomas que pueden lesionarla. Por ello, la dignidad es referente obligado a la hora de aplicar los principios. De igual forma, toda práctica médica o investigación científica están orientadas por el principio de no maleficencia, mismo que encuentra su arraigo en la dignidad. La búsqueda del beneficio para el paciente a través de su curación y tratamiento incluye la evaluación de los riesgos que corre, no solo su integridad física y emocional, sino también la propia dignidad de la persona, y esa evaluación será precedida por un proceso dialógico que envuelve al principio de autonomía.

De igual importancia es el principio de beneficencia, que conmina a buscar lo mejor para el paciente y lleva implícita la vocación del profesional de la salud por salvar vidas; por tal motivo, es una representación más del respeto por la dignidad de la persona.

Por último, el principio de justicia se refiere a la sabia y equitativa distribución de los bienes en materia de salud, pero también a la garantía del acceso a los servicios de salud sin discriminar a ningún ser humano por motivos de etnia, religión, condición socioeconómica

etc. la finalidad del principio de justicia es hacer partícipe a todo ser humano de los beneficios y bienes concernientes al cuidado de la salud porque, en su condición de ser humano, es digno, merece ser tratado como un fin, y por su condición económica o social no debe ser privado de los servicios de salud que le ayuden a lograr una calidad de vida que garantiza la preservación de su dignidad.

En virtud de lo expuesto, vivir dignamente el proceso de muerte no solo implica la absoluta estimación que las personas merecen, sino también el mantenimiento de esa estimación hasta el último aliento, respetando el ejercicio pleno de la libertad y de la autonomía, lo que conlleva ejecutar las decisiones e instrucciones que la persona otorgó para el fin de sus días. Es, en fin, humanizar el tratamiento de un paciente terminal o en su defecto gravemente incapacitado, para no menoscabar su integridad, evitando a toda costa que sufra dolores innecesarios que no solo lo desgastan físicamente, sino también mental, emocional y económicamente, y que generan angustias atroces en sus familiares. Cuidar la calidad de vida del paciente hasta el final es una expresión más de la estimación por ese ser humano; es, en definitiva, amor al prójimo.

#### **IV. AUTODETERMINACIÓN Y DERECHO A MORIR DIGNAMENTE**

La idea del derecho a morir con dignidad se complementa con la del derecho a la integridad corporal. El término integridad encuentra su etimología en el latín. Deriva del verbo *tangere*, que significa tocar, golpear: esta es la raíz tanto del adjetivo *integer*, que significa intocable, íntegro, y del sustantivo *integritas*, que significa integridad, totalmente.<sup>7</sup> Este marco de significación conmina a conservar intacta la dignidad,

---

<sup>7</sup> Neves, Maria Patrão, «Article 8: Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity», en A.M. Henk y M.S. Jean (eds.), *The Unesco Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, Background, principles, and applications* París: Unesco Publishing, 2009.; y Andorno, Roberto, *Bioética y Dignidad de la Persona*, Madrid: Tecnos, 1998, p. 155. Disponible en: <[http://www.academia.edu/2146899/Bioetica\\_y\\_dignidad\\_de\\_la\\_persona](http://www.academia.edu/2146899/Bioetica_y_dignidad_de_la_persona)>.

manteniendo su valor inalterable. A pesar de que en los últimos instantes de un ser humano su integridad física y emocional se encuentra lamentablemente descalabrada, ello no implica que la integridad espiritual y la dignidad de la persona sean lo mismo: al contrario, es lo único que puede y debe ser preservado en su totalidad.

Por otra parte, el derecho a la disposición del cuerpo (autodeterminación o soberanía sobre el cuerpo) aúna el derecho a la integridad física y psíquica y el derecho a la vida, ya que estos dos derechos protegen diversas esferas de la existencia humana. Por ello, brindamos un panorama general de las implicaciones del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica.

Es importante recordar que el derecho a la disposición del cuerpo remite a 4 ideas:<sup>8</sup> 1) el cuerpo como fortaleza (inviolabilidad, es decir el derecho a no sufrir lesión o menoscabo en el cuerpo ni en la psique); 2) el cuerpo como secreto (derecho a la intimidad, a la vida privada y a la propia imagen); 3) el cuerpo como libertad (autonomía y derecho a decidir sobre el cuerpo para rechazar o recibir tratamientos, terapias de rehabilitación, intervenciones quirúrgicas, participación en experimentación biomédica, donación de biomateriales y derecho a morir con dignidad, aborto, eutanasia, reproducción asistida, gestación por sustitución, experimentación en células madre o troncales, entre otros); y 4) el cuerpo como necesidad (autoconservación, derecho a la salud, derecho a la salud mental, protección de las personas con discapacidad y prohibición de penas corporales y tratos degradantes, prácticas de mutilación, etcétera).

