



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE DERECHO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO

TESIS

Que para obtener el grado de Maestro en Derecho
presenta

AGUSTÍN MARTÍNEZ ANAYA

LA EUTANASIA PASIVA, COMO
EJERCICIO DEL DERECHO DE
AUTODETERMINACIÓN, SU
RECONOCIMIENTO Y REGULACIÓN EN
EL ESTADO DE QUERÉTARO.

Director: M. EN D. TERESITA TAGLE GARCÍA
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, DOS MIL CATORCE

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	IV
CAPITULO I. BIOÉTICA Y DERECHO	1
A. CONCEPTO.....	2
1. DEFINICIÓN ETIMOLÓGICA	2
2. DEFINICIÓN REAL.....	2
B. ANTECEDENTES.....	5
C. RELACIÓN DE LA BIOÉTICA CON OTRAS CIENCIAS	7
D. RELACIÓN DE LA BIOÉTICA CON EL DERECHO	9
E. EL DERECHO A LA AUTONOMÍA	15
CAPITULO II EUTANASIA.....	21
A. CONCEPTO	21
B. ANTECEDENTES.....	24
C. CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA.	29
D. EUTANASIA PASIVA Y ORTOTANASIA	36
E. DISTANASIA	39
F. EL PUNTO MEDIO ENTRE EUTANASIA Y DISTANASIA	42
CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN DE LA EUTANASIA PASIVA	46
B. DERECHO A LA VIDA	46
C. DERECHO A LA AUTONOMÍA	50
D. EL RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA, COMO LÍMITE A LA OBLIGACIÓN DEL ESTADO DE GARANTIZAR LA VIDA.	53
E. EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA	60
F. DERECHO A LA INFORMACIÓN	65
G. EUTANASIA PASIVA, EN EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS	71

H. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTAD ANTICIPADA	88
I. LA MEDICINA PALIATIVA, COMO AUXILIAR O MEDIO PARA LA EUTANASIA PASIVA	100
J. LA FUNCIÓN DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA.	105
CAPITULO IV. BASES Y ASPECTOS QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA LEGISLAR LA EUTANASIA PASIVA EN EL ESTADO DE QUERÉTARO.	111
A. PRINCIPIOS LA DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA AMM	114
B. DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES SEGÚN LA CONAMED. (Comisión Nacional de Arbitraje Medico)	121
C. CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA LA CONDUCTA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SALUD.	124
D. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.	126
E. LEY GENERAL DE SALUD.	127
F. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL.	140
CONCLUSIÓN	144
BIBLIOGRAFÍA	151

INTRODUCCIÓN.

Esta investigación se refiere al estudio realizado sobre el derecho, el cual considero, tiene todo ser humano a poder tomar decisiones sobre su persona, en específico cuando se enfrente a una enfermedad terminal, a un accidente o a la propia vejez.

En efecto cuando la vida está a punto de terminar tenemos el derecho a elegir los tratamientos que deseamos nos apliquen o a los que no queremos ser sometidos, este derecho ha sido denominado “derecho a la autonomía”.

La autonomía del ser humano debe considerarse un derecho humano, mismo que se debe respetar, pero sobre todo garantizar por parte del Estado, de acuerdo a nuestra Carta Magna.

La vida; al ser un derecho protegido y garantizado, debe trascender incluso al mismo momento de la muerte, implica además tomar decisiones sobre cómo queremos vivir y en consecuencia la forma de morir; por ello en los últimos años las sociedades civilizadas han puesto en debate el tema de la eutanasia, un tema tratado por diversas ciencias entre ella la Bioética y por supuesto el Derecho.

La bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la [vida](#), tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida, en los últimos años ha tenido una gran importancia, en varios países se ha agregado a las currículas de universidades prestigiosas. Es más hoy en día se ofrecen especialidades y maestrías, cursos, seminarios, talleres, etc., en materia de Bioética.

Y la gran importancia de esta ciencia radica en la relación con otras ciencias. Entre las más destacadas encontramos a la medicina, odontología, enfermería y derecho; así como el gran auge que se tiene en materia de derechos humanos y tratados internacionales.

Los temas polémicos que trata esta disciplina la hace muy atractiva para su estudio, pues trata de entender y resolver cuestiones importantes que tiene que ver con la vida y la muerte, así como también nos lleva a reflexionar y analizar los casos que tienen gran relevancia precisamente porque es complicado tomar una decisión.

La Bioética presenta posibilidades, alternativas, puntos de vista, etc. Que nos ayudan a crearnos una opinión personal sobre los temas que aborda.

En este trabajo dedico el primer capítulo a la Bioética, a fin de conocer más sobre esta ciencia, sus orígenes, los temas que trata y las ciencias con las que tiene relación; la forma como aborda los derechos humanos y específicamente el enfoque que tiene sobre la eutanasia pasiva y el derecho a la autonomía, sin dejar de lado el derecho a la vida y a la salud.

El segundo capítulo lo he dedicado a la eutanasia, puesto que esta palabra por mucho tiempo la hemos relacionado con el acto de privar de la vida a otra persona por su propia voluntad. A fin de aclarar esta situación, realizo un estudio breve y análisis de los diferentes significados de la palabra eutanasia, así como de varias clasificaciones de la misma.

Hablar de eutanasia es referirnos indiscutiblemente a la muerte, y por ello muchas veces preferimos no tocar el tema; en ocasiones porque tememos a ese momento inevitable, porque nos causa dolor, tristeza, pánico y un sinfín de sentimientos que nos hace evadir esa realidad.

Sin embargo debemos ser conscientes que al ser mortales necesariamente debemos llegar al momento final de nuestras vidas, y nos debe preocupar de qué forma lo vamos a hacer.

En efecto, el dolor, el sufrimiento, la agonía y todo lo que puede sentir una persona cuando va a morir debe ocuparnos, y es precisamente ese momento del que se encarga la eutanasia.

Saber que es la eutanasia, y poder entender las distintas formas que existen, nos llevan a pensar que para muchos puede ser buena su aplicación. Por ejemplo, en países como Holanda, se permite la eutanasia activa, es decir la aplicación de ciertas sustancias que causan una muerte sin dolor. Este acto muchos lo ven como un delito: homicidio; otros como un acto de piedad y algunos como el pleno ejercicio de la libertad de disponer de la propia vida.

La eutanasia tiene dos aspectos: activo y pasivo; por cuanto ve al presente trabajo solo abordaré la eutanasia en su aspecto pasivo, es decir la omisión por parte del personal sanitario, en cuanto a los tratamientos que pretenden alargar la vida sin esperanzas de recuperación de la salud.

Esta eutanasia pasiva, también ha sido llamada ortotanasia, con la finalidad de excluir la palabra eutanasia y evitar que se pueda llegar a confundir o englobar en la eutanasia activa. Hago esta aclaración a fin de que no se preste a confusiones, pues al final de cuentas tanto la eutanasia pasiva como la ortotanasia buscan evitar prolongar la agonía de una persona sin un fin justificado. Mediante la no aplicación o interrupción de tratamientos infructuosos.

Para el tercer capítulo he elaborado una justificación de la aplicación de la eutanasia pasiva, la cual implica el respeto a los derechos humanos, entre

los que podemos destacar, el derecho a la vida, a la salud, a la información, a la autonomía y el respeto de la dignidad humana.

Los instrumentos por medio de los cuales se pueden garantizar estos derechos son sin duda la regulación legal, que se deberá hacer por medio de lo que se ha llamado consentimiento informado, voluntad anticipada y mediante la creación de organismos como los registros de voluntades anticipadas, los comités hospitalarios de bioética y los cuidados paliativos.

Por tanto la eutanasia pasiva necesariamente debe estar rodeada de los elementos mencionados, de lo contrario no se estaría garantizando el respeto a los derechos humanos de la persona que se enfrente ante la muerte.

Muerte digna significa morir de acuerdo a los valores y creencias de cada persona, respetar sus derechos humanos, ayudar a enfrentar la muerte, calmar sus dolores y sufrimientos, respetar sus decisiones, en resumen no hacer de la muerte algo terrible o insoportable.

La libertad de vivir según nuestros propios intereses, también debe incluir la libertad de elegir la forma de morir. En la actualidad en este mundo globalizado el dinero representa un valor que en ocasiones supera al humanismo de las personas. Las instituciones privadas tratan a toda costa de retener al paciente y aplicarle tratamientos con la finalidad de cobrar grandes cantidades de dinero, sin importar el dolor y sufrimiento del paciente y de sus familiares, sin importar lo doloroso e inútil en relación a la salud del paciente.

Asimismo el personal de salud en ocasiones se obsesiona en no dejar morir al paciente, mantener un cuerpo con vida sin importar la calidad que se le da,

sin importar los costos, los daños emocionales, físicos y psicológicos que se les causa al mismo paciente y a su familia. Todo por conservar una vida que ya no tiene esperanza de continuar.

Creo que todos podemos recordar algún momento similar en nuestras vidas, con un familiar, amigo o conocido. Pues se trata de un problema general, que sucede día a día, en hospitales o clínicas privadas.

Es necesario que seamos responsables de nuestra vida y que tengamos la garantía de poder decidir cómo queremos morir, que se nos informe el alcance de la enfermedad, los posibles tratamientos, pero sobre todo que se le diga al paciente si existe posibilidad de recuperarse o no. Puesto que de la información, depende la decisión de cada individuo y con ello la obligación por parte del personal sanitario y de salud a respetar tal decisión.

Claro que las decisiones que se tomen mediante una voluntad anticipada o el consentimiento informado, estarán sujetas a la aprobación de un comité hospitalario de bioética, quienes deberán ser especialistas que determinen si es factible o no acatar la voluntad del paciente. Y en caso de ser aprobada, dar las instrucciones a los médicos para cumplir con la voluntad otorgada.

Además no debemos perder de vista que la eutanasia pasiva no es simplemente abandonar el tratamiento o atención al paciente, sino que implica además brindarle otros tratamientos tendientes a aliviar el dolor y sufrimiento, que también se procure el aspecto emocional y anímico del enfermo, brindarle un trato digno de un ser humano hasta el último momento de su vida.

Finalmente en el último capítulo he recabado algunos materiales en donde se contienen principios fundamentales que deben ser tomados en cuenta para

una posible legislación estatal sobre eutanasia pasiva o también llamada en otras entidades federativas, ortotanasia. Debido al avance en materia de derechos humanos que ha realizado nuestra nación, propongo se tomen en cuenta ordenamientos internacionales, nacionales, y estatales a fin de que en el estado de Querétaro se garantice a todo individuo el respeto a su vida desde que inicia hasta el último minuto de ella, la calidad de vida y por tanto, la muerte digna.

Mediante la regulación del derecho a la información, la obligación del personal médico de recabar el consentimiento informado y el derecho a otorgar la voluntad anticipada, sus requisitos y formalidades; así como la creación de un organismo que registre las mismas, y los órganos encargados de revisar y en su caso aprobar la suspensión o no aplicación de los tratamientos tendientes a prolongar la vida y, finalmente, los organismos encargados de aplicar tratamientos paliativos.

Este trabajo ofrece opiniones sobre la aplicación de la eutanasia pasiva, como un instrumento necesario para lograr que se respete el derecho a la vida de cada individuo, pero a una vida de calidad en los últimos momentos.

Para ello, presento un panorama de la angustia que siente un enfermo terminal ante la muerte, de la incertidumbre que se puede tener ante un tratamiento médico, el miedo que debe sentir cualquier individuo al enfrentarse ante lo desconocido, ante lo incierto, ante la tecnología y la ciencia que muchas veces sólo logran mantener una vida de forma artificial, llena de dolor, sufrimiento y angustia.

Con este trabajo pretendo que se haga conciencia sobre la necesidad de que se respete nuestra vida y nuestra libertad a elegir, el respeto en todo momento a la dignidad humana, a tener una muerte tranquila, acorde a nuestras creencia y valores, a tener asistencia médica que alivie el dolor,

psicológica para aceptar la muerte, religiosa para aliviar la conciencia y el alma.

CAPITULO I. BIOÉTICA Y DERECHO

En el presente capítulo voy a abordar lo relativo a la bioética, partiendo de sus generalidades, para posteriormente relacionarla con el derecho; para ello, es necesario señalar que la bioética es una disciplina joven, actualmente de moda, cuyo más profundo sentido es colaborar a la hora de dilucidar cuestiones que atañen de manera nueva a los Derechos Humanos.

En nuestro entorno coexisten diversas concepciones de la bioética, y de sus objetivos, que en general, no se identifican claramente. Los enormes avances científicos de las últimas décadas han supuesto un cambio en la sociedad de carácter cuantitativo y cualitativo de una magnitud tal que han obligado a revisar los planteamientos individuales y colectivos en torno a numerosas cuestiones que afectan al ser hu

11

mano. El actual progreso de la medicina y la biología suscita grandes esperanzas a la vez que ocasiona dilemas para el hombre común y para los especialistas, sean médicos, biólogos, científicos filósofos o juristas.

El origen de la vida, el concepto de muerte, la capacidad de tomar racionalmente decisiones difíciles, el valor del principio de autonomía, o el papel cada vez más preponderante del Estado en la política sanitaria, son buenos ejemplos para ilustrar la trascendencia de la problemática que ha propiciado la aparición de la bioética como disciplina y el enorme florecimiento que han experimentado las relaciones entre biología, medicina y derecho. Es así que resulta necesario conceptualizar el término bioética, para entender de que se está hablando en la presente tesis, para lo cual, cito varias definiciones realizadas por los doctrinarios.

F. CONCEPTO.

3. Definición etimológica.

Proviene del griego bios = vida y ethos = ética.

4. Definición real.

“La bioética puede definirse como el estudio sistemático de las normas y acciones morales de todos los individuos relacionados con las ciencias de la vida y la atención a la salud, mediante un enfoque metodológico interdisciplinario”.¹

*“La **bioética** es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida”.²*

De lo cual se advierte que la bioética tiene como finalidad el estudio de los principios de la correcta conducta humana, partiendo del respecto a la vida, como derecho fundamental de individuo; sin embargo, a pesar de que en las anteriores definiciones no se hace referencia a la bioética como una ciencia, lo cierto es, que algunos autores sí la consideran como tal, ya que la bioética, como ciencia, tiene las siguientes características:

- “Parte de los hechos establecidos (datos empíricos). Requiere conocer los hechos que tienen relación con la salud de los seres vivos para establecer conceptos y normas.

¹ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, *“Bioética General”*, México, Ed. Trillas, 2009, p. 17

² Enciclopedia Libre.

- El conocimiento científico trasciende los hechos. Estudia éstos y su relación con otros, trata de explicarlos y no se queda en las apariencias.
- La ciencia es analítica, procura conocer a fondo los motivos del comportamiento humano y sus circunstancias.
- El conocimiento científico es claro y preciso. En bioética la vaguedad e inexactitud deben desecharse y buscar siempre la decisión en nuestro pensar y actuar que más se acerque a lo que es correcto, aunque sepamos que no siempre estaremos libres de error, como ocurre en cualquiera de las demás ciencias.
- En bioética el conocimiento debe ser informativo y público.
- La bioética tiene como una de sus metas crear normas de conducta para todos los individuos que conforman el sector de la salud.
- La bioética se fundamenta en hacer el bien, es útil para la vida, la salud y el bienestar de todos los seres vivos”.³

Es decir, es definida como una ciencia porque engloba todas las características que debe tener cualquier ciencia, pues los preceptos bioéticos no pueden basarse en dogmatismos ni en escrituras sagradas o profanas. Sin embargo, es una ciencia dispuesta al diálogo, a la búsqueda de argumentos empíricos o de razón que pueden cambiar nuestros preceptos, pero lo más importante, es una ciencia que se fundamenta en el hacer el bien, y que tiene como objetivo principal la dignidad de la persona humana.

“La bioética surge así como una preocupación por las consecuencias del saber científico y sus aplicaciones tecnológicas para la vida (incluidas las aplicaciones biomédicas, de indiscutible impacto inmediato sobre las vidas individuales, pero de ninguna manera reducida a ellas), extendiendo su

³ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. pp. 20-22

*reflexión y prácticas hacia la articulación entre las ciencias biológicas en general y los valores morales; hacia la naturaleza (humana, animal y vegetal) como un todo y hacia el futuro de la humanidad. Todo desde posiciones de humildad y responsabilidad. Tales circunstancias trascienden la comprensión tradicional de una ética y torna sumamente problemático considerar a la bioética global como una ética aplicada.”*⁴

*“La bioética tiene que lidiar, en sus reflexiones teóricas y en su praxis, con circunstancias, situaciones y fenómenos atinentes a la vida y a su sostenibilidad, que dimanen de las interacciones entre seres vivos, los seres humanos ante todo y los entes inanimados. Interacciones sociales y con la naturaleza inanimada de diversa escala espacial y temporal. Tiene que ver entonces con complicadísimos entramados multicomponentes, verdaderas redes – en – red – de circunstancias, situaciones, fenómenos. Red – de – redes – en que se manifiesta una muy específica dialéctica entre la totalidad (el todo) y sus partes.”*⁵

*“Como forma de saber sobre la praxis humana en el campo de la biomedicina y de las tecnociencias de la vida y de la salud, la bioética existe hace más de 30 años y es considerada un sinónimo de la expresión ética biomédica, sobre todo en la cultura de idioma inglés, pues es la actualización de la tradicional ética médica fundada en los principios hipocráticos *primum nihil nocere* (no maleficencia) y *bunum facere* (beneficencia), integrados con otros principios morales, como la autonomía y la justicia, que constituyen la matriz del principlism. Pero la bioética nace con V. R. Potter (1970), con un intento mucho más amplio, pues aquella – que será posteriormente conocido como *global bioethics* (1978) – tiene desde su primera formulación una fuerte*

⁴ GARRAFA, Volnei, Miguel KOTTOW y Alya SAADA, “Estatuto Epistemológico de la Bioética”, México, Ed. UNAM, 2005 p. 109

⁵ Ibidem. p. 114

preocupación ecológica y, en particular, con la supervivencia de la especie humana, debido sobre todo a las prácticas tecnocientíficas y biotecnocientíficas separadas de preocupaciones humanistas, fenómeno conocido como el de las dos culturas. Hoy en día existe un renovado interés por la bioética global, y sus themata coexisten con la problemática general indicada por los términos foucaultianos de biopoder y biopolítica.”⁶

G. ANTECEDENTES.

En el pasado, cuando apareció una sociedad constituida con un gobierno, es muy posible que este haya iniciado una vigilancia sobre quienes ejercían las funciones de atención a la salud en los pacientes.

En el código de Hammurabi (1800 a.C.), se señala ya con mucha precisión las sanciones que se debían aplicar a los médicos irresponsables o poco hábiles de la antigua Mesopotamia.

Durante la edad media, medidas sanitarias, como las cuarentenas, muestran también interés de las autoridades por evitar contagios.

En épocas más recientes Virchow, que además de médico e investigador, era un funcionario humanista, hace 150 años expresó que la medicina es una ciencia social, y que la política no es sino medicina en gran escala.

Durante la segunda guerra mundial, las investigaciones en seres humanos, originaron los códigos de Nuremberg en 1947 y el código de investigación clínica de Helsinki (1964), que ha sido revisado varias veces. El establecimiento de estas normas de investigación y de otras que fijó la

⁶ Ibidem. p. 172

Asamblea Médica Mundial (declaración en Ginebra) en 1948, iniciaron el periodo de la ética médica moderna y abrieron el nuevo campo de la bioética.

En 1971, el merito de haber acuñado la palabra bioética corresponde a VAN RENSSLAER POTTER, quien en su obra Bioética, puente al futuro, propuso la búsqueda de directrices para mejorar la calidad de vida de los seres humanos por medio de la cibernética y de los cuidados del medio ambiente.

La bioética se dedicó en un principio a tratar los problemas de la salud. En 1978, se publicó la enciclopedia de Bioética, con 318 artículos originales, que en el 2004 tuvo su tercera edición en cinco tomos y 3062 páginas.

El enfoque ecologista globalizador de Potter se ha mantenido dentro de la bioética y conforme se extiende el conocimiento de esta nueva ciencia se acepta cada vez más la enorme importancia de la ecología en la vida y la salud de todos los seres vivientes.

En un principio la palabra bioética no se aceptó en muchos países de la Europa Occidental, porque hacía pensar que la biomedicina elaboraba a su gusto su propia ética. Sin embargo, el nuevo término acabó por imponerse, gracias a su gran fuerza expresiva y que permite reunir en una misma disciplina no solo la ética médica y la ética de la investigación, sino también a un conjunto de ciencias fácticas y sociales como la psicología, la sociología, la ecología, la economía, la política y la misma ciencia médica.

Más que una disciplina la bioética es una ciencia multidisciplinaria, en tanto que se basa en múltiples áreas del conocimiento y de la praxis y es interdisciplinaria, ya que intenta correlacionar estas áreas entre sí. Tiene como sustento principal la ética, ya que su campo fundamental es la

búsqueda de las normas y las actitudes morales de cada uno de los seres humanos en relación con los problemas de salud.

La ética médica tradicional ha cerrado su estudio y análisis en los valores que surgen de las relaciones entre el médico y el paciente, si bien en el siglo XX su campo se extendió a las relaciones del equipo de salud integral (enfermeras, trabajadores sociales, técnicos) tanto con los enfermos como con las personas sanas que utilizan sus servicios.

La bioética va más allá, se preocupa por la vida, la salud y el bienestar de los seres humanos y de todos los seres vivos. Procura el desarrollo de las diferentes regiones de la tierra sin dañar el medio ambiente. Y se interesa por los derechos de los grupos humanos vulnerables como niños, ancianos, mujeres y los pobres. Señala el derecho de todos a la atención de la salud y busca los medios para que este derecho se cumpla, sin inequidades en los sistemas sanitarios.⁷

H. RELACIÓN DE LA BIOÉTICA CON OTRAS CIENCIAS.

La naturaleza interdisciplinaria de la bioética, involucra en su parte teórica por lo menos a la filosofía, la biología y la medicina, pero no es sólo el ámbito ético, "ya que se trata de un área interdisciplinaria en la cual la dimensión puramente ética no puede ser abstraída de las dimensiones social, económica, política, religiosa, etc.. Quizá la bioética es interdisciplinaria tanto por ética como por necesidad, pues con ella están en juego opciones fundamentales sobre el *homo sapiens*, ahora en condiciones de transformar su propia naturaleza biológica, lo cual compromete el destino común de la humanidad, y por eso en lo que a Bioética se refiere nadie resulta ajeno y es responsabilidad de todos.

⁷ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 31-34

Los problemas que atañen a la bioética tienen como eslabón final una cuestión de salud o de conservación de la vida, por eso se intentan establecer caminos a partir de la biología, la antropología, el derecho y la filosofía, entre otras disciplinas, para llegar a conclusiones metodológicas.

Los adelantos de la tecnología médica han producido un conjunto de situaciones que hacen necesarias analizarlos en el marco de la filosofía y de la ética, y no solo en un campo puramente técnico. El cuidado intensivo permite prolongar la vida hasta tal punto, que cabe preguntarse si resulta compatible con la ética médica, los trasplantes de órganos, la reproducción asistida, la psicofarmacología, la reanimación y los avances en el campo de la genética molecular y diagnóstico prenatal, plantean problemas morales de enorme magnitud que exceden la capacidad de un solo individuo. De allí la necesidad del trabajo interdisciplinario, en equipo, con espíritu abierto, para tratar de resolver problemas que normalmente nos exceden, y que hacen que la clásica relación médico-paciente se vaya transformando.

La Bioética es un espacio donde convergen la medicina, la biología, el derecho, la filosofía, las ciencias humanas, la ecología, la educación y demás. Su enfoque es pluralista y eminentemente dialógico en el marco de una ética de la sociedad civil.

Su campo de investigación abarca los problemas éticos vinculados a la vida y a la salud que hoy desbordan el alcance epistemológico de las disciplinas particulares exigiendo un nuevo tipo de reflexión.

El movimiento bioético surgió en el campo de la ciencia ante la complejidad y velocidad de la revolución biotecnológica capaz de intervenir en los procesos fundamentales de la vida y de la muerte, generando nuevas

cuestiones éticas, filosóficas, jurídicas, religiosas y culturales en torno a una multitud de situaciones.

La ciencia no puede, por si sola, resolver estos tipos de problemas éticos que involucran una reflexión filosófica. Pero tampoco la filosofía, por si sola, sin la ciencia, podrá aportar soluciones. La bioética contribuye, en la actualidad, al desarrollo de un diálogo científico-filosófico en un ambiente pluralista, interdisciplinario y humanista, requisito indispensable para abordar, desde cada profesión particular, los conflictos éticos que surgen permanentemente en el área de la vida y la salud.⁸

“La interdisciplinariedad, a su vez, se refiere a la transferencia de métodos de una disciplina para otra.”⁹

Así la bioética no tiene un solo método, sino se apoya de los métodos que utilizan las ciencias con las cuales se relaciona.

I. RELACIÓN DE LA BIOÉTICA CON EL DERECHO.

Los progresos de la ciencia han producido situaciones nuevas frente a las reglas de comportamiento y las leyes han quedado desfasadas e insuficientes. Se han producido nuevos problemas y también nuevos enfoques de los antiguos problemas.

La Bioética tiende al reconocimiento de la pluralidad de opciones morales presentes en las sociedades actuales, propugnando la necesidad de establecer mínimos acuerdos. Los procedimientos que permitan decisiones consensuales tienen una importancia fundamental. Si no hay acuerdo, el

⁸ Enciclopedia Libre

⁹ GARRAFA, Volnei, Miguel KOTTOW y Alya SAADA, Op. Cit. p. 69

Derecho deberá establecer los límites de lo permitido; de ahí deriva la estrecha relación entre Bioética y Derecho, entendido como norma de conducta que emana de la voluntad de todos.

Unir las nociones de Bioética y Derecho es importante, no para juridificar a la primera, sino para entender los valores constitucionales y los "principios generales de las naciones civilizadas" como acuerdo mínimo: a la luz de la Declaración de Derechos Humanos y de las demás declaraciones internacionales y convenios que forman parte de nuestro acervo común. Los Derechos Humanos constituyen a la vez la base jurídica y el mínimo ético irrenunciable sobre los cuales se asientan las sociedades democráticas.

“Todo esto nos lleva también a replantear la relación entre la bioética y los derechos humanos, sin que por ello la bioética haya de perder su especificidad; ello dentro de una perspectiva que implica reconocer los derechos humanos, como cristalización histórica de la conciencia ética de la humanidad.”¹⁰

En la Bioética tiene que asumirse la coexistencia de valores y principios en que se basa toda sociedad democrática. Esta surge en un contexto de incertidumbre como una nueva disciplina que, desde un enfoque plural, pone en relación el conocimiento del mundo biológico con la formación de actitudes políticas encaminadas a conseguir el bien social.

“Para Habermas, un Estado que busque defender los derechos humanos y fomentar la convivencia, también entre los diversos Estados, no solo se nutre de los contenidos y motivaciones de diferentes culturas, sino que además

¹⁰ Ibidem. p. 90

debe promover, sobre todo mediante la educación, la tolerancia entre las diversas concepciones omnicomprendivas de la vida.”¹¹

La Bioética es una cuestión moral y política ya que el gobierno es quien toma estas decisiones, pero previamente a la toma de la decisión tiene que haber diferentes cuestiones y hay que llevarlo con transparencia. Puede decirse que el término Bioética, tiene diversos inconvenientes no sólo referentes a su amplitud sino derivados de que los problemas que engloba son más bien político-jurídicos que éticos.

Por otro lado, entendemos por Derecho, en un estado moderno, como el conjunto de normas de conducta obligatorias establecidas o autorizadas por el Estado mismo y respaldadas por su poder; por lo tanto, el Estado determina las normas jurídicas (son reglas de conducta de carácter obligatorio), aunque el Derecho se caracteriza también por estar compuesto por otra clase de reglas como las de corrección social o de carácter ético. Establece una serie de pautas, hace la determinación de lo que el ciudadano cree lícito o ilícito, además tiene muchas funciones (como las educativas...) y regula y resuelve conflictos.

“Entre las primeras sentencias, (en Argentina), dictas en el carácter de juez, y a partir de 1991, he formulado propuestas... acerca de la necesidad de promover el diálogo interdisciplinario, consustancial a la bioética, e incorporar el mismo al ordenamiento jurídico y a la praxis judicial. Este enfoque permite plantear un nuevo tipo de relación o vínculo entre el derecho, las perspectivas filosóficas y las ciencias sociales en los niveles de horizontalidad, de manera de efectuar por esa vía un aporte a la construcción de un nuevo concepto o idea de juridicidad, no tan apegado a las reglas

¹¹ Ibidem. p. 198

formales sino más abierta a los valores y principios que dan su razón de ser al derecho en la sociedad.”¹²

“Ello implica que asistimos a un verdadero cambio de paradigma respecto del que informara la codificación continental del siglo XIX, que se iniciara con la promulgación del Código Civil Francés en 1804. De estas nuevas tendencias en el derecho comparado es un ejemplo reciente el nuevo Código Civil del Brasil, y los movimientos constitucionales de los últimos tiempos. En esa misma línea de sentido podemos mencionar la Convención Europea de Bioética (Convención de Asturias sobre Derechos Humanos y Biomedicina), la importante declaración de la UNESCO sobre Genoma Humano, la Carta Europea sobre Derechos Fundamentales, todo ello en el contexto de nuevas tendencias en el denominado derecho internacional de los derechos humanos.”¹³

“Como concreción sociológica de este nuevo ideario urge superar las distancias – aun existentes en nuestra región – entre los derechos humanos clásicos, individuales, también denominados negativos o de abstención, para dar paso a derechos positivos, que implican una obligación de hacer, en otras palabras verdaderos derechos humanos prestacionales, que en última instancia persiguen el logro de una mayor justicia tanto en las relaciones interpersonales como entre los Estados.”¹⁴

Aun así, el Derecho no es suficiente ya que la tecnología (ciencia) y la sociedad avanzan mucho más rápido que aquel, por eso se crean los comités de ética.

¹² Ibidem. p. 89

¹³ Ibidem. p. 90

¹⁴ Idem.

El Derecho establece unos mínimos para la convivencia y se basan en el respeto a los Derechos Humanos. El Consejo de Europa (organismo especialmente encargado de velar por el reconocimiento y la efectiva protección de estos derechos) trata de establecer un "derecho común" y de armonizar las legislaciones en el ámbito internacional en materia de Bioética.

La estrecha relación entre la Bioética y el Derecho aparece cuando en los procedimientos de toma de decisiones en las que todos los implicados pueden participar, no hay acuerdo, el Derecho establece los límites de lo permitido.

El principal problema consiste en que la ética y el discurso moral, no tienen aún construidas respuestas a los problemas de la Bioética mientras que por el contrario la teología sí tiene respuestas dogmáticas, lo cual nos conduce a los Derechos Humanos, siendo así un buen recurso la utilización de las normas jurídicas tanto como solución y punto de partida. Por ello es útil unir las nociones de Bioética y Derecho.

La característica que mejor identifica a la Bioética como materia puede ser la multidisciplinariedad ya que los temas de que trata afectan a toda la comunidad y no pueden ser abordados desde la tradicional separación en ramas del conocimiento. De manera que introduce el Derecho, ya que los Derechos Humanos constituyen a la vez las bases jurídicas y el mínimo ético irrenunciable sobre los que, se asientan las sociedades democráticas.

“Como ampliación de las ideas anteriormente expuestas, resulta de particular interés la reiterada jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, como intérprete última de la Convención Americana de Derechos Humanos (también conocida como Pacto de San José de Costa Rica, de 1969). En cuanto reafirma el vínculo inescindible entre los derechos

y libertades fundamentales, sus garantías y el sistema de valores y principios propios de una sociedad pluralista y democrática.”¹⁵

“El concepto de derecho y libertades y, por ende, el de sus garantías es también inseparable del sistema de valores y principios que lo inspira. En una sociedad democrática los derechos y libertades inherentes a la persona, sus garantías y el Estado de Derecho constituyen una triada, cada uno de cuyos componentes se define, completa y adquiere sentido, en función de los otros.”¹⁶

“Estos criterios deben a su vez ser aunados con el contenido del Protocolo de San Salvador (protocolo adicional a la Convención Americana) en cuanto declara la inescindibilidad entre los clásicos derechos civiles y políticos (negativos o de abstención) y los económicos, sociales y culturales (positivos o prestacionales), cuestión ésta particularmente importante con relación a la salud (su promoción, atención y tutela), como verdadero derecho humano fundamental, y también tutelable frente a omisiones inconstitucionales del estado, mediante una acción constitucional de amparo.”¹⁷

“En el orden jurídico y en la praxis judicial ello nos lleva a plantear la necesidad de una tutela judicial continua y efectiva de los derechos fundamentales (en este caso vinculados con una bioética social, bioética cotidiana, o de las cuestiones persistentes o en otros términos de una bioética a pie de obra), que permita dar respuesta real y oportuna en cuestiones, a menudo complejas vinculadas con la bioética frente a acciones

¹⁵ Ibidem. p. 91

¹⁶ Idem.

¹⁷ Ibidem. p. 92

u omisiones incompatibles con los derechos fundamentales consagrados en los modernos sistemas constitucionales.”¹⁸

J. EL DERECHO A LA AUTONOMÍA.

El derecho a la autonomía constituye uno de los principios de la bioética, denominado en el informe Belmont; Principio de respeto a las personas, el cual constituye un presupuesto de carácter individualista.

“Todo desarrollo verdaderamente humano significa desarrollo conjunto de las autonomías individuales, de las participaciones comunitarias, y del sentido de pertenencia con la especie humana.”¹⁹

Se considera autónoma la persona con capacidad para obrar, facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y significado de sus actuaciones y responder de sus consecuencias. La autonomía implica responsabilidad y representa un derecho irrenunciable, derecho que también tiene el individuo enfermo.

La temática se enmarca, como lo enfatiza la UNESCO, en los principios de la dignidad humana, la libertad, los derechos humanos y la justicia. En dicho marco se asumen los clásicos principios de la bioética; beneficencia y no maleficencia. El marco se amplía con el respeto a la diversidad cultural y el pluralismo; con los principios de solidaridad y cooperación y con el de responsabilidad para con la biosfera. Se consideran principios derivados de los anteriores el de la primacía de la persona, la no discriminación, la autonomía y la responsabilidad; el consentimiento informado, la privacidad y

¹⁸ Idem.

¹⁹ Ibidem. 93

la confidencialidad, así como la obligación de compartir equitativamente los beneficios de la investigación.

“Todo esto lleva a ciertos principios de procedimiento; honestidad e integridad; transparencia y apertura, utilización de métodos científicos y racionales; consulta a la comunidad y a los expertos, equidad en los procesos de toma de decisiones. Lo cual conduce a la necesidad de prevenir riesgos, constituir comités de bioética, asegurar el debate público y tener en general en cuenta las prácticas transnacionales. Todo lo anterior exige una educación en bioética, entrenamiento en el tema e información adecuada, y convoca a la solidaridad y cooperación internacional, teniendo en cuenta el papel de los Estados, de los comités internacionales de bioética y el seguimiento por parte de la UNESCO.”²⁰

En el ámbito de la práctica médica, significa que los valores, criterios y preferencias del enfermo son primordiales desde un punto de vista ético, lo cual supone que el objetivo del médico debe ser respetar el ejercicio de la autonomía del paciente en todo lo que se refiera a su salud.

El consentimiento informado, es la expresión máxima del principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente otorgarlo o no, y un deber del médico, solicitarlo.

El respeto al ejercicio de la autonomía del paciente, tiene numerosas implicaciones para el médico:

- Dar al paciente toda la información relevante para que pueda tomar decisiones con conocimiento de causa.

²⁰ Ibidem. p. 194

- Facilitar la comunicación, utilizando un lenguaje comprensible, sabiendo escuchar al paciente con actitud de querer comprender su situación, deseos y preferencias.
- No engañar sobre el diagnóstico, pronóstico y calidad de vida resultante del tratamiento propuesto a menos que el paciente solicite lo contrario.
- Exponer ecuánimemente las distintas alternativas terapéuticas existentes.
- Respetar la confidencialidad, así como las promesas o compromisos contraídos con el paciente.

Si la relación médico-paciente fuera una relación interpersonal de igual a igual, entre dos individuos autónomos que se respetan como tales, no hubiera sido necesario introducir este principio.

Pero ha sido necesario insistir en ello, porque la relación médico-paciente, se ha caracterizado tradicionalmente por una fuerte asimetría. El paciente, como consecuencia de su enfermedad, está en una situación de inferioridad o vulnerabilidad y no posee los mismos conocimientos técnicos-sanitarios que el médico. Esta asimetría es ventajosa para el médico, pero su utilización es ilegítima, ya que aprovechándose de una pericia técnica, tiende tradicionalmente a asumir en exclusiva la toma de decisiones morales, para las cuales, sin embargo, no tiene por qué estar especialmente cualificado, y aún en el caso de que lo estuviera ello no le autoriza a tomar él solo este tipo de decisiones.

La aplicación del principio de autonomía en el ámbito sanitario tiende a horizontalizar la relación médico-paciente, pues protege al paciente de todo aquello que pueda limitar o reducir su autonomía, de posibles abusos de poder.

Las condiciones que debe poseer un individuo para ser considerado autónomo y por lo tanto, que sus decisiones sean respetadas son las siguientes:

- Capacidad para comprender las posibles consecuencias de cada una de las decisiones. Esto exige que se le dé la información adecuada y de forma correcta. La falta de información o la información no adecuada convertirán al individuo en un ser incapaz de comprender y por lo tanto de tomar decisiones.
- Capacidad para comprender las posibles consecuencias de cada una de las decisiones. Habrá consecuencias que dependerán de la propia escala de valores del paciente, pero otras deberán serle explicadas por el médico como parte de la información relevante.
- Capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información relevante y de la propia escala de valores.
- Capacidad para comunicar la decisión tomada de forma clara y reiterada.

El cumplimiento de estas cuatro condiciones permite considerar que la decisión tomada es suficientemente autónoma como para ser respetada.

Se puede establecer como criterio general que el principio de autonomía debe respetarse como norma, excepto si se dan algunas de las circunstancias que permitan considerar a un individuo no autónomo, siendo en ese caso necesario justificar las situaciones en las que haya disminución o inexistencia de la autonomía.

La edad por sí misma, no es un factor que implique forzosamente disminución de la autonomía y debe valorarse en cada caso en concreto. Tal

es el caso de los menores y ancianos, quienes deberán ejercer su derecho a la autonomía a través de sus representantes.