Los puntos 3 (el cuerpo como libertad) y 4 (el cuerpo como necesidad) nos permiten afirmar que la soberanía sobre el cuerpo refrenda y robustece el derecho a morir con dignidad a través de la conservación del cuerpo, de la salud, de la calidad de vida y el derecho a elegir tratamientos o rechazarlos al final de la vida. Por tanto, el derecho a morir con dignidad comporta la consideración de la persona (hasta el último aliento) como centro de decisión, el deber

---

<sup>8</sup> Cfr. García Manrique, Ricardo (coord.), *El cuerpo diseminado (estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos)*, Madrid: Thomson Reuters, 2018.

de cuidarla y de evitar, ante todo, el menoscabo de su dignidad en una agonía larga y dolorosa que no solo desgasta a la persona, sino también a sus familiares y seres queridos.

La dignidad como potestad es la palanca de acción para instar otros derechos que protejan la estimación de la que es acreedora cada ser humano y la que genera el paradigma del proceso digno de muerte. Como potestad, sirve de fundamento máximo de la autonomía de la voluntad para determinar los tratamientos o actuaciones médicas en el momento en que una persona se ve afectada por una enfermedad incurable, trance en el que es exigible que sea máximamente respetada. La dignidad insta a la autonomía de la voluntad para que esta la defienda y evite su degradación. La autonomía es la principal detractora y limitadora del poder supremo del Estado sobre sus gobernantes y marca los límites de actuación de los particulares frente a un paciente gravemente enfermo.

En virtud de lo expuesto, vivir dignamente el proceso de muerte no solo implica la absoluta estimación del ser humano, sino también el mantenimiento de esa estimación hasta el último aliento respetando el ejercicio pleno de la libertad y de la autonomía, lo que conlleva ejecutar las decisiones e instrucciones que la persona estipuló para el fin de sus días. Se trata, en fin, de humanizar el tratamiento de un paciente terminal o gravemente incapacitado para no menoscabar su integridad, evitando a toda costa que sufra dolores innecesarios.

## **V. ALGUNAS FIGURAS JURÍDICAS QUE REGULAN EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD**

Existen diversos medios para salvaguardar la dignidad al final de la vida. A continuación, los enlistamos con el fin de diferenciarlos y de exponer y clarificar la idea de que el derecho a morir con dignidad no es un sinónimo de eutanasia.

- Eutanasia. La eutanasia es el procedimiento que lleva a cabo un médico para producir la muerte indolora de un paciente previa petición de este. La figura está regulada en los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Victoria, Australia, Es-

paña y Austria. En otros países, entre ellos Colombia, se ha ejercido vía jurisprudencial.<sup>9</sup>

El marco legal internacional que regula esta figura es el siguiente: Países Bajos: Ley de terminación de la vida a petición propia (2002); Bélgica: Ley de eutanasia (2002); Luxemburgo: Ley de cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido (2009); Canadá: Ley de ayuda médica a morir (2016); Victoria (Australia): Ley de muerte asistida voluntaria (2017); Western (Australia): Ley de Muerte Asistida Voluntaria (2019); Nueva Zelanda: Ley de Elección al Final de la Vida (2020); Austria: Ley de Final de la Vida (2021); España: Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la Eutanasia (2021).

En los Países Bajos la eutanasia procede cuando no hay esperanzas de mejora y el enfermo sufre un padecimiento insoportable. No es necesario que tenga una enfermedad terminal. Puede practicarse a partir de los 16 años, y entre los 12 y 16 años los padres o quienes ejerzan la patria potestad deben prestar su consentimiento. Las comisiones regionales deben determinar el cumplimiento de estos requisitos. Estos órganos están integrados por un jurista —que a la vez será presidente—, un médico y un experto en cuestiones éticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto. El médico solicita la práctica de la eutanasia a las comisiones y estas deben responder en 6 semanas. Finalmente, se expide acta de defunción y se informa al forense municipal.

Por su parte en Bélgica la eutanasia no se aplica solo a enfermos terminales, ya que su ley habla de «certificar el carácter permanente del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada». Con esta finalidad, se mantendrán con el paciente varias entrevistas razonablemente espaciadas

---

<sup>9</sup> Sentencia C-237 de despenalización de la muerte asistida (1997). Sentencia T-970 para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad (2014). Resolución 1216 que da cumplimiento a la Sentencia T-970 (2015). <<https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>>. [Consulta: 14/09/2022.]

en el tiempo, teniendo en cuenta la evolución de su estado de salud; se consultará con otro médico sobre el carácter grave e incurable de la enfermedad, informándole de los motivos y razones de dicha consulta.<sup>10</sup> La ley solamente estipula que, cuando no se trate de una enfermedad terminal, debe consultarse a un segundo médico, psiquiatra o especialista en la patología presentada por el paciente, indicando claramente los motivos de la consulta. El médico consultado revisará el historial médico del paciente, lo examinará, y se asegurará del carácter constante, insoportable y no susceptible de alivio del sufrimiento físico o psíquico padecido, así como del carácter voluntario, razonado y reiterado de la petición.

Cabe añadir que en Bélgica toda persona mayor de edad o menor emancipado y capaz puede, en el caso de que se encontrase en situación de no poder manifestar su voluntad, consignar por escrito en una declaración su voluntad de que un médico le practique la eutanasia si este último constata que padece una afección accidental o patológica grave e incurable, que está inconsciente y que esta situación es irreversible en el estado actual de la ciencia. También estipula que ningún médico está obligado a realizar un acto de eutanasia y que ninguna persona está obligada a prestar asistencia en un acto de eutanasia.