Existen tres grupos de pacientes en los que se exceptúa el principio de autonomía:

1. *“Pacientes con disminución transitoria de su autonomía, en cuyo caso las decisiones que no sean urgentes deben aplazarse hasta que el paciente recupere su nivel de autonomía anterior.*
2. *Pacientes en cuyos casos no existen esperanzas razonables de que puedan recuperar su autonomía, pero son conocidas sus escalas de valores, preferencias, directivas previas o testamento vital, en cuyo caso es preceptivo seguirlas.*
3. *Pacientes que no han sido nunca autónomos y si lo han sido, no se conocen sus escalas de valores, sus preferencias; aquí habrá que tener en cuenta a los familiares que se consideran depositarios de la autonomía del paciente (recién nacidos), y que deberán elegir lo que consideren que es mejor para el paciente y no mejor para ellos mismos”.*²¹

Y es precisamente el derecho a la autonomía que nos lleva a plantear la problemática sobre los mecanismos efectivos que el Estado Democrático debe brindar a los ciudadanos, los cuales necesariamente deben ser normados a fin de que cualquier institución de salud pública o privada, esté obligada a respetar.

Por tanto la máxima expresión del derecho a la autonomía, se encuentra en decidir sobre la propia vida, incluso hasta su culminación; la muerte, como parte integral de la propia vida. Atendiendo siempre a la dignidad humana.

²¹ CASADO, María, *“Nuevos Materiales de Bioética y Derecho”*, México, Ed. Fontamara, 2007, pp. 79-82

“El respeto a la autonomía de la persona es un derecho que adquiere cada vez mayor relevancia y alcance en el ámbito de la sanidad.”²²

Es indiscutible que el tema de la salud, es de los más importantes para todo ser humano y por ende, una de las finalidades de toda organización política, ya que mantener a sus miembros sanos, representa uno de los fines para lo que fue creada, por lo que en materia de salud, el derecho a la autonomía ha cobrado gran importancia.

Cabe apuntar que existen en nuestro país varios ordenamientos jurídicos que tienen su fundamento en el derecho a la autonomía, tal como la permisión del aborto, o la regulación de la eutanasia pasiva en algunos Estados de la República.

Es por lo anterior, que en los siguientes capítulos trataremos el tema de la Eutanasia pasiva, como la máxima expresión del derecho a la autonomía del individuo en cuanto a su propia vida y más específicamente a tener la opción de decidir sobre el momento culminante de la misma.

²² Ibidem. p. 237

CAPITULO II EUTANASIA

G. CONCEPTO.

El término eutanasia, se compone de las raíces griegas eu y thanatos, que significa bueno y muerte respectivamente. Se ha utilizado desde la cultura grecorromana, para referirse a una muerte fácil, tranquila y sin dolor.

“Al parecer el primer registro de su uso se encuentra en la obra del historiador romano Suetonio (69-125 dc.), la vida de los doce cesares, en la que relata que Cesar Augusto tuvo una muerte dulce, a la medida de sus deseos, según lo que había expresado siempre que escuchaba que alguien moría rápidamente y sin dolor. Por eso pedía para él y su familia una similar euthanasia.”²³

Posteriormente en la edad media la eutanasia fue sancionada, por el concepto de que Dios era el único que podía disponer de la vida. Fue hasta después del Renacimiento que se vuelve a retomar parte del pensamiento Griego y Romano y se comienza a hablar nuevamente de eutanasia.

“Para el siglo XVII, el término euthanasia fue introducido al inglés por el filósofo francés Francis Bacon, quien consideraba necesario que los médicos auxiliaran a los enfermos próximos a morir para que tuvieran una muerte tranquila. En su obra el avance de la ciencia, distinguía esta forma de eutanasia externa, concebida como una ayuda del médico para acelerar la muerte, de la eutanasia entendida como asistencia que prepara el alma para tener una buena muerte.”²⁴

²³ ÁLVAREZ del Río, Asunción, “Práctica y Ética de la Eutanasia”, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 24

²⁴ Ibidem. p. 26

Y así fue tomando otra vez impulso la eutanasia, *“una importante obra a favor de la eutanasia fue Medical euthanasia, que Karl F. H. Marx publicó en 1826, y en la cual expone la necesidad de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están cerca de su muerte.”*²⁵

*“Según la Encyclopedia of bioethics, existen cuatro significados de authanatos, que se han manejado a lo largo de la historia: 1) inducir la muerte a quienes están sufriendo; 2) terminar con la vida de quienes son indeseables; 3) dar atención a los moribundos y 4); dejar morir a las personas”.*²⁶

Como podemos observar, el concepto de eutanasia no es uniforme, existen muchos puntos de vista acerca del significado de eutanasia, algunas definiciones como es el caso de la primera habla de inducir a la muerte y precisamente de la persona que sufre, éste como condición para poderla practicar, sin embargo en la segunda nos habla de indeseables, entonces en ésta deberíamos entender por indeseables lo que nuestro criterio personal pudiera considerar. Esta concepción, para algunos, se trata de una definición donde se observa una discriminación para aquellos indeseables.

Por lo que respecta a la tercera definición, se refiere a los tratamientos paliativos, más no habla de causar u ocasionar la muerte, simplemente atención al enfermo. Finalmente la cuarta definición habla de dejar morir, lo que podemos entender como una eutanasia por omisión o pasiva.

Como vemos los conceptos de eutanasia pueden ser variados, en la actualidad continuamos con esta discusión, el poder definir que es la eutanasia.

²⁵ Idem.

²⁶ Ibidem. p. 28

“Wimpert Hart y A.J. Overbeke, ambos neerlandeses, proponen una definición que coincide en gran medida con la que aporta su país, la terminación intencional de la vida o la interrupción intencional de los procedimientos destinados a prolongar la vida, por un médico.”²⁷

Como observamos esta definición habla de una intención, es decir se traduce en un hacer, ya sea para que se termine la vida o bien para evitar su prolongación. Tenemos los dos tipos de eutanasia: la activa y la pasiva, y finalmente debe ser un médico quien pueda ejecutarla.

“Por cuanto ve a la Asociación Médica Mundial, propone una definición aproximada de eutanasia, pero la califica como una práctica que va contra la ética: el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, incluso ante la petición de este”.²⁸

Otra de las definiciones que podemos considerar es la de Alicia Beatriz Azzolini Bincaz, que dice que eutanasia “es el acto de dar muerte, dejar morir o ayudar a morir a otra persona para su bien o en interés de ella.”²⁹

Como podemos observar en esta definición se encuentran los dos tipos de eutanasia; en dar muerte, podemos identificar a la eutanasia activa, cuando habla de dejar morir, identificamos a la pasiva, en cuyos fines se encuentran un bien o interés, y éste consiste en aliviar el dolor, puesto que no podríamos hablar de otro bien o interés hablando de la muerte, que mitigar el sufrimiento del paciente.

²⁷ Ibidem. p. 30

²⁷ Ibidem. p. 31

²⁸ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, *“Eutanasia, aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos,”* México, Ed. UNAM, 2005. P. 5

Finalmente la autora Asunción Álvarez del Río, propone que: *“la eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste.”*³⁰

Es interesante la definición propuesta anteriormente porque nos proporciona los elementos de la eutanasia. En efecto, al hablar de un acto o procedimiento, podemos identificar los tratamientos paliativos, así como el mismo hecho de suministrar sustancias que causen la muerte de inmediato. Otro de los elementos que encontramos en esta definición es que la debe suministrar un médico, efectivamente partiendo de la idea que es el profesional de la salud quien sabe qué sustancias aplicar al paciente, ya sea para provocar la muerte sin dolor, o bien simplemente sustancias que mitiguen el sufrimiento. Y finalmente el elemento de piedad humana hacia los enfermos; evitarles el dolor. Esta es sin duda, la razón de más peso que genera aceptación de la eutanasia. Claro considerar como un elemento, el consentimiento del paciente.

Aun y cuando ésta definición abarca la mayoría de los elementos no podemos hablar de que sea un concepto universalmente aceptado. Simplemente es una definición que puede contener los elementos necesarios de tal figura, aunque cada caso de eutanasia tenga sus particularidades y por ende podemos no coincidir con lo definido.

H. ANTECEDENTES.

A lo largo de la historia de la humanidad, podemos darnos cuenta que el hombre siempre se ha preocupado por la vida, pero no cualquier forma de vida, sino una vida digna, el ser humano ha evolucionado a fin de lograr vivir con salud, el sentirse útil y valerse por sí mismo.

³⁰ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 32

Así, cuando avanza a la etapa de la ancianidad, el individuo va teniendo deficiencias importantes de salud, y poco a poco va siendo incapaz de valerse por sí mismo ya que las enfermedades y la edad avanzada provocan la dependencia de un ser humano de otros.

Claro que esto no es agradable para nadie, pues el depender de otras personas nos hace sentir débiles, y además con una libertad restringida. Es por ello que en los pueblos antiguos, como es el caso de *“los guerreros daneses que consideraban una vergüenza morir en su cama de vejez o de enfermedad, y se suicidaban para escapar a esta ignominia; es el caso de los godos, quienes creían que los que mueren de muerte natural están destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos; o de los visigodos, quienes en los límites de su territorio tenían una roca elevada, llamada la roca los abuelos, desde la que se precipitaban los viejos cuando estaban cansados de la vida. Esta última costumbre se encontraba también en otros pueblos como los Tracios, los Heráculos, etcétera”*³¹.

Es de esta forma que desde las civilizaciones antiguas, ya habían visto la muerte como una forma de terminar con una etapa de dolor y sufrimiento, así como de vergüenza, precisamente por la situación que vive un enfermo o un anciano en la etapa final de vida.

También en las civilizaciones antiguas *“existía la costumbre del sacrificio o privación de la vida de los enfermos incurables, de los viejos, de las viudas y de las personas inhábiles.”*³²

³¹ JUANATEY, Carmen, *“El Derecho y la Muerte Voluntaria”*, México, Ed. Distribuciones Fontamara, 2004. p. 14

³² Ibidem. p. 16

Por cuanto ve a la muerte como remedio del dolor y sufrimiento, “*en la India antigua, los enfermos incurables eran conducidos por sus allegados al río Ganges, donde se les ahogaba mediante la introducción de barro en la nariz y en la boca. Adamo atribuye esta costumbre al deseo de acabar con el sufrimiento de los enfermos incurables y de propiciar a las almas una vida mejor...*”³³

Como hemos visto existen autores que atribuyen estas características a las civilizaciones antiguas: la muerte como un remedio a los males de la enfermedad y de la vejez. Sin embargo se desconoce si existió o no una regulación jurídica de éste tipo de muerte en estas civilizaciones.

En la antigua Grecia también se tiene la figura del suicidio, pero únicamente cuando se ha llevado ante el Consejo el caso particular, y éste órgano colegiado aprobaba causarse la muerte con un veneno llamado cicuta.

Las razones para que el Consejo autorizara la muerte, debían ser lo suficientemente poderosas, tales como la enfermedad incurable, en donde la muerte vendría a aliviar los dolores y sufrimientos del ciudadano. Lo anterior se hacía en razón de que el ciudadano era parte de la polis y como tal, el órgano representativo, debía velar por una vida ordenada y feliz.

Así fue en Grecia “*con la llegada de la medicina científica, la práctica quedó a cargo de los médicos: fue el momento de la medicalización de la eutanasia.*”³⁴

³³ Idem.

³⁴ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 25

En la antigua Roma, la muerte tenía un significado muy importante, los castigos tales como la muerte en la cruz era signo de vergüenza y exhibición para escarmiento de los delincuentes. Por tanto de una forma similar a Grecia, los romanos debían pedir al Senado la autorización para el suicidio; también debía ser por casos trascendentes, para aliviar el dolor y sufrimiento de los romanos.

El romano que se diera muerte sin una causa de dolor o sufrimiento se le anulaba el testamento y pasaban sus bienes al fisco, sin embargo si era por dolor, el testamento era considerado como válido.

Existieron en Roma, según algunos textos como el Digesto, motivos lícitos cuya concurrencia *“excluía la confiscación: el cansancio de la vida, el dolor físico y la enfermedad, la aflicción ante la pérdida de una persona querida, la vergüenza ante una deuda insalvable, el deseo de una muerte gloriosa, la locura y la demencia”*.³⁵

Durante la Edad Media, por la influencia del Derecho Romano y el cristianismo, el suicidio es considerado una conducta contraria a los mandatos de Dios, por ello la Iglesia Católica promulgó normas en donde se prohibían las misas, los salmos, las ofrendas, incluso la sanción más fuerte impuesta por ésta, fue la prohibición de sepultura en campo santo, a los que hubiesen optado por el suicidio.

Estas ideas medievales señalaban que: *“Dios era el único que podía disponer de la vida de las personas. Se aceptaba que tanto la vida como el sufrimiento formaban parte de los planes divinos, por lo que se prohibía toda*

³⁵ JUANATEY, Carmen, Op. Cit. p. 31

acción encaminada a acelerar la muerte de alguien, por muy dolorosa que fuera su agonía.”³⁶

En las épocas posteriores se siguió utilizando éste criterio, por la mayoría de países europeos, basados principalmente en las ideas de la iglesia católica; sancionaban al suicida, ya fuera con la confiscación del patrimonio o con la prohibición de ciertos ritos mortuorios.

Fue hasta el siglo XVIII, que el suicidio desaparece como figura jurídico-penal, pero no la participación en el suicidio de otro o el homicidio consentido. Esta despenalización se verificó en Prusia y hasta el siguiente siglo en Austria e Italia.

Estados Unidos de Norte América, siguió la misma línea europea al sancionar al suicida, fue hasta 1701, que Pelsylvania abolió la confiscación como pena, y a partir de este momento, la mayoría de las colonias también lo abolieron.

“En la primera mitad del siglo XX, tanto en América como en Europa se discutía la conveniencia de legalizar la eutanasia, y entonces surgieron las primeras asociaciones en defensa del derecho a una muerte digna. Sin embargo este proyecto se vio ensombrecido por el terrible genocidio que por esos años los nazis presentaron como proyecto eutanásico”³⁷

Posteriormente con las guerras fue muy impactante la muerte de los seres humanos, por lo que se impidió el desarrollo de la eutanasia. Ya para el siglo pasado, con el desarrollo de enfermedades tales como el sida, el cáncer, la diabetes, y otras enfermedades degenerativas, que no tienen aun

³⁶ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 26

³⁷ Ibidem. p. 27

cura, se ha retomado la necesidad de mitigar el dolor que provocan las mismas. El sufrimiento en agonía del ser humano ha sido un tema actual a discutir entre las comunidades medicas, éticas, religiosas y jurídicas.

“La primera sociedad a favor de la eutanasia se formó en Inglaterra, antes de la Primera Guerra Mundial. En los Estados Unidos, la sociedad más antigua que reúne a los partidarios del suicidio asistido existe en Nueva York desde el año de 1938, más tarde en 1988 cambió el nombre y ahora es conocida como Asociación Pro-Derecho a morir, que incluye la eutanasia en todas sus formas; en Australia, Alemania, Japón, China, Filipinas, Israel y otros países, existen sociedades semejantes.”³⁸

“En México la eutanasia pasiva es una práctica mucho más extendida que la activa. En muchos hospitales se aplica con el consenso de familiares y médicos para terminar con la vida de pacientes que no tienen posibilidad de mejorar. Se aplica generalmente en pacientes inconscientes y se espera que la muerte sobrevenga en poco tiempo (unas horas o unos días), para lo cual se les retira el apoyo que sostiene su vida. Esta práctica no plantea los problemas morales de la eutanasia activa y, sin embargo, debería preocuparnos el hecho de que los pacientes no hayan tenido oportunidad de expresar su voluntad cuando todavía estaban conscientes.”³⁹

I. CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA.

Como hemos visto la práctica de la Eutanasia a través de la historia, ha tenido distintas connotaciones: castigada o como una forma de huir de la vergüenza, permitida o prohibida, sin embargo no cabe la menor duda que

³⁸ HURTADO Oliver, Xavier, “El Derecho a la Vida y a la Muerte”, México, Ed. Porrúa, 1999.p. 130

³⁹ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 242

en todo tiempo, la práctica de la eutanasia ha ido acompañada de la misma vida del hombre.

Existieron una gran variedad de formas de justificar el culminar con la vida de una persona, y por tanto también un sin número de prácticas tendientes a lograrlo. En la actualidad no son desconocidas las prácticas de eutanasia, ya sea que se lleven de forma clandestina en hospitales e incluso en el mismo hogar de la persona próxima a morir. O bien bajo la regulación de algunas legislaciones que lo permiten y determinan los procedimientos para que se pueda aplicar.

Nuestra sociedad cada vez más preocupada por el valor de la vida y en especial por el respeto a la dignidad humana, ha levantado la voz para exigir el reconocimiento de derechos humanos, que en épocas anteriores no se podrían imaginar. Uno de estos derechos se le ha denominado derecho a la autodeterminación, es decir el poder decidir sobre la propia vida y por ende, sobre la muerte. Acontecimiento natural e inevitable para todo ser mortal.

Es por ello que en los últimos años, se han debatido los temas relacionados con la vida y con la muerte, la eutanasia ha sido uno de los más importantes para las sociedades democráticas, en donde el reconocimiento y respeto a los derechos humanos es uno de los elementos principales de estos sistemas.

Así a lo largo y ancho del globo terrestre, existen países que han reconocido el derecho a decidir sobre la propia vida y por ello decidir sobre el momento de la muerte, algunos de ellos han creado legislaciones para regular la eutanasia, otros mediante resoluciones judiciales, pero todos basados en el derecho a la libre autodeterminación, algunos permiten la eutanasia en su máxima expresión, el poder decidir cuándo y como morir,

con ayuda de medicamentos; otros, comienzan a permitir solo en ciertos casos y sobre todo sin llegar a permitir la administración de sustancias que culminen con la vida, sino simplemente dejar a la naturaleza actuar y decidir el momento fatal.

De lo anterior, se desprende que la eutanasia se ha clasificado según las variaciones en que se puede aplicar y cómo se puede aplicar.

Así como existen una gran diversidad de conceptos de eutanasia, algunos sólo se refieren a la eutanasia activa, y otros a la pasiva. También existen conceptos que abarcan a ambas, y otros que dependiendo de la situación en específico generan una definición particular de esta figura.

De la misma forma existen diversos criterios de clasificación de la eutanasia. Entre las más sobresalientes, encontramos la eutanasia activa y la eutanasia pasiva:

1. Eutanasia activa. *“Es aquella en que una persona, en general pero no necesariamente un médico, administra a otra persona, a sabiendas de que con ello la matará, una droga, que no produce mayor dolor.”*⁴⁰

Como podemos observar ésta definición se refiere a un agente activo, quien ejecuta una acción, encaminada a producir la muerte, mediante drogas, las cuales no deben producir dolor. Dentro de este concepto podemos agregar que debe ser ejecutado por un médico. Ya que es el profesional que debe aplicar los medicamentos o drogas más adecuados para no causar dolor, dependiendo del caso de que se trate. Puesto que de ser cualquier persona, su carencia de conocimientos nos llevaría a obtener

⁴⁰ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 6

como resultado la muerte, pero no garantizarían que la misma se produjera sin dolor.

2. Eutanasia Pasiva. *“es la sola suspensión (en realidad terminación), del tratamiento que mantiene con vida a una persona. Esta suspensión puede producirse por cualquiera de las tres formas siguientes: a petición expresa del paciente, si está consciente; por previsión del paciente, en una declaración considerada legal y válida, o a solicitud de las personas que el paciente o la ley considere idóneas...”*⁴¹

*“La eutanasia pasiva puede revestir dos formas. La abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se inicia el tratamiento y en el segundo se suspende el ya iniciado, ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir.”*⁴²

En esta definición de eutanasia pasiva, nos enfrentamos ante una omisión, que si bien es cierto podemos entenderla como un simple dejar que algo suceda, a lo largo de la historia se ha debatido la conducta omisiva, en cuanto a su moralidad.

“Philippa Foot, hace una distinción relevante para explicar ciertas decisiones morales. Primero, distingue entre permitir y causar algo, y después, entre dos sentidos de permitir. En el primer sentido, permitir está relacionado con la idea de abstenernos, de prevenir; hay una serie de acontecimientos que ya está sucediendo y hay algo que puede hacer una persona para impedirlo. En el segundo sentido, permitir se refiere a la idea de dejar que algo suceda: remover un obstáculo que está impidiendo que se desarrolle una serie de sucesos. Mientras que causar algo estaría

⁴¹ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, *“Derechos humanos, aborto y eutanasia”*, México, Ed. UNAM, 2008, p. 88

⁴² CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 275

relacionado con la eutanasia activa, que implicaría matar a alguien; permitirlo se relacionaría con la pasiva, que significa no hacer nada para evitar la muerte.”⁴³

De la anterior definición podemos concluir que, una conducta pasiva puede ser más aceptada por la sociedad, ya que como lo hemos visto, no hacemos algo que pudiera mantener o prolongar la vida de una persona, permitiendo con ello que llegue su muerte natural.

También “Se ha llamado eutanasia pasiva a la suspensión de las medidas de sostén o en su caso, de resucitación que mantienen la vida de un enfermo, a diferencia de la eutanasia activa, que implica la administración de una sustancia o la realización de una maniobra que produzca directamente la muerte del paciente.”⁴⁴

De igual forma, otros autores han tomado al suicidio asistido como parte de esta clasificación, en tanto que lo definen como *“el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse... para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia. Se distingue de la eutanasia voluntaria en la que el médico, además de proporcionar los medios, es el agente real de la muerte en respuesta a la solicitud del paciente.”⁴⁵*

Otra clasificación se refiere a la eutanasia voluntaria y no voluntaria.

“La voluntaria hace referencia a que el sujeto solicita o consiente su propia muerte, dentro de la cual puede distinguirse:

⁴³ Ibidem. p. 124

⁴⁴ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 201

⁴⁵ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 40

- *La eutanasia voluntaria activa, que consiste en la realización de conductas activas que producen materialmente la muerte de una persona o le ayudan a morir, y que, a su vez, puede ser directa (cuando la conducta del sujeto activo se dirige intencionalmente al acortamiento de la vida) o indirecta (cuando la conducta del sujeto activo se dirige a aliviar el sufrimiento del sujeto, pero, al mismo tiempo, se produce como efecto secundario – no buscado – un acortamiento de la vida) y;*
- *Eutanasia voluntaria pasiva, consistente en la realización de conductas omisivas que provocan la muerte del sujeto o le ayudan a morir. Por ejemplo, cuando se suprimen las medidas que mantenían con vida a una persona y esta suspensión produce la muerte...*
- *La eutanasia pasiva indirecta: “Hemos llamado eutanasia indirecta a la aplicación de sustancias que mantienen sedado y sin molestias a un paciente con suspensión de su alimentación. El enfermo irá poco a poco disminuyendo en sus funciones vitales y fallecerá en un lapso breve. El procedimiento es menos violento que la simple eutanasia activa y más parecida a la muerte natural.”⁴⁶*

En este caso la eutanasia pasiva se ve apoyada por sustancias que no causan la muerte inmediata, como es el caso de la eutanasia activa, sino que se apoyan de sustancias que provocan la sedación y por tanto se mantiene el enfermo sin sentir molestia alguna, al retirar los respiradores y la alimentación, solo se espera el desenlace final.

⁴⁶ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 204

Este tipo de eutanasia no es simplemente dejar de aplicar o suspender un tratamiento, pero tampoco es aplicar sustancias que terminen con la vida. Se trata de suspender o no aplicar tratamientos, y para evitar dolor o sufrimientos del paciente, se le aplican sustancias para sedarlo, en este supuesto el paciente no tendrá que soportar los dolores que implican el no poder respirar, y las reacciones dolorosas al no tener alimentación. Esperando simplemente que el mismo organismo deje de cumplir sus funciones vitales. Por ello se trata de una forma más natural de esperar la muerte, sin dolor, sin sufrimiento, pero sin provocarla de forma directa.

- *La eutanasia no voluntaria, cuando la persona se encuentra incapacitada para poder emitir su consentimiento, lo que puede ocurrir, por ejemplo, cuando se trata de menores de edad o deficientes mentales, personas en estado de coma tras un accidente, etc. Es muy importante en este punto establecer la distinción entre eutanasia no voluntaria y la involuntaria. Esta última se lleva a cabo en contra de la voluntad del sujeto o sin su voluntad, cuando éste se encuentra en condiciones de poder expresar un consentimiento válido...*⁴⁷

“Al igual que ocurría con la eutanasia voluntaria, dentro de la eutanasia no voluntaria, se pueden establecer distinciones entre:

- a) Eutanasia no voluntaria activa – directa o indirecta –, y*
- b) Eutanasia no voluntaria omisiva – directa o indirecta – .*⁴⁸

Como hemos visto la clasificación de la eutanasia es extensa, diferentes autores dan sus puntos de vista en cuanto a las clasificaciones.

⁴⁷ JUANATEY, Carmen, Op. Cit. pp. 129-130

⁴⁸ Idem.

Por cuanto ve al presente trabajo, abundaremos solo en la eutanasia pasiva. Como una forma legal y humana de accionar el derecho a la muerte digna, en el ejercicio total de autodeterminación.

Finalmente cabe apuntar que *“La eutanasia voluntaria implica un conflicto de intereses en circunstancias tales que la salvaguarda de unos intereses o bienes dependen del sacrificio de otros. Estos intereses en conflicto son, por un lado, el derecho a la vida... y por otro lado, la libertad... la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad... el derecho a la libertad de los individuos... y el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes.”*⁴⁹

J. EUTANASIA PASIVA Y ORTOTANASIA

Además de la clasificación anterior, en los últimos años, se ha puesto de moda la palabra Ortotanasia, también como una forma más de designar a la eutanasia pasiva.

La “ortotanasia” (del griego “orthos”, recto, justo...que observa el derecho conforme a la razón, que obra con juicio...) designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.

Con esta palabra se ha querido designar la muerte justa, a su tiempo, en su hora, sin acortamientos de la vida o adelantos de la muerte, por una parte, o sin prolongaciones de la vida ni retrasos de la muerte, por otra. Este término fue acuñado por el Doctor, Boskan de Lieja en Bélgica, en 1950.

⁴⁹ Ibidem. p. 135

“Según la iglesia católica su creación surge de la necesidad de acudir a un término que designe precisamente la buena muerte, que es lo que se supone que tendría que significar la eutanasia, y que sin embargo ya no significa, porque en la actualidad hace referencia a la otra realidad mencionada, una forma de homicidio consentido.”⁵⁰

Por lo anterior es que en la actualidad para referirse a la práctica de la muerte digna, no se utiliza la palabra eutanasia, pues a lo largo de su evolución histórica se le han asignado diversos sentidos siempre asociados a matar, en la actualidad la eutanasia se refiere a provocar la muerte, hay quienes piensan que la eutanasia pasiva y activa, son la misma cosa, pues se dice que no existe diferencia entre matar y dejar morir, ambas una conducta activa y la otra omisiva, con el mismo efecto: causar la muerte.

Ahora bien, nos encontramos frente a un problema en cuanto a los significados de la eutanasia pasiva y la ortotanasia, pues algunos autores determinan que significan lo mismo, y otros opinan que tienen características diferentes.

La eutanasia pasiva, se refiere a no aplicar algún tratamiento al paciente, ya sea que él mismo así lo solicite, o bien que por no estar consciente o no tener la capacidad para otorgarlo, lo decidan sus familiares. También otra forma de eutanasia pasiva, se refiere a la interrupción de algún tratamiento, de igual manera a solicitud del mismo paciente o de algún familiar.

Así la eutanasia pasiva, hay quienes la consideran un homicidio por omisión, como la iglesia católica, ya que dejan morir al enfermo, al no aplicar

⁵⁰ SÁNCHEZ Jiménez, Enrique, *“La Eutanasia ante la moral y el derecho”*, España, Ed. Universidad de Sevilla, 1999, p. 45

el tratamiento o bien al suspenderlo, cuando éste ayuda a preservar su vida, hasta el mismo momento en que deba morir.

Así la eutanasia pasiva sigue siendo una forma de dar muerte a un paciente. Ya que como lo he mencionado, se omite realizar las conductas para mantener la vida. Por tanto considera la iglesia que la eutanasia pasiva es inmoral pues atenta contra el derecho a la vida. En nuestro país se encuentra protegido el mismo y penado el homicidio, resultando un homicidio por omisión.

Ahora bien, nos encontramos ante un problema al poder saber cuándo y en qué circunstancias se pudiera interrumpir o no aplicar algún tratamiento. Es decir cuando es eutanasia pasiva y cuando es ortotanasia.

En primer lugar, ambas figuras requieren que se exprese la voluntad del paciente o sus familiares, de que no se le administre algún tratamiento o bien se suspenda el mismo. Sin embargo la diferencia radica en distinguir; qué tipo de tratamiento se pueden suspender o no aplicar al paciente, puesto que en el momento de dolor o sufrimiento, seguramente cualquier persona podría solicitar que se le deje morir, para no continuar con la vida.

Para efectos de la eutanasia pasiva, se deberá informar al paciente sobre los tratamientos que se pueden aplicar, además de señalarle cual es el efecto de dicho tratamiento. En caso de que el paciente no tenga cura a su mal, entonces el paciente lo podrá elegir o bien pedir se suspenda.

Para la ortotanasia, de igual forma se debe informar al paciente de los tratamientos que pueden aplicarle, sin embargo, solamente se podrán suspender o dejar de aplicar, a petición del paciente, los tratamientos que tiendan a alargar el momento de la muerte del paciente.

La diferencia tal vez es poco visible, sin embargo es importante remarcar ésta diferencia, en la figura de la eutanasia, la suspensión de cualquier tratamiento, siempre que el paciente sea terminal, y que lo haya solicitado. Incluso los tratamientos tendientes a aliviar los dolores o las intervenciones que puedan ayudar en cierta forma al paciente, a soportar su enfermedad.

Para la ortotanasia, además de los requisitos anteriores, es necesario que el tratamiento solo tenga por finalidad alargar el momento de la muerte, es decir solo se pueden suspender o no aplicar, los tratamientos destinados a mantener la vida, pero no los que puedan mantenerla o puedan hacer tolerable la enfermedad.

La ortotanasia no busca la muerte adelantada, sino espera el momento natural de la muerte, y considera que no aplicar o suspender tratamientos que mantengan la vida, genera adelantar la muerte, es decir mantenerse omiso ante las necesidades corporales para continuar sus funciones naturales.

Y además en todo momento respetando su dignidad de la persona. Por tanto, cada caso debe ser analizado y puesto a consideración de un grupo de especialistas, para que determinen su procedencia o improcedencia.

K. DISTANASIA.

También nos podemos encontrar en el otro extremo; la medicina a través de sus avances científicos y tecnológicos ha logrado mantener la vida de un ser humano mediante el uso de mecanismos artificiales.

Es claro que estos avances han surgido en razón de lograr mantener y conservar la vida, en beneficio del propio ser humano, a fin de garantizar el

derecho a la vida y a la salud. Sin embargo cuando la aplicación de estos métodos son inútiles para dar al paciente una mejor calidad de vida, entonces se aplican solo como una obstinación terapéutica, solo por tener al paciente vivo sin garantizar mejoría o salud, entonces también se están violentando los derechos del paciente, pues de nada servirá conservarlo vivo, sin tener un pronóstico favorable, sin que pueda estar consciente, o sin darle una esperanza de vida.

“Cada día son más los casos en que los médicos, el sistema hospitalario y todos los intereses implicados en éste magno nudo se obsesionan en mantener vivo al paciente casi muerto, descerebrado, etcétera, sin pensar en el ser humano. Esta conducta amorala se ciega ante la evidencia natural de liberación de sufrimiento.”⁵¹

A estos procedimientos se les ha denominado distanasia, como la obstinación de mantener vivo al paciente a cualquier costo, incluso sin tener ninguna esperanza de mejora. Claro, éste procedimiento tampoco es aceptado, pues se considera inmoral, y violatorio a la dignidad humana. Un ser humano que mediante mecanismos artificiales se le mantiene con vida, sin esperanza alguna de que pueda realizar las funciones fisiológicas por sí mismo, es simplemente un ser humano vejado en su dignidad humana.

“La “obstinación terapéutica” es la aplicación de intervenciones quirúrgicas y/o medidas de resucitación u otros procedimientos no habituales a enfermos terminales cuyo fallecimiento por inminente y/o consumado se retarda por todos los medios”.⁵²

⁵¹ BEHAR, Daniel, *“Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia?”*, México, Ed. Pax México, 2007, p. 77

⁵² WWW. Mercaba. Org.

Esto genera que una persona viva, sólo mediante máquinas que le proporcionan los elementos necesarios para mantenerlo vivo, o aparentemente, con signos vitales, tal vez tenga respiración, la cual se la proporciona un respirador artificial, probablemente tiene función intestinal o digestiva, que se la proporciona la alimentación artificial, o una máquina de diálisis, tal vez le hagan transfusiones sanguíneas y choques eléctricos para que siga latiendo el corazón, sin embargo en nada ayudan para lograr su recuperación o mejorar su salud, por tanto es atentar contra la dignidad humana, ya que como lo he mencionado, tenemos derecho a ser tratados con dignidad y por ende a una muerte digna. Y retardarla ocasiona seguramente una agonía prolongada e innecesaria.

“Richard Taylor, describe así una unidad de cuidados intensivos: Hileras de preparados fisiológicos – también conocidos como seres humanos – yacen rodeados de una cantidad asombrosa de chismes mecánicos. En cada orificio natural aparecen tubos y catéteres de alguna clase, y en varias partes del cuerpo se practican nuevos orificios para poder introducir más tubos. A través de estos tubos se inyectan o drenan fluidos multicolores, los respiradores artificiales suspiran, los aparatos de diálisis zumban, los monitores se crispan y el oxígeno burbujea a través de los humectadores. Los desgraciados rehenes, por fortuna ajenos a su entorno – a causa de las drogas o de forma natural – yacen silenciosos mientras el ritual de la profanación se lleva a cabo.”⁵³

En este caso los medios utilizados no son proporcionados, puesto que rebasan en mucho al gran esfuerzo, tal vez económico, familiar, y lo más importante, el esfuerzo físico y emocional del paciente, ante un diagnóstico fatal, ante una nula esperanza de vida, ante la inminente muerte del mismo.

⁵³ BEHAR, Daniel, Op. Cit. p. 77

“La distanasia es el polo situado en el extremo contrario de la eutanasia y, con justificación y acierto, se le conoce también con el nombre de ensañamiento terapéutico, porque su rasgo distintivo es la prolongación de la vida – y de la agonía – mediante la prolongación del sufrimiento físico y mental del enfermo, así como del padecer de la familia y del cuerpo social.”⁵⁴

“Distanasia no es vida en el sentido exacto, preciso y grato del término que implica existencia ni sólo lo contrario de la eutanasia, sino la antítesis de dignidad, calidad de vida, libertad y respeto; distanasia es la instalación, mantenimiento o acción de no retirar tratamientos heroicos o extraordinarios a quien ya no tiene ninguna probabilidad de sobrevivir, por esencia torturadores, vejatorios y nulificadores o menguantes de la dignidad, la tranquilidad, el bienestar y la felicidad.”⁵⁵

Prolongar la vida cuando ésta se vuelve imposible de restablecer o mejorar, atenta contra la dignidad del paciente, contra la misma naturaleza que nos indica que nada se puede hacer para evitar la muerte. Estos procedimientos que alargan la agonía deben evitarse, puesto que el hombre tiene derecho a vivir con dignidad, y a morir con la misma dignidad, que la propia naturaleza ha otorgado. Y cuando la vida se ha extinguido, de nada sirve alargar unos momentos más, pues el costo es muy elevado, y el resultado, el mismo.

L. EL PUNTO MEDIO ENTRE EUTANASIA Y DISTANASIA.

No disponer de la vida para terminar con ella en el momento en que decidamos, ni alargar la agonía frente a una muerte inminente.

⁵⁴ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 226

⁵⁵ Idem.

“La ortotanasia es el punto medio – el equilibrio – tan predicado por Platón y Aristóteles; es una muerte digna y al tiempo para quien los hados y las circunstancias han decretado ya el término de la vida, no a destiempo como la eutanasia, pero tampoco una continuación del dolor físico y psíquico para quien aun vive y todavía no muere.”⁵⁶

La ortotanasia nos sugiere el punto medio entre matar y prolongar la vida obstinadamente. En donde los medios utilizados deben ser proporcionados en atención a su finalidad, en el caso de la distanasia, los medios son inapropiados, ya que de ninguna forma podrán conseguir mejorar la calidad de vida del paciente, puesto que la misma se ha agotado, simplemente se logra alargar la agonía, el dolor y sufrimiento. Mientras que la ortotanasia nos propone no utilizar medios que no tengan ningún beneficio para el paciente, y sólo provoquen alargar el momento de la muerte, pero también nos cuestiona suspender cualquier tratamiento o mantenernos inactivos frente al dolor y sufrimiento del paciente, frente a la posibilidad de llegar de forma natural pero asistido médicamente al momento final de la vida.

“De acuerdo con esto, cuando existe un enfermo en peligro próximo de muerte la posibilidad cierta de recuperación, debemos considerar que son proporcionados todos los medios técnicos posibles, ya que existe una fundada esperanza de salvarle la vida. El problema se nos presenta cuando no se confía en la recuperación, sino sólo en un posible alargamiento de la vida. Entonces es cuando el médico no debe obstinarse en prolongar innecesariamente la vida del paciente, sino que debe dejarle morir en paz, siempre respetando la voluntad del enfermo si está en condiciones de manifestarla.”⁵⁷

⁵⁶ Ibidem. p. 228

⁵⁷ SÁNCHEZ Jiménez, Enrique, Op. Cit. p. 49

Por tanto la ortotanasía, es una forma de respetar el derecho a la dignidad de la persona, incluso cuando se enfrenta al desenlace final que es la muerte. Pero no en cualquier situación ni bajo cualquier circunstancia. La ortotanasia tiene una vertiente más angosta que la eutanasia pasiva, puesto que la ortotanasia permite no intervenir al paciente o interrumpir el tratamiento, cuando éste no garantice la cura de la enfermedad o el mejoramiento de la salud, claro bajo el consentimiento del mismo paciente o sus familiares. Pero se hace más estrecho en cuanto a que solo permite suspender ciertos tratamientos y en ciertas circunstancias, por ejemplo: en pacientes que no pueden alimentarse y se les alimenta artificialmente, si hablamos de ortotanasia, no se le debe retirar la alimentación, pues de hacerlo, estaríamos matando al paciente por falta de alimentación, cuando la alimentación artificial no se considera como un medio obstinado de mantener la vida, sino más bien como un derecho a alimentarnos.

“Concretamente, las palabras del profesor Gafo, son las siguientes; ya hemos indicado que nos parece totalmente legítima la desconexión del respirador. Pero ya aparece mucho más dudoso que se le pueda dejar de alimentar con suero. Existen ciertamente opciones que consideran que se trata de una forma de alimentación artificial, extraordinaria y desproporcionada y que, por tanto, es legitimo dejar morir por consunción a un paciente irremediabilmente perdido. A nosotros nos parece que el derecho a ser alimentado es tan primario que no aceptamos la suspensión de toda alimentación, aunque se haga mediante una técnica artificial, por otra parte hoy tan ordinaria como puede ser la alimentación por vía venosa.”⁵⁸

Es así que la ortotanasia en estricto sentido no acepta que se suspenda o no aplique un tratamiento el cual provoque adelantar el momento de la muerte. En el caso particular de la alimentación artificial, si el paciente

⁵⁸ Ibidem. p. 57

terminal sin ninguna esperanza de vida, tiene una deficiencia para alimentarse, no alimentarlo sería provocarle la muerte, por tanto la ortotanasia propondría alimentar al paciente y administrarle un tratamiento paliativo hasta que por sí mismo muera.