Los menores de edad pueden solicitar la eutanasia desde 2014 gracias a la extensión de la ley a los menores (28 de febrero 2014) —ley que modifica la ley del 28 de mayo 2002 relativa a la eutanasia para ampliar la eutanasia a los menores—.

En Bélgica se expide acta de defunción y se consigna causa de muerte natural a todos los efectos, incluyendo las pólizas de seguros.

La legislación de Luxemburgo establece que toda persona en fase avanzada o terminal de una dolencia grave e incurable

<sup>10</sup>

Cfr. “Eutanasia y suicidio asistido en el mundo” Derecho a morir dignamente. 2022. <<https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>>

o quien padece una dolencia accidental o patológica grave e incurable que está inconsciente —y dado que esta situación es irreversible según el estado actual de la ciencia— puede acceder a la práctica de la eutanasia; asimismo, reconoce el efecto secundario de la sedación terminal.<sup>11</sup> En el artículo 3 dispone: El médico está obligado de aliviar eficazmente el sufrimiento físico y psíquico de una persona en fase avanzada o terminal de una dolencia grave e incurable, cualquiera que sea la causa, más que aplicarle un tratamiento que pueda tener como efecto secundario adelantar el fin de su vida, deberá informar y obtener su consentimiento.

En Luxemburgo, la solicitud es formulada por el médico a la Comisión Nacional de Control y Evaluación, integrada por tres médicos y tres juristas, un miembro de profesiones sanitarias y dos miembros organizaciones que luchan por los derechos de los pacientes.

---

<sup>11</sup> También conocida como sedación paliativa. La sedación paliativa es la depresión farmacológica del nivel de la conciencia, con el fin de aliviar el sufrimiento que no puede ser aliviado de otra manera.

Cuando hablamos de sedación paliativa, hablamos del último nivel de supresión de la conciencia: la profunda (coma), lo niveles que la preceden son leves (somnolencia) e intermedia (estupor, como en un sueño profundo).

Es menester mencionar que la sedación paliativa tiene un doble efecto. El efecto secundario es un paro respiratorio derivado de la administración de sedantes para calmar el dolor. Cfr. Materstvedt, Lars Johan y Bosshard, Georg, «Deep and Continuous Palliative Sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects», *Lancet Oncology*, 10, 2009. <[http://forskningssweb.org/palliasjonmidt/files/2011/01/Sedering\\_Materstvedt\\_LancetOncol.2009.pdf](http://forskningssweb.org/palliasjonmidt/files/2011/01/Sedering_Materstvedt_LancetOncol.2009.pdf)>(10)

El doble efecto tiene como propósito primario positivo calmar el dolor y evitar el sufrimiento; el propósito secundario negativo y no deseado (pero inherente) es el acortamiento de la vida. Lo podemos entender como la precipitación de la muerte, como efecto secundario de la sedación paliativa, sin ser ello el objeto terapéutico primario. Debido a ello, no es apropiado relacionarlo o confundirlo con eutanasia (pasiva o activa), pues estamos ante comportamientos inciertos de la buena práctica médica (*lex artis*).

Canadá permite la práctica de la eutanasia en el caso de las personas que padecen problemas de salud graves e irreversibles, ya que la enfermedad, dolencia o minusvalía, o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que considera intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables. Además, la muerte natural es el desarrollo razonablemente previsible, tomando en cuenta todas sus circunstancias médicas, aunque no se haya formulado un pronóstico sobre su esperanza de vida.<sup>12</sup> Canadá considera el derecho a morir como un derecho humano de sus ciudadanos.

La ley de Nueva Zelanda establece los siguientes requisitos para solicitar la eutanasia: ser mayor de 18 años y capaz de tomar decisiones informadas sobre muerte asistida, sufrir una enfermedad grave e incurable que produce disminución irreversible de sus capacidades y ocasiona sufrimiento físico o psicológico intolerable, o tener un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Por otra parte, en Victoria, Australia, las personas no pueden acceder a la muerte voluntaria asistida por el solo hecho de haber sido diagnosticadas por una enfermedad mental. Tampoco se puede acceder a la muerte voluntaria asistida por el solo hecho de que la persona tenga una discapacidad y si es diagnosticada con una dolencia, enfermedad, o un cuadro médico neurodegenerativos, el pronóstico deberá ser de semanas o meses, siempre inferior a los 12 meses.

- Suicidio asistido. Consiste en proporcionar a una persona medios para quitarse la vida, pero sin intervención del médico. Suiza es el país que mejor ejemplifica este supuesto, aunque no tiene una regulación expresa, sino una laguna legal que hace que el suicidio asistido no sea punible, es decir, que no

---

<sup>12</sup> “Eutanasia y suicidio asistido en el mundo” Derecho a morir dignamente. 2022. <<https://derechoamorar.org/eutanasia-mundo/>>

haya sanción penal, siempre y cuando se asista de forma desinteresada y no medien razones egoístas. La persona debe administrarse la dosis, pues el paciente debe tener un papel activo.