“La ortotanasia es la procuración de cuidados diversos al doliente, sea por medio de los trabajadores del equipo profesional de salud que lo atiende, sea por su familia o bien por las demás voluntarias que en cada hospital o asilo prodigan su solidaridad y esmero a quien lo requiere.”⁵⁹

Por tanto hablamos de cuidados paliativos, conjugados con la omisión, y además con el trato digno y humano hacia el paciente.

Finalmente y para concluir este capítulo, la ortotanasia a pesar de que teóricamente se han hecho diferencias, no deja de ser una eutanasia en sentido estricto, pues el comportamiento ortotanásico es condición necesaria y suficiente de la muerte del sujeto. Pero con ella no se marca una distinción relevante, pues se enmascara la decisión de causar la muerte de un sujeto tras una distinción pretendidamente técnica y el establecimiento de un supuesto momento de la muerte, cuando es lo cierto que lo que se decide en la ortotanasia es lo mismo que lo que se decide en las demás eutanasias, es decir, si es bueno prolongar la vida de dicho sujeto.⁶⁰

⁵⁹ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 229

⁶⁰ ÁLVAREZ Gálvez, Íñigo, “La eutanasia voluntaria autónoma”, Madrid España, Ed. Dykinson, 2003 p.

CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN DE LA EUTANASIA PASIVA.

La vida como máximo derecho humano, ha sido defendida a lo largo de la historia, así como su reconocimiento y respeto ha sido estandarte de luchas incansables. Hoy en nuestra sociedad mexicana, vemos el derecho a la vida como el primer derecho que se debe respetar y garantizar, pues de ello, depende el reconocimiento y respeto de los demás.

Así en el presente capítulo trataré los derechos de los que somos titulares, iniciando con el más importante, **el derecho a vida**, para de ahí derivar un cúmulo de derechos; entre ellos, la autodeterminación y la información, a fin de poder justificar que el reconocimiento y regulación de la eutanasia pasiva, es garante del respeto a los mismos.

A. DERECHO A LA VIDA.

“La clasificación de los derechos humanos que propone Atienza, parte de la idea de que tener un derecho significa ocupar una situación favorable en el marco de una relación jurídica, pero insiste en que no todas las situaciones jurídicas pueden reconducirse a un único tipo de relación – como parece que en ocasiones se ha entendido-; la que se establece entre el titular de un derecho subjetivo y el sujeto de una obligación jurídica. Siguiendo a Hohfeld, Atienza distingue cuatro modalidades jurídicas activas: derecho subjetivo, libertad, poder e inmunidad, y otras tantas modalidades pasivas: deber, no derecho, sujeción e incompetencia.”⁶¹

“Dentro de los derechos subjetivos, pueden distinguirse estos cuatro tipos:

⁶¹ JUANATEY, Carmen, *Op. Cit.* p. 110

- *Derechos en los que la conducta por parte del titular es facultativa o libre, mientras que el sujeto obligado debe realizar una conducta positiva.*
- *Derechos en que la conducta por parte del titular tiene carácter obligatorio, mientras que el sujeto obligado deber realizar una acción positiva.*
- *Derecho en que la conducta por parte del titular es facultativa, mientras que la conducta del obligado consiste en un no hacer, en omitir.*
- *Derecho en que la conducta por parte del titular es obligatoria, mientras que la conducta del sujeto olivado consiste en un no hacer...*⁶²

*“El derecho a la vida debería configurarse, en principio, como una libertad positiva, lo que significa que los otros, y en particular el Estado, están obligados a efectuar aquellas acciones necesarias para que podamos seguir viviendo, pero lo que no pueden es obligarnos a vivir.”*⁶³

*“La indisponibilidad absoluta del derecho a la vida sería, como ha señalado Gascón Abellán, una manifestación de paternalismo injustificado.”*⁶⁴

En un estado de derecho el derecho a la vida debe interpretarse como un derecho de máxima libertad, cuyo ejercicio por su titular debe estar garantizado dentro de un ámbito de autonomía individual que no puede ser perturbado por el Estado ni por terceros.

⁶² Ibidem. p. 111

⁶³ Ibidem. p. 113

⁶⁴ Ibidem. p. 114

“Diez Ripollés, por su parte, afirma que el reconocimiento del derecho a la vida en el artículo 15 CE (Constitución Española), genera dos tipos de deberes para el Estado, en especial, pero también para el resto de los ciudadanos: un deber de no hacer, consistente en abstenerse de menoscabar tal derecho; y otro deber de hacer, que obliga a proteger y promover el ejercicio del derecho a la vida. A un mismo tiempo, considera que la extraordinaria importancia del bien jurídico vida, la irreparabilidad de su lesión, y, especialmente, las consecuencias sociales inaceptables que se derivarían de aceptar obligaciones positivas correlativas al reconocimiento de un derecho fundamental a morir, aconsejan excluir del ámbito de protección constitucional el derecho a prescindir de la propia vida. No obstante, admite que la disponibilidad de la propia vida tiene una relevancia indirecta en el artículo 15 CE, a través de la prohibición de tratos inhumanos o degradantes que forma parte esencial del derecho fundamental a la vida.”⁶⁵

El derecho a la vida goza de una supremacía absoluta por ser el centro y principio de todos los demás derechos, por lo que debe prevalecer siempre en el conflicto con cualquier otro derecho.

La vida es el presupuesto y condición del ejercicio y disfrute de todos los derechos, de los cuales es titular el ser humano, por ello, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha determinado que todo individuo gozará de todos los derechos humanos, tanto los reconocidos por la misma, como los que reconocen los tratados internacionales en que México sea parte. Es por ello y en razón de que la vida es el mayor derecho de que goza el ser humano, puesto que es el presupuesto básico para poder disfrutar y ejercer los demás derechos.

⁶⁵ Ibidem. 95-96.

Por tanto, es obvio que la protección se debe a todo individuo, en nuestro caso, sin importar su grado de salud o enfermedad, tanto los que se encuentren en situaciones críticas como enfermos terminales. Para que las personas con estas características puedan ver garantizado su derecho a la vida, tenemos legislaciones que crean instituciones médicas, quienes tienen la obligación de brindar servicios tendientes a procurar la conservación de la vida.

Por tanto en nuestro país, se les debe brindar atención médica que garantice éste derecho. Una atención adecuada para el tratamiento del paciente, respetando en todo momento su dignidad humana.

El artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone:

“Artículo 1o. 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...

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

De la lectura del presente artículo, se desprende en primer lugar, que somos titulares de los derechos humanos reconocidos por la misma constitución y por tratados internacionales. Esto nos lleva a considerar que todo individuo tiene derecho a primero a la vida, a la salud, a la autodeterminación; y en el segundo párrafo podemos determinar que nos concede el derecho a la dignidad humana.

Partiendo de ésta premisa, podemos considerar que los derechos humanos, por ser inherentes a todo ser humano, deben ser respetados y sobre todo, como lo indica la propia constitución en el mismo artículo; *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos...”*⁶⁶

El estado puede proteger la vida, pero no imponer el deber de vivir en todas las circunstancias.

No se trata de un derecho absoluto: el derecho a la vida puede entrar en colisión con otros derechos y debe ser ponderado.

“La concepción del derecho a la vida que implica el mantenimiento de ésta incluso en contra de la voluntad de su titular, debe ceder paso a concepciones más acorde con el respeto al derecho de autodeterminación de las personas y con el carácter laico del Estado.”⁶⁷

“El derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones personales.”⁶⁸

K. DERECHO A LA AUTONOMÍA.

*“La autonomía vital consiste en la libertad que tiene toda persona para conocer y decidir acerca de las implicaciones de un tratamiento médico y 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 personal.”*⁶⁹

⁶⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 1

⁶⁷ CASADO, María, Op. Cit. p. 235

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. p. 90

El derecho a la autonomía, es el poder decidir sobre la propia vida, el tomar las decisiones que más convengan a los intereses de la persona, tiene estrecha relación con el derecho a la libertad, pues todos podemos hacer lo que decidamos, siempre que no afectemos derechos de terceros.

En el tema que nos ocupa, el derecho a la autonomía, va ligado al derecho a tomar decisiones, y en especial la decisión de cómo vivir, como enfrentar las enfermedades y finalmente elegir la forma de morir.

Pues si bien es cierto, tenemos derecho a la vida y ello obliga al estado a garantizar que todo individuo goce del mismo, también es cierto, que esa obligación del estado por garantizarlo, tiene ciertos límites, y estos se encuentran en el derecho a la autonomía, pues el Estado no puede obligar a los individuos a vivir bajo cualquier circunstancia, sino a vivir de una forma digna.

“El envejecimiento y la muerte de los seres vivientes son procesos naturales que ocurren como consecuencia del material genético que poseen y de las condiciones de vida en que se desarrollan.”⁷⁰

El derecho a la autonomía se durante el desarrollo de la vida, en la toma de decisiones importantes, el poder elegir como y bajo qué circunstancias ejercemos nuestro derecho, representa la libre autodeterminación.

La vida como el máximo derecho, del cual derivan y dependen todos los demás, es el derecho máspreciado y debería ser el mejor garantizado por el Estado, siempre respetando la autonomía de las personas y su dignidad humana, por tanto, *“El respeto a la autonomía de la persona es un derecho*

⁷⁰ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 43

*que adquiere cada vez mayor relevancia y alcance en el ámbito de la sanidad.*⁷¹

Cómo ser tratados cuando nos enfrentamos ante una enfermedad, es decisión de la persona titular de derechos humanos y en ejercicio a la misma autonomía debemos tener la posibilidad de elegir los tratamientos que creemos adecuados en atención a nuestros intereses, y más aun el poder de discriminar los que no nos sean convenientes al tratamiento de la enfermedad.

“Una frase acuñada por John Stuart Mill en el siglo XIX le da presencia a este valor: sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano.”⁷²

Efectivamente, el reconocimiento y garantía de los derechos humanos deben tener ciertos límites, que es precisamente la autonomía del ser humano, el Estado no puede obligar a hacer o dejar de hacer algo que no se desee o quiera. El individuo es libre para decidir su forma de vida, y por tanto ello implica que pueda tomar decisiones de cómo ser o no tratado.

El respeto a la autonomía, implica el poder decidir no solo la forma de vivir, si no también decidir el ya no querer vivir, es decir, el ser humano en ejercicio de su derecho a la autonomía puede decidir elegir como debe ser su muerte.

Claro que el derecho a la autonomía, al igual que todos los derechos tiene ciertos límites, no es absoluto, puesto que vivimos en una organización política en donde el respeto y la garantía a los derechos ha sido base del

⁷¹ CASADO, María, Op. Cit. p. 237

⁷² CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 113

desarrollo de los Estados. Y por ende éste tiene la obligación de que sus pobladores tengan el poder de ejercerlos de manera libre y consiente, así como de proporcionar los medios necesarios para que los pueda ejercer. Pero no en contra de su voluntad.

El hombre tiene derecho a decidir sobre su propia muerte, en ejercicio al derecho a la autonomía, pero solo bajo ciertas circunstancias, las cuales se detallaran más adelante.

“En México están vigentes los derechos a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad ideológica y a la dignidad humana, como una manifestación del Estado social y democrático de derecho. Si esto es así, entonces podemos sostener la existencia de un derecho a la libre disposición de la vida por su titular.”⁷³

L. EL RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA, COMO LÍMITE A LA OBLIGACIÓN DEL ESTADO DE GARANTIZAR LA VIDA.

Tenemos derecho a vivir, pero no en todas las circunstancias, el derecho a una vida digna es lo que el Estado debe garantizar, procurará que la población del Estado tenga calidad de vida, desde que nace hasta que muere.

“Calidad de vida tiene varias connotaciones diferentes:

“En primer lugar se define en términos del sufrimiento y angustia que ocasionaría al sujeto (neonato disminuido, enfermo de Alzheimer, estado de coma profundos etcétera) la prolongación de la vida mediante tratamiento activo.

⁷³ Ibidem. p. 93

“En el segundo, se define en términos de lo que el sujeto elegiría si le fuera posible lo que implica que algunas formas de vida son tan terribles que nadie elegiría continuar viviendo.

“En tercer, se define de forma más general el término de los mejores intereses del sujeto, lo que implica que podría convenirle no prolongar su existencia mediante tratamiento activo.

“Sin duda estas tres definiciones se superponen en la práctica. Se ha mostrado que pacientes individuales (por decisión propia, a través de alguien designado con poderes o por una decisión imputable a ellas) deben tomar la decisión final sobre cómo acabar con la vida, y no un médico o algún agente externo que tome decisiones basándose en alguna prueba médica objetiva sobre el grado de valor o calidad de vida de un paciente, o en el hecho de que la prolongación de la vida de un paciente sería una carga social y económica.”⁷⁴

El proporcionar calidad de vida a los pacientes se traduce en respetar su dignidad humana. Ahora bien podemos entender por dignidad humana lo siguiente:

“La dignidad puede definirse como el conjunto de valores de todo ser humano inherentes a su propia existencia, que le hacen merecer ante el mismo y ante los demás respeto, consideración y solidaridad en lo que se refiere a su integridad, bienestar y libertad.”⁷⁵

⁷⁴ Ibidem. p. 119

⁷⁵ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 30

“La idea de dignidad está asociada a los derechos fundamentales, pero de manera progresiva se irá ensanchando, porque en realidad es el puente que integra los universos normativo y cultural.”⁷⁶

La dignidad no es una situación propia o exclusiva de una persona o de un grupo minoritario. La dignidad que tutela el orden jurídico es la de cada uno, con independencia de que se pertenezca a algún grupo, mayoritario o minoritario.

“La dignidad del hombre, es para Pico, una síntesis de libertad y de voluntad que le confieren una naturaleza superior, de esencia transformadora.”⁷⁷

El primer instrumento normativo que incorporó una referencia fue la Carta de las Naciones Unidas. En las declaraciones iniciales se afirma que:

Nosotros los pueblos de la Naciones Unidas resueltos... a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombre y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas.

Más tarde en 1948, en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reitera:

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...

⁷⁶ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. p. 137

⁷⁷ Ibidem. p.131

Artículo 1º

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

“En 1732, el diccionario de autoridades registraba cinco acepciones de dignidad:

- 1.- “El grado y calidad que constituye digno. Es voz tomada del latino dignitas. No pueda acusar a persona, ni personas algunas, ni consejos, ni universidades, ni otras personas algunas, de cualquier ley, estado o condición, preeminencia o dignidad;*
- 2.- Se toma también por excelencia o realce;*
- 3.- Vale también cargo, empleo honorífico, magistrado, prelatura, oficio considerable de autoridad, superioridad y honor;*
- 4.- En las iglesias y catedrales o colegiatas, un beneficio eclesiástico;*
- 5.- Por antonomasia se entiende el arzobispo y obispo de la iglesia, y así se dice las rentas de la dignidad o esta es provisión de la dignidad.”⁷⁸*

“En otras lenguas existen ya significados adicionales. En Francés, el dictionnaire de l’Académie, edición 2000, además de la tradicional admisión de la equivalencia a valor eminente y excelencia que inspira respeto, y de función o distinción que confiere un rango sobresaliente en la sociedad, consagra otra acepción: actitud de reserva y de valor inspirada por el respeto de sí mismo, por extensión, expresión de nobleza que inspira consideración.”⁷⁹

⁷⁸ Ibidem. p. 134

⁷⁹ Ibidem. p. 135

“En inglés el voluminoso Oxford English Dictionary, 2002, solo incluye acepciones relativas a la excelencia, el mérito, la elevada posición social o profesional, la estimación, las maneras elegantes.

“En portugués, el Dicionário, 2001, de la Academia de Ciências de Lisboa incluye el ejercicio de un cargo, el eclesiástico, en funciones prominentes, el respeto por las personas y las cosas, la nobleza de carácter, la distinción en el comportamiento y la excelencia. Por todo lo anterior; en los distintos repertorios filológicos se sigue considerando dignatario a quien es depositario o está investido de una dignidad, entendida como cargo, responsabilidad o función de relieve social, político o económico.”⁸⁰

“El concepto jurídico de dignidad está en proceso de elaboración. Su vaguedad actual es también su riqueza; de manera paulatina los jueces y la doctrina irán precisando su contenido. Sin embargo, sea cual fuere el sentido que con el tiempo se le atribuya, tiene ya un rasgo dominante y estable; representa un límite para la intromisión del Estado en el ámbito de la autonomía de cada individuo. Más allá de la libertad de pensar, decir y actuar, el respeto y la protección de la dignidad es una tendencia en expansión que debe incluir la capacidad de decidir sobre la muerte propia, cuando se presenten circunstancias, y conforme a lo que dicte la conciencia de las personas, no la voluntad del Estado.”⁸¹

La pérdida del sentido de la persona humana y de sus valores ha dado lugar a una tendencia, por ahora incipiente, favorecedora de la muerte digna, sabernos humanos es tener plena conciencia de que la vida terminará irremediabilmente, pero la diferencia se encuentra en el proceso de la muerte, la forma humana o inhumana en que son tratados los enfermos

⁸⁰ Idem.

⁸¹ Ibidem. p. 149

terminales. Las experiencias personales que enfrenta ante la muerte hace la diferencia entre una muerte digna.

“Si no es posible otorgar una vida digna a un enfermo ¿por qué rechazar la idea de proporcionar una muerte digna que evitará el sufrimiento externo e inevitable?”⁸²

“La muerte es la última fase de la vida y como tal debe ser considerada parte integrante de ella. La ciencia, con todos sus alardes, no ha podido modificar este hecho y en su búsqueda sin sentido de lograr lo más cercano a la inmortalidad en este mundo, sólo ha conseguido aumentar la angustia y la desilusión ante lo que no puede cambiar.”⁸³

Ello nos lleva a pensar en el estado en que un enfermo terminal se encuentra dentro de las instituciones de sanidad. Personas que no tienen cura y aun así por criterios absurdos de conservar la vida a cualquier costo y bajo cualquier circunstancia, permanecen relativamente vivos, aun y cuando sea a través de mecanismos artificiales, logrando una supuesta vida contraria a la misma naturaleza humana, transgrediendo el respeto a la dignidad humana.

“Los valores humanos fundamentales: la dignidad, la calidad de vida, el beneficio que se logra y el evitar el daño pasan a un segundo término. La tecnología no tiene ya como fin a la persona humana, no está al servicio del hombre, sino que se convierte en un fin en sí misma.”⁸⁴

⁸² GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 198

⁸³ Ibidem. p. 197

⁸⁴ Ibidem. p. 198

Los grandes avances científicos y tecnológicos en medicina, sin duda han brindado grandes oportunidades a los humanos de tener mayores posibilidades de curar las enfermedades, sin embargo han llegado a niveles peligrosos, en donde la misma tecnología permite mantener viva a una persona mediante mecanismos artificiales, en algunos casos por tiempo indefinido. Cuando ya no hay esperanza de recuperación y el individuo es usado por la misma tecnología, la medicina pierde su sentido, pues el conservar una vida de forma antinatural, es atentar contra la dignidad humana.

Así, el sujeto que se encuentre en riesgo de perder la vida por enfermedades incurables o diagnósticos fatales, en ejercicio a su derecho a la autonomía y a fin de respetar su dignidad humana, debe tener el derecho de elegir cómo llevar su enfermedad, de acuerdo a sus valores personales, así como tomar la decisión de dejar que la propia naturaleza humana determine el momento de la muerte.

Para el autor Laguía Muñagorri, en su obra *Eutanasia y Derecho Penal*, “*La dignidad y el libre desarrollo de la personalidad integran el contenido del derecho a la vida que, a su vez, debe interpretarse de acuerdo con el derecho a la libertad, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes y el derecho a la intimidad.*”⁸⁵

No cabe duda que el respeto a la dignidad humana, es la mejor manera en que el Estado puede garantizar el derecho a la vida, a la autonomía y por tanto a la libertad, respetar los valores personales del paciente y tomar en cuenta sus deseos de cómo enfrentar la enfermedad y la muerte, no es otra cosa que el pleno respeto y ejercicio de los derechos humanos de que somos titulares.

⁸⁵ JUANATEY, Carmen, Op. Cit. p. 94.

“No hay en principio inconveniente para reconocer en el sistema jurídico mexicano el derecho a un vida digna y, por ende, a morir con dignidad.”⁸⁶

La propia constitución mexicana, reconoce los derechos humanos, y por tanto su pleno ejercicio, respeto y la obligación del Estado de respetarlos y garantizarlos.

“Porque la dignidad, la libertad y la felicidad no son regalo de nadie, sino conquista propia de la persona que se propuso llegar a tal estadio superior y, con su esfuerzo, voluntad, amor, decisión y razón, lo alcanzó.”⁸⁷

M. EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.

“La muerte no es un derecho, es consecuencia natural de la vida; somos mortales.”⁸⁸

La insaciabilidad del deseo puede verse como un despliegue de la mortalidad del ser. Pues la mortalidad no tiene que ver tan sólo y directamente con la muerte, entendida como el acontecimiento puntual que nos ocurrirá algún día, sino también con el carácter mortal de nuestro ser que ya nos fue dado en el nacimiento, y que la muerte simplemente consume.

“Enrique Gimbernat, hace prevalecer el derecho a una muerte digna emanado de la dignidad de la persona humana.”⁸⁹ La muerte que a muchos nos aterroriza pensar en ella, no es más que una parte de propia vida y de la naturaleza humana.

⁸⁶ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 14

⁸⁷ Ibidem. p. 212

⁸⁸ HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 130

⁸⁹ GIMBERNAT Ordeig, Enrique, “Eutanasia y Derecho Penal,” Madrid, Ed. Tecnos, 1990, p. 14

“La muerte se apodera de aquello que siempre le perteneció, como jugando con su presa antes de devorarla, según la viva imagen de Schopenhauer. Retomando el argumento de la potencialidad, pero ahora en un registro schopenhauereano, podemos decir que si como sabemos que el ser humano naciente va a poder autorrealizarse tener autoconciencia, etcétera, podemos decir que, antes de nacer, ya sabemos que el ser humano naciente va a ser finante, un ser que irá des – realizándose, des–haciéndose a sí mismo, siendo des–hecho y finalmente eliminado, consumándose la mortalidad de su ser.”⁹⁰

Si bien es cierto que no existe una declaración de derechos humanos en donde podamos encontrar literalmente la expresión de “derecho a una muerte digna”, este derecho se desprende de los analizados anteriormente, morir con dignidad, se deriva del propio derecho a la vida, pues como ya lo he mencionado, el Estado debe procurar conservar la vida de las personas pero siempre respetando la dignidad humana, la libertad de la persona y por ende la autonomía. Esto nos lleva a concluir que si tenemos derecho a vivir con dignidad, a ser libres y a decidir sobre sí mismo, resulta obvio el derecho a tener una muerte digna, como parte integrante de estos derechos.

La decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente.

“Los avances de la medicina ofrecen posibilidades terapéuticas que hace unos lustros, e incluso apenas años, eran insospechadas. La esperanza de

⁹⁰ GARRAFA, Volnei, Miguel KOTTOW y Alya SAADA, Op. Cit. p. 235

vida tiende a aumentar, como correlato del desarrollo científico, pero también como resultado de las políticas sociales.”⁹¹

Los estados con la finalidad de tener mejores democracias, han pugnado por brindar las condiciones necesarias para el desarrollo de los individuos en plenitud, en completo ejercicio de los valores democráticos, libertad, igualdad, legalidad, tolerancia y pluralismo. Por tanto para el desarrollo de estos debe atender al respeto de los derechos humanos, y la vida como principal derecho, se ve garantizado mediante instituciones sanitarias que logren conservar en lo posible la salud y vida de sus pobladores.

Sin embargo el ideal de conservación de la vida, ha rebasado los límites de la dignidad humana y la autodeterminación. Pues, *“ni aun con los recursos científicos disponibles se puede estar seguro de tener una muerte buena o placentera si cabe, sin traumas ni dolor; la experiencia demuestra que aun el más rico y poderoso de los hombres carece de control sobre su destino final...”⁹²*

La posibilidad de morir en la paz del hogar, rodeado de seres queridos, asistido con amor, consideración y dignidad es cada vez más remota en la sociedad actual.

“Vida indeseable, se sugiere, podría ser la que implica tener que soportar sufrimiento físico o moral incontrolable, la que limita la autonomía y afecta la independencia del individuo haciéndolo devenir en carga familiar o social. Buena muerte, algunos piensan, sería la que llega silenciosa, furtiva, inesperada, sin permitir percatarse de su presencia, la que nos sorprendiera

⁹¹ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. P. 88

⁹² HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 132

*en el sueño al margen de la realidad, sin dolor ni agonía, sin experimentar sufrimiento físico ni moral.*⁹³

*“Se teme a la posibilidad de sobrellevar una agonía larga, una existencia precaria, devenir en carga familiar o social. Paradójicamente ese temor lo han generado en cierta forma los recientes avances de la medicina y la tecnología médica capaces de prolongar la vida de un enfermo terminal o lo que es lo mismo, alargar el proceso de muerte de pacientes que en las mismas circunstancias hubiesen muerto en el pasado desde las primeras etapas de su enfermedad o a raíz de accidentes de hecho mortales y que hoy continúan viviendo al precio de soportar la vida resultante; para algunos la sola perspectiva de vivir más tiempo es bienvenida, para otros la calidad de vida que pudiera resultar de un tratamiento de esa naturaleza los induce a dudar si se trata de un beneficio o de una calamidad. De ahí la frecuencia de la renuncia voluntaria a esos procesos no curativos sino dilatorios del desenlace inevitable.”*⁹⁴

Pero la medicina moderna ha creado el problema de no saberse si en ciertos casos se está logrando prolongar la vida o entorpecer el proceso de muerte inevitable; si una terapia es inefectiva para conservar la vida, está permitido suspenderla aunque sobrevenga la muerte. Como los cristianos, para los judíos el uso de drogas para controlar el sufrimiento del paciente es permitido, no importa si el tratamiento tiene el efecto de acortar la vida.

“Respecto del uso de recursos tecnológicos tendientes a la prolongación de la vida, la Iglesia Católica Romana establece que es muy importante al momento de la muerte mantener la dignidad del enfermo y evitar el abuso e estos recursos. Muchas veces la expresión derecho a morir

⁹³ Ibidem. p. 135

⁹⁴ Ibidem. p. 137

no significa el derecho a procurarse la muerte por sí mismo o por terceros como lo desean, sino más bien el derecho a morir en paz con humana y cristiana dignidad. Desde este punto de vista, el uso de medios terapéuticos puede generar problemas.”⁹⁵

“El vocero de la Iglesia facilita la comprensión... con las siguientes recomendaciones:

- *“Si no existen suficientes remedios disponibles, es permitido que con el consentimiento del enfermo, se recurra aún con riesgo a medicamentos y tecnologías experimentales.*
- *“Está igualmente permitido con el consentimiento del enfermo y de sus familiares, y de acuerdo con el médico a cargo, suspender el uso de estos recursos cuando se advierte la pobreza de sus resultados. Lo anterior puede juzgarse, dado la invención en instrumentos y personal, como desproporcionados a los resultados previstos y obtenidos. También puede tomarse esa determinación cuando el tratamiento causa al enfermo tensiones y sufrimientos excesivos en proporción a los beneficios recibidos.*
- *“Es también permisible que el enfermo rechace las técnicas y el tratamiento aplicado con los medios que la medicina ofrece, cuando éstos resultan inciertos y onerosos y desproporcionados a los beneficios que pueden obtenerse. Esta conducta no debe tenerse como equivalente al suicidio, por el contrario, debe considerarse como una aceptación de la condición humana del paciente y el deseo de no imponer cargas económicas a la familia o a la comunidad.*

⁹⁵ Ibidem. p. 152

- *“Cuando la muerte es inevitable e inminente a pesar de los recursos usados, es permitido, en consciencia, tomar la decisión de rehusar tratamientos que solamente acarrearían una precaria e inútil prolongación de la vida.”⁹⁶*

La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el encarnizamiento terapéutico. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no, por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

N. DERECHO A LA INFORMACIÓN.

“La atención de la salud, en tanto que es uno de los valores prioritarios del ser humano, genera derechos y obligaciones en los individuos involucrados en ella, ya sea los que reciben esa atención o lo que la proporcionan.”⁹⁷

El derecho a la información es vital para cualquier tratamiento médico, implica necesariamente que el médico informe al paciente sobre la enfermedad que tiene, el cómo puede ser tratado, los beneficios o perjuicios que causaría tal tratamiento, el costo del mismo.

De esta información muchas veces depende la forma en que el paciente enfrenta la enfermedad, el no engañar al paciente, en no ocultarle

⁹⁶ Ibidem. p. 153

⁹⁷ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 71

información, genera indudablemente que el paciente se prepare física y psicológicamente para enfrentar la enfermedad con dignidad.

En nuestro país, y especialmente en zonas marginadas, se sigue teniendo la costumbre de ocultar al paciente su enfermedad, supuestamente para no causarle un sufrimiento más, lo que ocasiona la mayoría de las veces que el paciente no le tome importancia a la enfermedad, y se descuide, o no tome sus medicamentos, tomando de forma irresponsable cualquier tratamiento, que por ignorancia acepta que se le aplique, lo que genera que cuando la enfermedad avanza y se hace imposible ocultar lo que le sucede, el paciente se sienta engañado, incluso frustrado por haber tomado tan a la ligera su enfermedad.

Informar a los pacientes es un derecho que tienen, con la finalidad de que estén en posibilidad de ejercer su derecho a la libertad y autonomía, pues dependiendo de la información que se le proporcione, el paciente podrá tomar las decisiones que considere mejores para sí mismo.

De esta forma se genera responsabilidad en el paciente respecto del tratamiento de la enfermedad, puesto que sabe perfectamente las repercusiones del mismo, puede decidir tomarlo o no hacerlo, puede tomar las decisiones finales, arreglar todo, preparar el camino para el desenlace final.

Así todo trabajador sanitario, tiene del deber de informar a sus pacientes sobre su enfermedad, tratamiento, consecuencias, costos y beneficios, además *“la información debe ser completa, veraz y apegada a la realidad, pero no en el sentido de que solo lo científico, lo académico, lo lógico o lo técnico sea lo único que haya que tomar en cuenta, soslayando o*

despreciando a priori lo que provenga del mito, de la creencia popular o de la analogía.”⁹⁸

De esta manera el personal médico, debe respetar las creencias de sus pacientes, sin ocultar la información sobre su enfermedad y tratamiento. *“Además esa información de la que hablamos debe ser veraz, sin que quepa la mentira, ni siquiera la mentira piadosa. Otra cosa es que distintos enfermos precisen maneras distintas de recibir esa información, con lo que la cuestión de cómo informar cobra especial relevancia, en especial si se trata de transmitir malas noticias.”⁹⁹* El saber dar una buena información, dependerá de la forma en que el paciente enfrente la enfermedad, y definitivamente tomar la decisión de la forma en que quiere sea el momento final, como quiere morir.

Otro aspecto de la información, lo constituye la confidencialidad, también como un derecho del paciente y una obligación del personal médico. *“Así, la información que proporcione el profesional de la salud tiene que adquirir una nueva competencia: capacidad suficiente para transmitirle información muy clara al paciente y a su familia para que la entiendan y con visitas únicas a su bienestar, al tiempo que el médico, el químico, la enfermera o la trabajadora social deberá guardar para sí lo que el enfermo le confíe, aunque hay dos aspectos inquietantes – muy actuales – en torno de la confidencialidad.*

- 1) “Hoy en día poco va el médico al hogar del enfermo, es éste quien acude al consultorio, no sólo al privado sino, en mayor número a las clínicas, centros de salud, hospitales, sanatorios e institutos, donde toda la información confidencial o no se guarda en archivos o en computadoras a los cuales tiene acceso mucha gente.

⁹⁸ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 210

⁹⁹ CASADO, María, Op. Cit. p. 162

2) ¿Todo lo que el profesional de la salud oiga de o sobre su paciente deberá ser guardado en lo más íntimo de su corazón y memoria? Hoy en día, a cada instante, hay casos en los cuales un dato confidencial que no es puesto en el conocimiento de terceros inocentes puede causarles a éstos daños irreversibles en cuanto a enfermedad, invalidez, vida, infelicidad y ... muerte.”¹⁰⁰

Pese a ello, el personal sanitario, deberá tener el cuidado necesario para proteger la información personal de cada uno de los pacientes, así como también saber a quien si debe informar para que se puedan tomar medidas necesarias para los mismos enfermos.

“La bioética se basa en principios morales y normas de conducta que buscan la salud para los miembros de la sociedad. Las instituciones médicas que dan atención de salud, para que ésta sea de optima calidad, deben tener las características siguientes:

- a) *“Proporcionar en forma accesible, oportuna y equitativa a toda la población derechohabiente.*
- b) *“Hacer énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.*
- c) *“Ser brindada por personal bien preparado, actualizado, motivado por su trabajo y con sensibilidad y preocupación por el bienestar del paciente.*
- d) *“Basarse en la cuidadosa obtención clínica de los datos mediante interrogatorios y exploración del paciente.*

¹⁰⁰CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 211

- e) *“Usar los avances tecnológicos de manera eficiente para el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos, tomando en cuenta el costo beneficio de su empleo.*
- f) *“Producir la máxima mejoría posible en la salud integral del paciente.*
- g) *“Buscar, mediante la educación, para la salud, la cooperación del paciente y de sus familiares.*
- h) *“Permitir la referencia de pacientes a los distintos niveles de atención.*
- i) *“Producir satisfacción a los prestadores del servicio.*
- j) *“Estar suficientemente documentada para permitir continuidad y evaluación.”¹⁰¹*

El derecho a la información, es sin duda un derecho humano, que hoy en día forma parte de nuestros derechos reconocidos por la norma suprema.

La Declaración de Derechos del Paciente, de la Asociación Americana de Hospitales, señala como derechos de los pacientes: *“El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él. Cuando medicamente no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención¹⁰².*

¹⁰¹ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 85

¹⁰² Ibídem. p. 72

Esta declaración prevé a la información como un derecho del paciente, por tanto el Estado a través de las instituciones médicas y mediante la regulación y verificación a médicos particulares, tiene el deber de respetarlo y hacerlo valer. Sin embargo, no solo será obligación de Estado al pleno ejercicio del derecho a la información, también como en los demás derechos, es responsabilidad del paciente hacerlo valer, así encontramos ciertas obligaciones de los pacientes. Como son; *“Todo individuo perteneciente a una sociedad humana tiene obligaciones relacionadas con su propia salud y con la de toda la comunidad con la que vive...*

a)...

b) *Solicitar la información pertinente sobre su enfermedad (causas probables, contagiosidad, duración, posibles complicaciones, pronóstico, medidas para su tratamiento)*

c) *Una vez que el paciente ha aceptado el tratamiento o las indicaciones recomendadas, cumplir estrictamente con ellas.*

El cumplimiento de estas obligaciones requiere cultura que los enfermos no siempre poseen. Es deber de las instituciones de salud utilizar los medios necesarios para ir creando esta cultura en los individuos de una población o de un grupo social determinado, en beneficio de ellos mismos.

Los pacientes con enfermedades crónicas (diabéticos, hipertensos, obesos, artríticos...) pueden beneficiarse notablemente si conocen a fondo su enfermedad y la manera de controlarla, y cumplen con las indicaciones que se les dan”¹⁰³

“Los padecimientos físicos y morales invariablemente trastornan al individuo y afectan su razón. En numerosos casos la información oportuna y

¹⁰³ Ibidem. p. 74

*el cuidado apropiado de un presunto suicida los lleva a desistir su empeño.*¹⁰⁴

O. EUTANASIA PASIVA, EN EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS.

*“San Agustín asevera que la única certeza que tenemos en la vida es la muerte y, a partir de ella, no nos queda más que anhelar una buena muerte, como un sueño, como el primer sueño.”*¹⁰⁵

Si algo ocasiona preocupación entre los ciudadanos es su calidad de vida asociada de modo inmediato con su estado de salud. Y dentro de lo que solemos entender por calidad de vida resalta especialmente lo que podría llamarse calidad de muerte, expresión con la que nos referimos al deseo de las personas de que el inevitable proceso de morir tenga lugar en unas condiciones lo más acorde posible con los valores de esas personas; y entre esos valores suele hallarse el de mantener el control sobre las actuaciones sanitarias que se reciban en momentos tan decisivos.

*“¿Cómo mueren actualmente los pacientes en nuestro país? En las áreas donde domina la pobreza, el enfermo queda en su casa rodeado de sus familiares y de sus amigos que le brindan su afecto y le dan fuerza para llegar al final de su vida. En otros medios el paciente fallece entre tubos y aparatos, y las alarmas electrónicas sustituyen las campanas fúnebres que anunciaban antaño la muerte algún notable. Lo más triste es que morirá en una soledad, en un abandono que se antojan inmorales e impíos.”*¹⁰⁶

¹⁰⁴ HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 136

¹⁰⁵ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 102

¹⁰⁶ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 197

Cuando se mantiene a un sujeto consciente o inconsciente con vida, sabiendo que la medicina ya no puede ayudarlo, supliendo las carencias biológicas para posponer una muerte que se sabe inevitable a corto o mediano plazo, se utiliza la ciencia y la técnica sólo por su disponibilidad. Si se cuenta con el procedimiento hay que emplearlo, de acuerdo con la corriente que parece dominar actualmente el ejercicio de la medicina. Los valores humanos fundamentales; la dignidad, la calidad de vida, el beneficio que se logra, el evitar el daño, pasan a un segundo término. La tecnología no tiene ya como fin a la persona humana, no está al servicio del hombre, sino que se convierte en un fin en sí misma.

“El deber de intervenir médicamente mediante acciones complejas de diagnóstico intervencionista o de operaciones quirúrgicas depende de muchos factores, entre los que podemos mencionar la libre voluntad del paciente, las probabilidades de éxito, la esperada prolongación de la vida, el esperado mejoramiento de la calidad de vida y el costo de la intervención.”¹⁰⁷

“En cualquier caso debemos procurar que el tratamiento que se administre sea el más simple, el que produzca menos molestias, lo que no siempre el médico está en posición de admitir. Los médicos hemos sido capacitados para curar, para usar nuestros conocimientos y destrezas, para emplear los procedimientos más modernos. La ciencia se actualiza y nosotros estamos ansiosos de actuar en consecuencia; en muchas acciones disminuye nuestra atención al verdadero beneficio del enfermo y al desgaste económico, moral, social, o físico que nuestras decisiones pueden provocar en los demás. ¿Hasta qué punto los médicos, en nuestro afán de conocimientos y de nuevas experiencias, hemos mantenido la idea de que hay que salvar la vida del paciente terminal a toda costa?