En Alemania e Italia las cortes constitucionales han dictado sentencias que han permitido la cooperación al suicidio en algunas circunstancias, incentivando a sus parlamentos a legislar adecuadamente el derecho.

Canadá regula el suicidio asistido del siguiente modo: no será imputable el delito del artículo (1)(b) a quien, a petición expresa de otra persona, la ayude a autoadministrarse una sustancia que le ha sido prescrita como parte de la prestación de asistencia médica para morir conforme el artículo 241.2.<sup>13</sup>

- Suicidio médicamente asistido. En el suicidio médicamente asistido, un médico proporciona al paciente los medios para terminar con su vida (por ejemplo, la prescripción de opiáceos).

Los Estados que regulan esta figura son: Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009, por decisión judicial), Vermont (2013), Colorado (2016), California (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019), Maine (2019). La legislación de la capital de Estados Unidos, Washington D.C. (2016), reconoce derecho al suicidio asistido solo cuando el pronóstico de supervivencia sea de 6 meses (enfermedad terminal).

Los Países Bajos, Luxemburgo y Canadá regulan en sus leyes la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Victoria, Australia, lo regula a través del permiso de autoadministración, que autoriza al médico coordinador a entregar a la persona una dosis suficiente para causar la muerte; y a la persona mencionada a conseguir, poseer, almacenar, usar y auto-administrarse la sustancia para la muerte voluntaria asistida.

---

<sup>13</sup> “Eutanasia y suicidio asistido en el mundo” Derecho a morir dignamente. 2022. <<https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>>

Los requisitos para solicitar el suicidio médicamente asistido son los siguientes: tener 18 años, ser residente en el Estado, contar con plena capacidad de ejercicio y ser enfermo terminal.

- *Durable Power of Attorney*. Se trata de un documento en el que una persona nombra y apodera a un representante (*agent, attorney, proxy, surrogate decision maker*) para que tome decisiones para todas o solo para determinadas actuaciones, procedimientos o tratamientos médicos o de soporte vital y cuidados paliativos de acuerdo con los deseos y valores del poderdante, que ha devenido en incapaz, de ahí el término durable. La figura está ampliamente regulada en Estados Unidos y en México es conocida con el nombre de tutor cautelar.

La tutela cautelar es un tipo de tutela y está regulada en el artículo 469 bis del Código Civil para el Distrito Federal en estos términos:

«Toda persona capaz para otorgar testamento puede nombrar al tutor o tutores, y a sus sustitutos, que deberán encargarse de su persona y, en su caso, de su patrimonio en previsión del caso de encontrarse en los supuestos del artículo 450. Dichos nombramientos excluyen a las personas que pudiese 94 corresponderles el ejercicio de la tutela, de acuerdo con lo establecido en este código».

En la tutela cautelar, una persona con plena capacidad de ejercicio, antes de devenir en incapaz a causa de una enfermedad o alteración cognitiva o emocional, designa de forma preventiva a un tutor para que tome decisiones en el ámbito médico —tratamientos y cuidado de la salud del incapaz—. Por tanto, la persona elige quien la cuidara cuando sea incapaz. Toda persona con capacidad para otorgar testamento —contar con 16 años o más y estar en pleno uso de sus facultades mentales— puede designar a su tutor cautelar.

Algunas consideraciones adicionales sobre esta figura son las siguientes: se nombra ante notario en escritura pública y, pre-

viamente al nombramiento, los peritos deberán verificar la lucidez de la persona; se puede nombrar tutor sustituto (artículos 469 bis a 469 *quintus* del C.C.D.F.).

Cabe destacar que, de acuerdo con el artículo 166 bis 3 fracción X de la Ley General de Salud, el enfermo terminal tiene derecho a: «X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación».

No obstante, existen otras figuras que pueden ayudar a solventar esta situación, entre ellas el documento o formato de voluntad anticipada, en el que la persona interesada establece quien será su representante en el ámbito sanitario.

- Voluntad anticipada:<sup>14</sup> La voluntad anticipada es la declaración externa de una voluntad libre, espontánea y unilateral llevada a cabo por una persona capaz, ya sea en documento público o privado, cuyo trasfondo es un proceso previo de información, comunicación y deliberación con el médico tratante —y, en la medida de lo posible, con su familia— sobre los tratamientos y cuidados principalmente médicos que desea o no recibir en el futuro. La declaración está sujeta a la condición suspensiva de devenir en incapaz ante la ley y que los hechos clínico-biológicos previstos se actualicen.

La figura tiene sus antecedentes en el término «testamento vital», que nació en 1969 de la mano de Luis Kutner, un abogado de Chicago que concibió el modelo del documento en el que cualquier persona podría expresar su deseo o voluntad de que no se le aplicara un determinado tratamiento o cesara su aplicación en caso de una enfermedad terminal. Ese mismo año se fundó la asociación denominada Concern

---

<sup>14</sup> Este apartado se elaboró con la ayuda del texto: San Vicente Parada, Aida del Carmen, «Marco legal de las voluntades anticipadas en México», *Amicus Curiae*, vol. 1, N.º 2, agosto 2014. <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/amicus/article/view/47477>>

for the dying (solicitud por los moribundos) con el objetivo de educar a la sociedad sobre el «living will», documento que constituye un proceso de reflexión e inclusión de los ciudadanos en los temas relativos a su salud, autorizando a cada paciente a expresar su voluntad anticipadamente.