¹⁰⁷ Ibidem. p. 199

La obstinación terapéutica y la alta producción científica pueden llegar a convertirse en degradación de la verdadera acción clínica y terapéutica. En verdad se requiere un gran esfuerzo para no emplear lo que tenemos a nuestro alcance, para no abusar de la tecnología. Consideremos que no siempre lo más es lo mejor. De otra forma caemos en el ensañamiento terapéutico o distanasia, dificultad para morir, muerte dolorosa, agonía prolongada, encarnizamiento terapéutico, lucha absurda hasta el final, pues de antemano se sabe que nada puede ofrecerse.

“Dice Llano Escobar que la muerte se está hospitalizando. Se ha prolongado la existencia humana y también se ha prolongado el acto mismo de morir, que puede durar meses o años. Se ha dicho que los médicos ya no dejan a uno morir. El enfermo muere en un ambiente tecnológico que pone a prueba su paciencia, pero que también pone en juego todos los valores del médico y su visión sobre la vida, la muerte y los objetivos de su profesión.”¹⁰⁸

“La evolución tecnológica permite en algunos casos mantener la vida de modo artificial casi indefinidamente. ¿Cuál es la calidad de vida?, ¿Es en realidad vivir, mantenerse con el corazón latiendo a base de drogas, respirar mediante un aparato artificial y tener destruido y sin funcionar el cerebro, sin ninguna posibilidad de recuperación?”¹⁰⁹

“Sherwin Nuland reflexiona sobre la dramática y crítica situación que vive el personal médico cuando realiza procedimientos de reanimación. Él mismo participo innumerables veces en ellos, en ocasiones dirigiéndolos, e irónicamente los describe como encarnizadas luchas emprendidas por toda una tropa médica. Reconoce el indudable beneficio que representa este

¹⁰⁸ Ibidem. p. 200

¹⁰⁹ Ibidem. p. 204

recurso tecnológico, pero también los inconvenientes que puede introducir cuando se aplica indiscriminadamente.”¹¹⁰

El autor M. de Hennezel, *“considera que los médicos deben aprender a dar un lugar a la muerte, a aceptar los límites de la medicina y a tolerar al sufrimiento del paciente para poder permanecer a su lado, pues aunque no sea posible curarlo, todavía se puede hacer mucho por él. Lo importante es saber identificar cuál es la parte del sufrimiento que puede ser aliviado y cuál no. Así por ejemplo, se puede ayudar a mitigar la aflicción que provoca el aislamiento que suele imponerse al paciente, el cual lo priva del reconocimiento y acompañamiento que necesita para seguir sintiéndose vivo.”¹¹¹*

“La aportación de M. de Hennezel es demostrar la responsabilidad que tiene todo aquel que está cerca de una persona confrontada con la proximidad del final de su vida, por el simple hecho de que en sus manos está hacerle sentir que, como persona, no vale menos con su enfermedad.”¹¹²

“El dolor profundo o la intensa angustia cuando se prolonga sin esperanza, pueden vencer la resistencia humana y producir una vida acompañada de un sufrimiento que va más allá de lo que se debe exigir a una persona digna y merecedora de respeto y piedad.”¹¹³

“Así se le aísla, se le impide despedirse, se evita todo diálogo, todo se inventa, todo es mentira. Parece más fácil huir de la idea y de la realidad, que confrontar los diálogos y ofrecer el apoyo y el terreno adecuado para que

¹¹⁰ ALVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 82

¹¹¹ Ibidem. p. 47

¹¹² Ibidem. p. 52

¹¹³ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 199

la despedida sea decorosa ¿en dónde queda la inteligencia? Evadir en lugar de confrontar parece ser la consigna, cuando, sin duda, lo contrario es lo que espera todo enfermo terminal; hablar, que se le escuche, que se le entienda, que se le explique. Después de todo, si la vida fue buena, es probable que la muerte será igual.”¹¹⁴

La incapacidad de ofrecer a los moribundos esa ayuda, de mostrarles el afecto que más necesitan a la hora de despedirse de los demás, es precisamente porque la muerte de los otros se nos presenta como un signo premonitorio de la propia muerte.

Si uno repasa lo que sucede en las salas de terapia intensiva, coincidirá que es más común no ayudar moralmente al enfermo que lo contrario. Salas con aparatos por doquier, tubos que impiden hablar, focos y líneas luminosas inertes, drogas que velan la conciencia, ausencia de tiempo, en síntesis, atmosfera en donde la voz no se oye, donde las microdosis cuentan más que la persona.

*“En la actualidad, las personas allegadas o vinculadas con los moribundos se ven muchas veces imposibilitadas de ofrecer apoyo y consuelo mostrándoles su ternura y su afecto. Les resulta difícil cogerles la mano o acariciarlos a fin de hacerlos sentir una sensación de cobijo y de que siguen perteneciendo al mundo de los vivos. El excesivo tabú que la civilización impone a la expresión de sentimientos les ata muchas veces manos y lengua.”*¹¹⁵

¹¹⁴ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 154

¹¹⁵ Ibidem. p. 155

Al respecto, es importante aceptar que, a pesar de que la labor primaria del médico es preservar la vida, esta acción no debe ser a costa de sufrimientos insoportables o en contra de la autonomía del enfermo.

“La medicina moderna considera la muerte del paciente como un fracaso... pero, eventualmente todos nuestros pacientes fallecerán, por lo que es una obstinación ver a la muerte como un signo de fracaso médico. Más bien, debería considerarse fracaso cuando los estragos de la enfermedad o intervenciones médicas inadecuadas producen una mala muerte.”¹¹⁶

“He denominado sesgo a la interpretación que se pueda dar de algunas situaciones del enfermo y que puedan conducir a abusos, tanto de la sociedad como del individuo. Por ejemplo, ¿Cómo definir sufrimiento intolerable?, ¿Cómo evidenciar que la conducta terapéutica ha sido óptima?, ¿Cómo aseverar que la depresión del paciente no confunde la interpretación de los datos?, ¿Cómo estar convencido que la solicitud del paciente ha sido cavilada profundamente?. Los puntos anteriores esquematizan algunas dificultades que enfatizan lo que es el lenguaje blando e impreciso, así como la urgencia de definir conductas adecuadas para situaciones complejas.”¹¹⁷

“Viktor Frankl, psicoanalista vienés, uno de los supervivientes del holocausto antisemita de la Segunda Guerra Mundial, señala que la terapia es útil para hacer encontrar el sentido de la vida, es vivir para algo y para los demás; es saber irse a dormir cada día tras una jornada intensa y plena. Entonces, añade, se puede captar la muerte en la vida y aceptar el declinar inexorable del organismo y se puede enfocar la vida como un proceso en vez

¹¹⁶ Ibidem. p. 161

¹¹⁷ Ibidem. p. 163

*de cómo una meta, y aceptar la muerte, nuestra propia muerte, como parte de ese mismo proceso.*¹¹⁸

Solo el derecho del paciente a que no interfiera el médico (que es negativo), puede volver negativo el deber del médico; su deber de dar tratamiento se convierte en el deber de no interferir con la muerte del paciente.

El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción. El paciente tiene derecho a optar por la eutanasia pasiva.

*“Denominaremos eutanasia pasiva (también llamada negativa) a la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida”*¹¹⁹

*“Esto supone revisar muchas cosas, empezando por el hecho de que los enfermos que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida muchas veces ni siquiera lo saben.”*¹²⁰ Por lo que para poder elegir, se requiere poder conocer. Elegir que no se apliquen ciertos tratamientos, o que se interrumpan los ya aplicados, se traduce en el respeto a la autonomía del paciente.

El médico Kevorkian, mejor conocido como el doctor muerte, *“Define su posición: lo que yo defiando, dice, no es la creación de un derecho a la muerte, ni tampoco el derecho a cometer suicidio, lo que está a discusión es si un adulto capaz y libre tiene el derecho a decidir por sí mismo, cuanto*

¹¹⁸ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 200

¹¹⁹ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 146

¹²⁰ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 241

sufrimiento quiere soportar y si su médico puede auxiliarlo a lograr una muerte sin traumas ni dolores.”¹²¹

Si se pretende ocultar que la muerte está presente que es una realidad cercana e inevitable, se obstaculiza el dar y recibir la ayuda que se requiere para pasar por ese proceso indispensable que quizá conducirá a encontrara las respuestas que se necesitan. Quien se aproxima a su muerte requiere contar con alguien dispuesto a acompañarlo y a escuchar lo que quiera decir de esa experiencia que tiene mucho de insoportable.

“Es famosa la afirmación del papa Pio XII, de que en un individuo moribundo no hay obligación de mantener medidas extraordinarias para conservar la vida, si ésta no ofrece la posibilidad de regresar a una relación social normal. La idea del papa Pio XII sobre las medidas extraordinarias ha sido interpretada de diversas maneras. Así, se ha considerado como extraordinaria la alimentación por sonda en los cuadripléjicos, tomando en cuenta la carga que representa en comparación con los beneficios. Se ha dicho que no hay justificación ni ningún mérito en prolongar un sufrimiento.”¹²²

“El propósito de la reanimación de la función cardiopulmonar (llamada también resucitación) es la restauración de esa función. Establecer criterios claros para no llevar a cabo maniobras de reanimación implica responsabilidad compartida por médicos, pacientes y familiares. Se podría no intentar maniobras de resucitación en aquellos pacientes en estado vegetativo o con muerte cerebral o estado terminal, en los que dichas

¹²¹ HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 143

¹²² GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 205

*acciones ofrecen un mínimo beneficio y un gran desgaste para el paciente y su familia.”*¹²³

*“La resucitación cardiopulmonar para el manejo del paro cardiaco es una actividad que implica no solamente un conocimiento médico profundo, además representa un entrenamiento depurado de todo un grupo humano a fin de recuperar la vida de un paciente, su uso ha abierto todo un frente de análisis y debate en torno a la eutanasia.”*¹²⁴

*“Hoy, el equipo médico y de enfermería ofrece el apoyo de resucitación mediante compresión torácica, intubación y ventilación mecánica, drogas intravenosas, uso del desfibrilador, etcétera.”*¹²⁵

El propósito de las unidades de cuidados intensivos es proveer el soporte tecnológico bajo monitorización de pacientes en estado críticos cuya recuperación es posible. La dinámica de trabajo en esas unidades es intensa, basada en el avance tecnológico, sofisticación farmacológica, y en donde el criterio predictivo es fundamental por la elevada mortalidad que ahí sucede.

*“Una razón por la que puede justificarse pedir y dar ayuda para morir en la eutanasia y en el suicidio médicamente asistido es que el motivo para decidir terminar con la vida, se dé en una situación en la que la muerte del enfermo se va a producir de manera inevitable en poco tiempo.”*¹²⁶ Que los tratamientos que se puedan aplicar al paciente, no dan una esperanza de que mejore su calidad de vida, y que por el contrario se genere una prolongación del momento de la muerte, a costa del dolor, sufrimiento,

¹²³ Ibidem. p. 203

¹²⁴ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 139

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 200

desesperación e indignación del paciente y sus familiares. Así por ejemplo *“La prolongación de la vida en el paciente terminal con muerte cerebral es difícilmente justificable, excepto si se está en espera de la donación de alguno de sus órganos para trasplante.”*¹²⁷

*“Cada vez más se extiende el concepto de que el hombre no debe sufrir inútilmente, mucho menos con base en principios morales universales que no pueden aceptarse si su aplicación da lugar a intensos sufrimientos físicos o morales. De ahí que la idea de que el médico o la enfermera pueden coadyuvar a dar fin a la vida de un paciente terminal sea progresivamente aceptada por la sociedad. Lejos de ir en contra del deber esta actitud es congruente con los principios médicos, la compasión, la acción en beneficio de nuestros enfermos, el buscar aliviar sus molestias, el aceptar y tomar en cuenta sus decisiones. Mantener a un ser humano en un estado de dolor, sufrimiento y angustia sin alivio ni esperanza se convierte para el médico en un acto inmoral.”*¹²⁸

Lo único que pide el enfermo es terminar con el dolor o con la indignidad que le causa su condición. Esto equivale a que el enfermo elige entre dos formas de morir, más que entre la vida y la muerte. Ante la perspectiva de un fin que espera con horror e incertidumbre por no saber cuánto tiempo más se prolongará su agonía, opta por otro que significa la posibilidad de acabar con el sufrimiento y mantener cierto control sobre lo que le queda de vida. El enfermo no puede elegir entre la vida y la muerte porque su enfermedad le ha quitado esa opción.

¹²⁷ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 201

¹²⁸ Ibidem. p. 209

*“No son ellos quienes ya no quieren la vida, es la vida quien ya no nos quiere”*¹²⁹ Puesto que ya no existe la esperanza de recuperación, no es posible mejorar su salud, por lo que lo único que queda es morir bien. Por tanto en ocasiones, la única manera de evitar un daño es consintiendo la muerte.

Es absolutamente indispensable que tengamos siempre en mente que el tema epónimo debe circunscribirse a los enfermos terminales o desahuciados, o bien, aquellos aquejados de dolencias que hagan su vida insufrible e intolerable, que pueden o deben tener la oportunidad de escoger su muerte y no verse obligados a sufrir un encarnizamiento terapéutico.

“La encuesta de King & Roser, en 1990, demuestra que hay situaciones peores que la muerte; no son variantes relevante la religión, la edad o la clase social, sino la movilidad física, el dolor, el agotamiento, la capacidad-incapacidad de cuidar de si mismo, así como la humillación e indignidad que pueden presuponer ciertos tratamientos médico o cuidados terapéuticos para los pacientes in extremis, desahuciados o incapaces.”

*“La polémica se entabla entre la protección oficial a la vida humana vs. el derecho de autodeterminación de paciente; así como el riesgo del acortamiento de la vida vs. las ventajas de la calidad de atención médica paliativa...”*¹³⁰

La orientación actual reconoce el derecho del individuo a rechazar el tratamiento médico e incluso el derecho de dejarse morir, así como la correlativa obligación de parte del médico de respetar la voluntad del enfermo. Lo que implica una disponibilidad del bien de la salud o de la vida

¹²⁹ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 200

¹³⁰ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 134

característica del propio principio de la personalidad. Bajo este punto de vista nos encontramos ante una paradoja: la medicina con sus enormes adelantos ha contribuido a aumentar los límites de la vida, pero también a alejar a la muerte de forma artificial o artificiosa. Situación que en general para nadie es benéfica, pues de poco sirve prolongar el momento de la muerte, si al final llegará de forma irremediable. Dejando solo el costo emocional, el sufrimiento, el dolor, la indignación, del paciente y de sus familiares.

Sin duda ante la muerte, todos deseáramos una buena muerte, morir con dignidad, con respeto, en el momento que la propia naturaleza lo decida, sin adelantos ni retrasos, morir con el menor dolor, en compañía de quienes amamos en este mundo.

“Entre las razones a favor de la eutanasia podemos enlistar las siguientes:

- a) Es humana (evita sufrimientos)
- b) Respeta la autodeterminación del enfermo
- c) Puede ser parte de una buena relación médico-paciente.”¹³¹

*“La eutanasia pasiva o activa es más humana que la continuación del tratamiento a enfermos sin esperanza.”*¹³² Los terribles dolores, la forma inhumana y antinatural ante la que se encuentra un enfermo terminal, atenta contra la misma naturaleza, contra la dignidad, contra el respeto, incluso me atrevo a decir, atenta contra la propia vida.

“En las últimas décadas, la relación entre pacientes y médicos ha evolucionado desde la forma paternalista tradicional, en la cual los médicos

¹³¹ Ibidem. p. 165

¹³² Idem.

decidían las opciones para sus pacientes, hasta una relación más igualitaria, en la que la toma de decisiones es compartida, a la vez que los médicos proporcionan información y consejo que permiten que el paciente adulto competente elija las opciones posibles. El proceso por el cual los médicos y los pacientes toman decisiones en conjunto se llama consentimiento informado, y que se basa en el principio ético de la autonomía individual y del derecho legal a la autodeterminación.”¹³³

Las necesidades sociales y el reconocimiento de los derechos de todos los individuos en relación a tomar su propia decisión de morir dignamente va más allá de un debate religioso, político, legal, académico, etcétera. Es una necesidad que se vive a diario, sobre todo en las poblaciones más desprotegidas, en las cuales sus derechos políticos, sociales y económicos no cumplen con la más mínima expectativa de un bien vivir, entonces, cuando menos que tengan la de un bien morir.

“En México, los pacientes de escasos recursos probablemente practiquen de alguna forma algún tipo de eutanasia, por ejemplo: no tener recursos económicos para proporcionarse un tratamiento adecuado, y dejar la evolución natural de su enfermedad hasta la muerte; de acuerdo con su cultura o solvencia económica, solicitan el alta voluntaria de un paciente enfermo terminal para llevárselo a morir a su domicilio junto con sus familiares y que tenga una muerte digna.”¹³⁴

“Cualquier debate sobre la eutanasia, deberá incluir principios rectores:

¹³³ Ibidem. p. 178

¹³⁴ Ibidem. p. 181

- *La necesidad de rescatar las causas (psíquicas, físicas y sociales) tanto de la enfermedad y del ambiente social, familiar y laboral del paciente, como de su decisión.*
- *La dignidad e inviolabilidad de la persona humana y de los derechos humanos.*
- *La imposibilidad de la comercialización del cuerpo humano y de la profesión médica.*
- *La negativa tajante a permitir la discriminación de cualquier tipo*¹³⁵

Así la población necesita que se reconozca y respete el derecho a decidir, el derecho a elegir la eutanasia pasiva, como forma del respeto a la muerte digna. Esto representa no ser vistos como materiales de estudio, como experimentos científicos, como objetos donde practican los nuevos médicos, pues seguimos siendo seres humanos, titulares de derechos hasta el momento de la muerte.

Y en ejercicio del derecho a la autonomía, y a la muerte digna, el paciente podrá elegir, qué tratamientos se le aplicarán en caso de estar ante una enfermedad terminal, o bien cuál no quiere que le sea aplicado, como la resucitación, la respiración o alimentación artificial.

*“Un caso ilustrativo lo ofrece República Dominicana, donde ni la legislación, ni la jurisprudencia ni el Código de Ética Profesional de los médicos prevén la eutanasia pasiva; no obstante, el 54% de los médicos admite haberla practicado.”*¹³⁶

¹³⁵ Ibidem. p.241-242

¹³⁶ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. p. 108

*“En Albania; la Ley de los Derechos de los Pacientes Terminales, de 1995, permite que los pacientes en estado terminal sean asistidos para concluir su vida con el menor sufrimiento posible.”*¹³⁷

*“En Argentina, la eutanasia pasiva no está regulada por la ley, sino prevista en el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, de 2001... conforme a los artículos 546 y 548, el paciente terminal tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica... para evitar el sufrimiento tanto físico como síquico, pero en todas las circunstancias se debe respetar la autonomía del paciente, con excepción de los menores de edad y de los discapacitados mentales, en cuyo caso se requiere la participación de sus representantes. El paciente terminal tiene derecho a evitar el ensañamiento terapéutico, pero el suicidio asistido queda prohibido.”*¹³⁸

“En España, en 2002, conforme a las disposiciones del Convenio de Oviedo, en España fue aprobada la Ley de Autonomía del Paciente. De acuerdo con el artículo 2.4, todo paciente o usuario de los servicios de salud, públicos y privados, tienen derecho a negarse a recibir un tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Esta reserva es relevante porque se deja abierta la posibilidad de que en ciertas circunstancias algunos tratamientos sean imprescindibles, en especial cuando se trate de proteger la salud pública, previniendo epidemias. A su vez, el artículo 12 fija las bases para que las personas dicten sus instrucciones previas. Se establece que éste es un derecho de los mayores de edad, capaces y libres. En este caso por libre, se entiende que no esté sujeto a coacción moral o física... el documento respectivo está dirigido al médico, y es otorgado ante notario, quien debe asentar que fue otorgado por una persona mayor, capaz, consciente y libre de coacción, el momento de su aplicación, la voluntad

¹³⁷ Idem.