En 1976, la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) del estado de California legalizó por primera vez las instrucciones previas o voluntades anticipadas en torno a la aplicación, interrupción o rechazo de tratamientos médicos al final de la vida sin exigir responsabilidad alguna a los facultativos que siguieran las disposiciones del paciente.

En agosto de 1986, la National Conference of Commissioners on Uniform State Laws (Conferencia Nacional de Comisionados a favor de la Uniformidad de Leyes Estatales) aprobó una declaración de «*living wills*» titulada Uniform Rights of The Terminal III Act (Ley Uniforme de los Derechos de los Enfermos Terminales).

La voluntad anticipada está regulada en España, México, Chicago, Países Bajos, California, Kansas, Utah, Ohio, Argentina, Israel, Bélgica, Dinamarca entre otros países.

En las voluntades anticipadas puede designarse un representante (que se encarga de vigilar el cumplimiento, el interlocutor válido con el personal sanitario, puede ayudar a llenar lagunas y prestar el consentimiento informado); y puede otorgarse consentimiento para donar órganos.

Otras disposiciones que puede contener el documento de voluntades anticipadas son: el lugar dónde se desea recibir los cuidados paliativos o bien los cuidados de hospicio para el caso de enfermos gravemente incapacitados, pero que no sufren de una enfermedad terminal, ya que su expectativa de vida es mayor a los seis meses —en casa o en el hospital— y la solicitud de asistencia religiosa o tanatológica.

En México solo se permite otorgar voluntades anticipadas a los enfermos terminales. Se trata, por tanto, de un acto sujeto

a una condición suspensiva, pues si la persona enferma gravemente por causa de accidente, tiene cuadriplejía o deviene incapaz por un estado vegetativo persistente o por Alzheimer o demencia, la voluntad anticipada no puede aplicarse, dado que no cumple la previsión legal.

La figura está regulada en los siguientes estados de la República: Aguascalientes, Coahuila, Colima, Ciudad de México, Chihuahua, estado de México, Guanajuato, Guerrero (Ley número 1173), Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí: Ley Estatal de los Derechos de las Personas en Fase Terminal, Tlaxcala, Tabasco (Ley de salud) y Yucatán. Todas las leyes prohíben la eutanasia. Solamente Coahuila y Tlaxcala solicitan la mayoría de edad para otorgar la voluntad anticipada. Colima no restringe su ámbito de aplicación a enfermos terminales y lo extiende a personas que hayan sufrido graves accidentes y que, como consecuencia de ellos, se encuentren en un estado de vulnerabilidad. En Colima, Guerrero y Tabasco solamente se otorgan ante notario público.

Por último, la Ley General de Salud regula las voluntades anticipadas como un derecho de los enfermos terminales en los siguientes términos: 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.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables».

- Cuidados paliativos: De acuerdo con la OMS, los cuidados paliativos son un medio para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas aso-

ciados a enfermedades que amenazan la vida a través de la prevención y alivio del sufrimiento, la identificación temprana, la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.<sup>15</sup>

En general, existen tres modelos recurrentes de medicina paliativa (medicina de cuidados): 1) Servicio de urgencias asociadas a los cuidados paliativos; 2) Campeones del servicio de cuidados paliativos (se aplican a todas las enfermedades, sean terminales o no); y 3) Servicio de urgencias de cuidados paliativos en asociación con los cuidados de hospicio<sup>16</sup> (son utilizados para enfermos terminales).

El rol de los cuidados paliativos es mitigar el dolor, prevenir la exacerbación de sus crisis y facilitar al paciente y a su familia el conocimiento de los posibles problemas éticos que pueden surgir.

Los cuidados paliativos de tercer nivel (los cuidados de hospicio) muestran que ser desahuciado no significa ser olvidado y marginado en los confines de ultratumba. En una fase terminal, hay mucho por hacer y, aunque el entusiasmo y la esperanza por curar se traduzcan en impotencia ante la situación y sean opacados por la oscuridad amenazante de la muerte o la desgracia de no contar con un completo estado de bienestar, no significa que todo esté perdido. Incluso en ese ocaso desolador brillará la misericordia y el arropamiento por cuidar a una persona en sus últimos momentos o, simplemente, por confortarla y facilitarle no salud, pero sí calidad de vida.

A menudo los pacientes terminales presentan crisis espirituales y sociales que provocan una aguda descompensación en

---

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/cancer/palliative/es/> [Consulta: 15/09/2022.]

<sup>16</sup> Rosenberg, Mark, Lamba, Sangeeta y Misra, Sumi, «Palliative Medicine and Geriatric Emergency Care: Challenges, Opportunities, and Basic Principles Clinicians Considerations», *Geriatric Medicine*, N.º 29, p. 3. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2012.09.006>>. [Consulta: 14/09/2022.]

la familia. Los síntomas físicos son el dolor exacerbado, la ansiedad, la disnea (dificultad para respirar, constipación), las náuseas, el vómito, la confusión, la agitación o intranquilidad, la disfagia (dificultad para tragar o pasar el alimento), los problemas urinarios acompañados de cateterización —los catéteres se colocan en las vías centrales de las subclaves—, la parálisis aguda, la hemorragia, las convulsiones y otros síntomas neurológicos.

No obstante, el cometido de los cuidados paliativos no se limita a mitigar el dolor. Parte de su tarea es preparar al paciente y a su familia para enfrentar las posibles situaciones críticas.

Todas las leyes que regulan la eutanasia, el suicidio asistido, el suicidio médicamente asistido y las voluntades o directrices anticipadas regulan los cuidados paliativos.

En México están regulados en las leyes de voluntad anticipada y en el artículo 166 Bis 1, de la Ley General de Salud, fracción III, que los define como el cuidado activo y total de aquéllas (*sic*) enfermedades que no responden a tratamiento curativo y que se orientan a controlar el dolor y otros síntomas, así como a atender los aspectos psicológicos, sociales y espirituales. El artículo 166 Bis 9 dispone: «Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista».

- Derechos de los enfermos terminales. De acuerdo con el artículo 166 bis 1 fracción I de la Ley General de Salud, se entiende por enfermedad en estado terminal, a todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses. Es decir, enfermo terminal es aquella persona que tiene una esperanza de vida menor a 6 meses.

Una enfermedad terminal comprende dos fases: la fase preagónica, que se distingue por la falla de las funciones vitales en los órganos; y la fase agónica, en la que son aplicadas las medidas mínimas previas a la muerte, que incluyen la atención psi-

cológica, el soporte espiritual y la atención tanatológica para ayudar al paciente y a su familia en el proceso de duelo.<sup>17</sup>

Los principales derechos de los enfermos terminales son los siguientes: recibir información acerca de su condición, otorgar su consentimiento para recibir o rechazar tratamientos, derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo, designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido para expresar su voluntad y aquel lo haga en su representación, renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir tratamiento extraordinarios, recibir los servicios espirituales, abandonar voluntariamente el hospital y recibir cuidados paliativos, entre otros.

La legislación también establece la obligación para los familiares de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo.

Como puede observarse, existen varias figuras para proteger la dignidad de las personas al final de su vida o en casos donde devenga incapaz (jurídicamente hablando). Es decir, no estamos hablando únicamente de la eutanasia. Si deseamos regular el derecho humano a morir con dignidad, necesitamos conocer las figuras y regularlas para garantizar que las personas puedan ejercer su derecho.

## **VI. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD EN MÉXICO**

El artículo 6º, apartado A, de la Constitución Política de la Ciudad de México dispone: «Derecho a la autodeterminación personal: 1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. 2. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. *La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna*».

---

<sup>17</sup> Cfr. Materstvedt, Lars Johan y Bosshard, Georg, «Deep and Continuous Palliative Sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects», *op. cit.*

Por su parte, la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México establece en su artículo 26: «El derecho a la vida digna comprende llevar una existencia libre del temor, así como los derechos a la alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo digno, el derecho a la ciudad, la participación ciudadana, movilidad, seguridad, a un medio ambiente sano y los demás necesarios para que las personas ejerzan plenamente sus capacidades como seres humanos.

*La muerte digna se traduce en la capacidad de ejercicio de las personas para expresar su decisión de ser sometidas o no, a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentren en etapa terminal y por razones médicas sea imposible mantenerlas de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.* El Gobierno de la Ciudad, por conducto de las autoridades responsables, velará por el respeto de la voluntad anticipada en términos de lo que se establezca en la ley de la materia».

La Constitución de la Ciudad de México entró en vigor en 2016. El artículo 6° motivó de inmediato la polarización de la opinión pública porque, erróneamente, se pensó que se estaba regulando la eutanasia. Incluso se entabló una acción de inconstitucionalidad en contra del artículo porque se sostenía que contravenía al derecho a la vida. La acción fue desestimada y, a través de la expedición de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías en 2019, trató de establecerse el alcance de la muerte digna, de ahí la redacción del segundo párrafo del artículo 26. Este es un claro ejemplo de que la muerte digna o el derecho a morir con dignidad no es sinónimo de eutanasia.

Si una persona decide terminar con su agonía a través de la eutanasia, se debería respetar su decisión, y si una persona decide vivir su agonía en casa con sus seres queridos o mirando la puesta del sol en la playa, también debería respetarse esa decisión, dado que la persona sabe mejor que nadie lo que desea y tiene derecho a decidir de qué manera cuida y refrenda su dignidad.

La ley regula el derecho a vivir dignamente el proceso de muerte. Nadie es inmortal, la muerte es inevitable (podríamos decir que es el hado universal por excelencia del humano). El punto crítico es

la forma de morir. Actualmente se pugna por una muerte estética y en armonía, sin sufrimientos tortuosos e innecesarios. De esta forma, velamos por la plena vigencia de los cuatro principios: justicia (ofrecer atención sanitaria sin discriminación alguna), autonomía (elección de los tratamientos o el rechazo de estos como toma de decisiones al final de la vida, beneficencia (administrar al paciente el tratamiento de su elección y asegurar que sea benéfico y amigable con su integridad física y emocional) y no maleficencia (evitar ensañamiento clínico y el rechazo de tratamientos fútiles). En síntesis, estamos hablando de un marco legal que garantice el derecho a la autodeterminación y a la muerte digna.

## VII. CONCLUSIÓN

La muerte es parte del ciclo de la vida, nacemos para morir y vivimos para morir, la manera de culminar naturalmente la vida es la muerte —cuando esta no es prematura.

La idea de un derecho a morir con dignidad se complementa con el derecho a la integridad corporal y emocional. La integridad es, entonces, el estado global del ser humano en el que no debe sufrir menoscabos de ningún tipo, lo que me conduce a señalar que las personas tienen derecho a vivir con integridad el proceso de muerte sin que su dignidad sea mancillada. Si bien en los últimos instantes de un ser humano, su integridad física y emocional se encuentra lamentablemente descalabrada, ello no implica que lo mismo deba ocurrir con la integridad espiritual y la dignidad de la persona: al contrario, es lo único que puede y debe ser preservado en su totalidad para justicia a lo que la persona ha dispuesto respecto a su cuerpo y a su salud.

La dignidad es un concepto versátil que se emplea en el Derecho como un principio de interpretación y como una norma jurídica.<sup>18</sup> Decimos que es un concepto versátil porque actualmente se proyecta de 4 formas: 1) la dignidad como condición innata del ser humano;

---

<sup>18</sup> Cfr. Jurisprudencia no. 1a./J. 37/2016 (10a.), *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*, Décima Época, tomo II, libro 33, agosto de 2016, p. 633.

2) la dignidad como valor intrínseco derivado de la humanidad — como la ley moral del ser humano—; 3) la dignidad como un comportamiento medurado; y 4) la dignidad como la actitud de respeto y honorabilidad con la de que las personas deben ser tratadas—, aspectos ampliamente desarrollados por McCrudden.<sup>19</sup>

Estas cuatro dimensiones constituyen el núcleo mínimo de la dignidad ampliamente desarrollado por los ejercicios jurisprudenciales y de interpretación judicial a nivel internacional. En esa línea de pensamiento, morir dignamente encarna la idea del valor intrínseco de los seres humanos hasta en sus últimos momentos, y el comportamiento medurado y respetuoso que se les debe. De acuerdo con Schiller,<sup>20</sup> la dignidad en los últimos días de una persona se traduce en la gracia, la benevolencia y el buen trato que debe recibir toda persona al final de sus días.

La dignidad como valor intrínseco es la palanca de acción para instar otros derechos que protejan el lugar de estimación que cada ser humano debe ocupar. Es la base del paradigma del proceso digno de muerte. Como valor, sirve de fundamento máximo a la autonomía de la voluntad para determinar los tratamientos o actuaciones médicas, en el momento en que una persona se vea afectada por una enfermedad incurable, lo cual conlleva el respeto de esa persona.

Las formas de garantizar el derecho humano a morir con dignidad o la muerte digna son las siguientes: eutanasia, suicidio asistido, suicidio médicamente asistido, representante sanitario (tutor cauter), voluntad anticipada, cuidados paliativos y derechos de los enfermos terminales.

Por su parte la eutanasia es, en palabras de la Dra. Asunción Álvarez del Río, el procedimiento que lleva a cabo un médico para producir la muerte de un paciente sin dolor, previa petición de este. El suicidio médicamente asistido es la acción del médico a través de

---

<sup>19</sup> Cfr. McCrudden, Christopher, «The European Journal of International Law», *Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights*, vol. 19, N.º , pp. 656 y 657.

<sup>20</sup> Cfr. Schiller, Von Friedrich, *De la Gracia y la Dignidad*, Barcelona: Icaria, 1985, pp. 6 y 10.

la cual proporcionar al paciente medios para terminar con su vida (como la prescripción de opiáceos). Y el suicidio asistido consiste en facilitar a una persona medios para suicidarse, pero sin intervención del médico. Como puede apreciarse, en ninguna parte de las definiciones se habla de morir dignamente... porque las figuras no son sinónimas.

Cuando un paciente ejerce su derecho a rechazar un tratamiento que no contribuirá a restablecer su salud ante una muerte inevitable, no estamos hablando de eutanasia, sino de las decisiones que se toman al final de la vida para morir con dignidad y cuidando la integridad física y emocional de la persona, delimitar la actuación del médico y elegir si se desea morir en casa. Si bien la Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México contempla el derecho a morir con dignidad, desafortunadamente limita ese derecho, a los pacientes con enfermedades terminales (de 3 a 6 meses de esperanza de vida), olvidando a otros pacientes —Alzheimer, cuadripléjicos, por ejemplo— que no pueden disponer de su derecho a la autodeterminación para limitar la actuación del médico o rechazar tratamientos fútiles o soporte vital para ciertos cuadros clínico-biológicos que decantarán en muerte.

Aún hay mucho por hacer; la dignidad debe ser la estrella polar que guíe e ilumine la libre toma de decisiones en la bioética y en el Derecho. El papel del bioderecho (la unión entre el Derecho y la bioética) es hoy toral porque, si bien el Derecho debe garantizar el progreso de la ciencia, también debe pugnar por la estimación del ser humano en cualquier circunstancia.

Las figuras jurídicas que custodian el derecho a morir con dignidad son variadas y se ajustan a los intereses y creencias de las personas. Son una respuesta frente al ensañamiento clínico y permiten custodiar debidamente a la dignidad de las personas, aunque estas ya no puedan expresar sus deseos. Demos fortalecer y difundir instituciones como la voluntad anticipada, los derechos de los enfermos terminales, el representante sanitario o tutor cautelar y los cuidados paliativos, puesto que muchas veces la discusión sobre el derecho a morir con dignidad se desvía y se centra en figuras más controversiales como la eutanasia,

el suicidio asistido y el suicidio médicamente asistido. Como hemos podido apreciar, existen otras instituciones que son muy valiosas, pero al fin y al cabo cada una protege la autodeterminación de las personas al final de su vida. Existen más opciones para garantizar el derecho a la autodeterminación en los últimos días.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andorno, Roberto, *Bioética y Dignidad de la Persona*, Madrid: Tecnos, 1998.
- Cano Valle, Fernando, *Bioética. Temas Humanísticos y Jurídicos*, México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2005.
- Carpizo, Jorge y Valadés, Diego, *Derechos Humanos: Aborto y Eutanasia*, México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2008.
- Choza, Jacinto, *Manual de antropología filosófica*, Sevilla: Thémata, 2016.
- *Historia Cultural del Humanismo*, Madrid: Themata-Plaza Valdés, 2009.
- Garzón Valdés, Ernesto, «¿Qué puede ofrecer la Ética a la Medicina?», en R. Vázquez (coord.), *Bioética y Derecho, fundamentos y problemas actuales*, México: Fontamara, 2012.
- García Manrique, Ricardo (coord.), *El cuerpo diseminado (estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos)*, Madrid: Thomson Reuters, 2018.
- Menke, Christoph y Pollmann, Arnd, *Filosofía de los Derechos Humanos*, Barcelona: Herder, 2010.
- McCrudden, Christopher, «The European Journal of International Law», *Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights*, vol. 19, N.º 4, 2008, pp. 655-724.
- Neves, Maria Patrão, «Article 8: Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity», en Henk, A. M., and Michele, S. Jean (eds.), *The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, Background, principles, and applications*, París: UNESCO Publishing, 2009.
- Nussbaum, Martha, *Una teoría antropológica sobre necesidades humanas fundamentales*, Teilen: Frankfurt del Meno, 1999.
- Schiller, Von Friedrich, *De la Gracia y la Dignidad*, Barcelona: Icaria, 1985.
- Torralba, Francec, *¿Qué es la dignidad humana?*, Barcelona: Herder, 2005.

Vázquez, Luís Daniel, y Serrano, Sandra, «Los Principios de Universalidad, Interdependencia, Indivisibilidad y Progresividad. Apuntes para su Aplicación Práctica», en M. Carbonell y P. Salazar (coords.), *La Reforma Constitucional en Derechos Humanos: un nuevo paradigma*, México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Jurisprudencia no. 1a./J. 37/2016 (10a.), *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*, Décima Época, tomo II, libro 33, agosto de 2016, p. 633.

*La eutanasia clandestina existe en todo el mundo. Desde siempre, los médicos han ayudado a morir a personas desahuciadas. Varios países han legalizado esta práctica y su experiencia muestra que puede hacerse con seguridad. Derecho a Morir Dignamente*, n.d. Disponible: <<https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>>.

## Legislación

México. Constitución Política de la Ciudad de México. *Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México* (2016). Disponible en: <[https://www.infocdmx.org.mx/documentospdf/constitucion\\_cdmx/Constitucion\\_%20Politica\\_CDMX.pdf](https://www.infocdmx.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf)>.

México. Ley Constitucional de los Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México* (2019). Disponible en: <[https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2019/LEY\\_CONST\\_DERECHOS\\_HUMANOS\\_CDMX\\_08\\_02\\_2019\(1\).pdf](https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2019/LEY_CONST_DERECHOS_HUMANOS_CDMX_08_02_2019(1).pdf)>.

## Documentos publicados en Internet

Rosenberg, Mark, Lamba, Sangeeta y Misra, Sumi, «Palliative Medicine and Geriatric Emergency Care: Challenges, Opportunities, and Basic Principles Clinicians Considerations», *Geriatric Medicine*, 29. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2012.09.006>>.

San Vicente Parada, Aida del Carmen, «Marco legal de las voluntades anticipadas en México», *Amicus Curiae*, vol. 1, N.º 2, agosto 2014. Disponible en: <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/amicus/article/view/47477>>.

Materstvedt, Lars Johan y Bosshard, Georg, «Deep and Continuous Palliative Sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects», *Lancet Oncology*, 10, 2009. Disponible en: <[http://forskningssweb.org/palliasjonmidt/files/2011/01/Sedering\\_Materstvedt\\_LancetOncol.2009.pdf](http://forskningssweb.org/palliasjonmidt/files/2011/01/Sedering_Materstvedt_LancetOncol.2009.pdf)>.