¹³⁸ Idem.

*expresa no puede contradecir la buena práctica médica ni las disposiciones legales vigentes.”*¹³⁹

“Desde 1992, Dinamarca autoriza al paciente aquejado de una enfermedad incurable a decidir él mismo la interrupción del tratamiento.”¹⁴⁰

En una sociedad liberal que tiene minorías étnicas y religiosas dentro de ella, estas opiniones sobre la muerte y el morir, y si tenemos o no un derecho a morir comoelijamos, tiene que tolerarse, por supuesto, y tanto los médicos como cualquier responsable de la salud deben ser sensibles a ellas para proporcionar tratamiento médico apropiado.

*“Otros estados nacionales donde ya hay regulación legislativa o decisiones jurisprudenciales en que permiten o toleran la eutanasia pasiva, son Australia, China, Dinamarca, Gran Bretaña, Suiza.”*¹⁴¹

*“Podemos intentar establecer o por lo menos buscar los principios morales que deben guiar nuestra conducta ante la muerte. Si sustentamos estos principios en la autonomía del paciente, la búsqueda del beneficio, al no hacer daño y el empleo de los recursos teniendo como norma la justicia, quizá estemos en condiciones de aliviar al enfermo de lo que nuestro gran poeta José Gorostiza llama el minuto negro de mi borrasca y Jaime Sabines, otra de nuestras glorias literarias, describe como el olvidar, el refugiarse desnudo en el discreto calor de Dios.”*¹⁴²

“Han sido diversas causas las que han operado a favor de prácticas tolerantes respecto a la eutanasia; podría enumerar algunas: a) la aparición

¹³⁹ Ibidem. p. 109

¹⁴⁰ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 117

¹⁴¹ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. P. 88

¹⁴² GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 198

de sociedades más democráticas con la presencia de pensamientos plurales, tolerantes, complejos; b) la dilución del fervor religioso en las sociedades contemporáneas occidentales; c) la aparición de numerosos grupos ateos que, dentro de una lógica de exaltado individualismo, exigen el control sobre su cuerpo; d) la expansión del materialismo económico que hace ver la vida como una relación costo-beneficio; e) los altos costos causados por la industria de la salud; f) la inversión en la pirámide de edades provocada por el incremento de viejos; g) la existencia, cada vez mayor, de discapacitados; h) el surgimiento de enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes, como son la demencia senil, el síndrome de Alzheimer, la diabetes, el cáncer, las patologías cardiovasculares, enfermedades reumáticas y otras; i) los avances científico-tecnológicos en medicina que llegan a los extremos de prolongar la agonía poniéndole dificultades al morir – distanasia – y que son causantes de elevados costos en la atención del enfermo y j) la deshumanización médica.”¹⁴³

No se trata de ayudar a morir bien, sino a vivir bien hasta el último momento. Una buena muerte debe comenzar por el cuidado compasivo al moribundo.

Las principales asociaciones médicas del mundo la permiten en aquellos pacientes incurables, y a punto de morir. Así, es posible revocar los equipos de soporte vital como son los respiradores artificiales; suspender los procedimientos médicos y medicaciones que no sean para el dolor; cancelar sueros y alimentación parenteral; evitando las maniobras de resucitación cardiopulmonar si sobreviene un paro cardíaco.

“De cualquier modo, la vida, y la muerte no son entes ajenos entre sí, sino dos partes complementarias o dimensiones de una unidad llamada existencia

¹⁴³ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 105-106

humana, envuelta en las brumas de la incertidumbre y de la diversidad de tantas opiniones tan poco acordes entre sí.”¹⁴⁴

P. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTAD ANTICIPADA.

“Quien abandona la vida y muere o quien abandona la muerte y vive requiere conocer, para decidir por sí mismo su camino, el contraste existente como puente entre el cuerpo y el ánimo; lo material y lo anímico; el alivio y el sufrir; la analgesia y el dolor; el estado de alerta, desvelo o vigilia y el dormir, velamiento o letargo; la satisfacción y la aflicción; el bienestar y el malestar.”¹⁴⁵

“La Corte (Argentina) ha definido el consentimiento informado en los siguientes términos: Dada la distancia que generalmente existe entre el médico y el enfermo, lo mínimo que se le puede exigir a aquél es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que corre con la operación o tratamiento o las secuelas que quedarían, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que solo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Esto se ha llamado el consentimiento informado; no es otra cosa que la tensión constante hacia el porvenir que le permite al hombre escoger entre diversas opciones. Es la existencia como libertad: tomar en sus manos su propio devenir existencial.”¹⁴⁶

¹⁴⁴ Ibidem. p. 227

¹⁴⁵ Ibidem. p. 228

¹⁴⁶ Citado por CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 79

“¿Qué debe entenderse por consentimiento informado? En líneas generales con esa expresión nos referimos a la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico una vez que el enfermo ha sido adecuadamente informado acerca de aquello a que se le propone consentir; su finalidad es que el enfermo pueda tomar decisiones que le afectan con conocimiento de causa.”¹⁴⁷

El consentimiento informado consta de tres componentes: información, competencia y voluntad. La información consiste en que el médico informe al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios de las opciones del tratamiento propuesto. Competencia se refiere a que el paciente es capaz de comprender la información, apreciar la situación y sus consecuencias, manejar racionalmente la información y comunicar su elección del tratamiento propuesto. Voluntad significa que el paciente elige con libertad, sin ningún otro tipo de coerción indebida por parte del médico ni de ninguna otra persona.

“Los requisitos básicos son, por lo tanto, libertad, competencia e información suficientes. Si no se dan estas circunstancias por razones diversas, alguien deberá tomar decisiones en lugar del enfermo: hablamos entonces de decisiones por sustitución.”¹⁴⁸

Además esa información de la que hablamos debe ser veraz, sin que quepa la mentira, ni siquiera la mentira piadosa. Otra cosa es que distintos enfermos precisen maneras distintas de recibir esa información, con lo que la cuestión de cómo informar cobra especial relevancia, en especial si se trata de transmitir malas noticias.

¹⁴⁷ CASADO, María, Op. Cit. p. 159

¹⁴⁸ Idem.

“Al paciente moribundo o viejo la mayor parte de las veces no se le da la información suficiente en calidad y en cantidad para que decida sino que, al contrario, se le aísla, se le abandona y sobrevienen entonces la depresión, la tristeza, la soledad y el padecer psíquico y anímico, factores y circunstancias más que decisivos para rechazar la vida.”¹⁴⁹

“Por lo que no se le ha dicho al ser que sufre de modo tan atroz es que hay un camino racional, humano, realista y efectivo: atender a quien necesite estar rodeado de cuidados y esmero no solo para su cuerpo sino también para su psyché, su alma y su entorno, conforme sus intereses expresados libremente y sin coacción.”¹⁵⁰

Son frecuentes en la práctica clínica las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico o de limitación de tratamientos; este tipo de decisiones las toma por lo general el médico, de acuerdo en la mayoría de los casos con los allegados o responsables del enfermo, pero raramente con el consentimiento explícito del propio enfermo aun en el caso de que éste sea autónomo o competente para consentir o no consentir.

Por tanto nos encontramos ante una situación grave, en donde no se respeta el derecho del paciente a estar informado y a elegir entre las opciones posibles de tratamiento, siendo que la información es un derecho primordial, por ello *“El médico cuida la salud de los pacientes y tiene el derecho de prescribir los procedimientos de diagnóstico y tratamiento más adecuados según su criterio y exigir que se cumplan sus indicaciones. Tendrá siempre el cuidado de recabar el consentimiento informado del paciente para todos y cada uno de los procedimientos.”¹⁵¹* Con la finalidad de

¹⁴⁹ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 235

¹⁵⁰ Idem.

¹⁵¹ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 77

respetar el derecho del paciente, a estar informado y a consentir los tratamientos que más le convengan.

“Debe entenderse el Consentimiento Informado no solo como una exigencia legal, o como un elemento más en el catálogo de los derechos de los pacientes, sino especialmente como un instrumento idóneo para que el médico pueda acercarse a las personas enfermas y descubrir las necesidades reales de cada una, como una ocasión de revisar conjuntamente con el enfermo la información que éste ya posee, la que todavía ignora, su comprensión, sus dudas, su posible dificultad de asimilación y de aceptación, y sus miedos.”¹⁵²

“En relación con los menores de edad legal, las más recientes normas (a nivel internacional) sobre el Consentimiento Informado, confieren a los menores entre 16 y 18 años plena capacidad para consentir o no hacerlo atendiendo a su grado de madurez, es decir en función de su capacidad para comprender la información relevante sobre su situación de salud, la actuación sanitaria a que se les propone consentir y las consecuencias de su aceptación o de su rechazo, de modo similar a los adultos; en el caso de menores de hasta 16 años, debe tenerse en cuenta su opinión pero la capacidad de decisión recae en sus responsables legales, por lo general en sus padres.”¹⁵³

De igual forma se ha debatido el supuesto de los pacientes que debido a su enfermedad están incapacitados para poder manifestar su consentimiento, tal es *“El caso de Karen Ann Quinlan... la joven se encontraba en estado de coma permanente y dependía de un respirador artificial para poder vivir. Tras varios meses en ese estado, sus padres*

¹⁵² CASADO, María, Op. Cit. p. 162

¹⁵³ Ibidem. p. 165

firmaron un protocolo para autorizar a los médicos que la trataban a desconectar el respirador. Sin embargo, a pesar de que estos últimos pensaban que Karen jamás recuperaría, rechazaron desconectar el aparato por temor a ser denunciados por homicidio. En consecuencia los padres de Karen decidieron solicitar autorización judicial. El tribunal de primera instancia rechazó la petición de los Quinlan y declaró que no existe un derecho constitucional a morir que pueda ser alegado por los padres en nombre de su hijo adulto incompetente... en la apelación el Tribunal Supremo de New Jersey revoco la decisión del Tribunal de primer instancia y declaró que todos los ciudadanos tienen un derecho a morir reconocido en el common law y constitucionalmente protegido a través del derecho a la intimidad (privacy), enunciado por el Tribunal Supremo Federal en Griswold v. Connecticut... Además el Tribunal afirmó que este derecho puede ser ejercitado también por los ciudadanos en situación de incompetencia. Y en el caso concreto de Karen, el Tribunal, unánimemente, llegó a la conclusión de que su decisión, caso de haber estado lucida, habría sido, sin duda, la de interrumpir el tratamiento y que su derecho a la autonomía (privacy), dadas las concretas circunstancias del caso, podía ser ejercitado en su nombre por sus representante o guardián... el Tribunal basó su decisión en la autodeterminación de Karen, mediante la aplicación del llamado estándar del juicio sustituido (substituted judgement). Esto es, el Tribunal no se basó en Pruebas sobre la efectiva voluntad de la paciente manifestada con anterioridad (pues carecía de ellas), sino que recurrió a un juicio hipotético, para tratar de reconstruir cuales hubiesen sido sus deseos si hubiese tenido que decidir cuando era competente.”¹⁵⁴

“Esta resolución judicial dio lugar a toda una serie de pronunciamientos (en su mayor parte procedentes de Tribunales Supremos de diferentes Estados) que incluían en la privacy el derecho del paciente a rechazar o

¹⁵⁴ JUANATEY, Carmen, “El Derecho y la Muerte Voluntaria”, Op. Cit. p. 158-159

interrumpir un tratamiento salvador. Además, a partir de esta decisión, muchos tribunales aceptaron la idea de que los pacientes incompetentes tienen el mismo derecho que los pacientes competentes, pero que el consentimiento informado –necesario para considerar la decisión libre y responsable – debe ser obtenido de otro modo: bien a través de una previa declaración del enfermo en situación de competencia, o bien a través de la decisión de su representante. ”¹⁵⁵

*“Dworkin establece tres tipos de situaciones en que se deben tomar decisiones sobre la propia muerte o sobre la de otros: 1) cuando las personas están conscientes y competentes; 2) cuando están inconscientes; 3) cuando están conscientes pero incompetentes.”*¹⁵⁶

Como ya lo hemos señalado, el caso de personas inconscientes, deberán otorgar el consentimiento informado su representante legal, lo mismo que para el caso de los menores.

En otros sistemas ese problema se ha resuelto con los documentos de voluntades anticipadas, que contienen el conjunto de previsiones adoptadas por una persona para ser aplicadas cuando no tenga posibilidades físicas de tomar una decisión. La expresión testamento vital, usada con frecuencia para aludir a eses tipo de documento, es inadecuada, pues por definición un testamento solo surte efectos a partir de la muerte de su otorgante. Sin embargo esta expresión ha sido retomada por varios países para regular la voluntad anticipada.

“Mediante un documento de voluntades anticipadas, el paciente participa de modo directo en este tipo de decisiones desde el momento que su

¹⁵⁵ Ibidem. p. 161

¹⁵⁶ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 75

voluntad puede ser conocida por el personal sanitario que le atiende aunque él personalmente no esté ahora en condiciones de manifestarla: ya que lo ha hecho antes, y su voluntad debe considerarse prioritaria a la de otros.”¹⁵⁷

Desde hace algunos años, siguiendo lo establecido por el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa (1997), ha venido desarrollándose normativamente la posibilidad de que los ciudadanos, enfermos o no, otorguen un documento de voluntad anticipada mediante el cual establecen previsiones de futuro acerca de qué tipo de asistencia sanitaria desean o no desean recibir para el caso en que se encuentren en un estado de salud determinado.

“La posibilidad de otorgar un documento de voluntades anticipadas, junto con la exigencia del consentimiento informado, sin duda está modificando en profundidad la tradición en las relaciones sanitarias dentro de nuestra cultura, tradición en buena parte dominada aun por el paternalismo médico, actitud que priva a las personas de algunos de sus derechos en cuanto se convierten en pacientes.”¹⁵⁸

En nuestro contexto legislativo actual, los documentos de voluntades anticipadas permitirían en buena medida ejercer este control, puesto que posibilitan que la voluntad de la persona enferma sea tenida en cuenta y pueda, en consecuencia, determinar de modo decisivo qué atenciones sanitarias desea o no desea recibir de entre las diferentes alternativas de actuación posibles en su caso.

“¿A quién debería corresponder la iniciativa de formalizar un documento de voluntades anticipadas? De entrada parece obvio que esa iniciativa debe

¹⁵⁷ CASADO, María, Op. Cit. p. 167

¹⁵⁸ Ibidem. p. 166

corresponder al ciudadano, enfermo o no, conocedor de esa posibilidad y que se presenta en la consulta o en el momento de su ingreso en el hospital con un documento ya formalizado. En este caso, el deber del médico es recoger el documento e introducirlo en el circuito que a tal efecto haya dispuesto la institución sanitaria correspondiente, aunque es muy aconsejable una lectura conjunta del documento a fin de comprobar que efectivamente se ajusta a lo establecido por la ley y que, por lo tanto, será tenido en cuenta si la persona se encuentra en el futuro en alguna de las situaciones de salud previstas en el propio documento.”¹⁵⁹

También hemos de considerar la exigencia que la situación en la que el enfermo se encuentra actualmente no se corresponda exactamente con los supuestos de hecho expresados en el documento; lo que resulta, a mi juicio, una exigencia excesiva. El término exactamente pretende introducir un componente quasi matemático en su contexto en el que la mayoría de los casos suele resultar problemática esa precisión, ahí es donde debe jugar un papel decisivo el representante, lo que refuerza la conveniencia de su designación así como la de ser asesorado por su médico en el momento de redactar un documento de voluntades anticipadas.

El representante es aquella persona designada por el propio enfermo, ya sea al momento de otorgar el documento de voluntad anticipada, o bien, posterior a haberlo otorgado; esta persona será la encargada de vigilar que se cumpla la voluntad del paciente, tal y como se haya otorgado, a fin de que se tenga una garantía que el personal médico actuará en la forma dispuesta por el otorgante del documento.

También se debe contemplar “La creación de un registro centralizado de los documentos de voluntades anticipadas, un paso necesario y

¹⁵⁹ Ibidem. p. 168

complementario. En efecto además de que este documento se añada de forma muy visible a la historia o historias clínicas que la persona otorgante del mismo pueda tener abiertas en uno o más centros de salud, es preciso que los profesionales autorizados de cualquier institución sanitaria puedan acceder de forma fiable y rápida a la consulta del documento, lo cual no solo agiliza el conocimiento de la voluntad manifestada con anterioridad por un enfermo concreto y la identificación de la persona que hubiese designado como representante, sino que elimina importantes obstáculos de orden práctico (desplazamientos, ingreso en unidades de urgencia, etcétera.)”¹⁶⁰

“Normalmente los ciudadanos incluyen en un documento de voluntades anticipadas no sólo su rechazo a actuaciones sanitarias concretas, sino que suelen incluir asimismo su voluntad de que se pongan en práctica tratamientos o atenciones de tipo paliativo para el control de síntomas susceptibles de ocasionar dolor y sufrimiento a los enfermos. En ese caso el profesional sanitario debe tener muy presente esas instrucciones mediante las cuales la persona ha establecido cuáles son sus prioridades y, dentro del respeto a la legalidad, debe actuar en consecuencia, aunque las expectativas de supervivencia del enfermo pudieran verse, en algunos casos, disminuidas.”¹⁶¹

Con la puesta en práctica del Consentimiento Informado, se inicio un proceso de concreción de los derechos fundamentales de las personas en el ámbito sanitario, proceso que ha venido desarrollándose paulatinamente. Los documentos de voluntades anticipadas se incardinan en ese proceso como una pieza básica en el debido respeto a la autonomía de las personas dentro del marco más general que supone el consentimiento informado y, de modo

¹⁶⁰ Ibidem. p. 171

¹⁶¹ Ibidem. p. 172

global, el derecho de los ciudadanos a tomar sus propias decisiones por lo que respecta a la atención sanitaria que les es ofrecida.

“El respeto a la libertad de la persona y a los derechos de los pacientes ha adquirido una especial relevancia en el marco de las relaciones sanitarias, ámbito en el que la autonomía de la persona constituye un elemento central cuyas manifestaciones más evidentes se plasman en la necesidad de suministrar información veraz a las personas enfermas y de recabar su consentimiento, aunque no concluyen ahí.”¹⁶²

Este proceso ha venido desarrollándose paulatinamente: mediante la introducción de la exigencia del consentimiento informado, con la aceptación de que las personas competentes puedan ejercer su derecho a rechazar cualquier tratamiento o actuación sanitaria incluyendo los llamados tratamientos de soporte vital, y a través de la promulgación de normas que regulan los Documentos de voluntades anticipadas

“La evolución científica y técnica plantea nuevos problemas al ser humano: el alargamiento de la vida en determinadas circunstancias no es considerado como un bien por todas las personas y, en este caso, la voluntad del sujeto debe ser tomada en cuenta.”¹⁶³

“Casi todos los Estados de la Unión Americana han legislado acerca de los living will o testamentos vitales, que consisten en expresar la voluntad anticipada de una persona respecto a la forma que desea ser médicamente asistida en caso de no poder hacerlo en el momento oportuno por haber devenido en incapacitada. Generalmente se trata de instrucciones acerca de

¹⁶² Ibidem. p. 231

¹⁶³ Ibidem. p. 232

suspender cualquier tratamiento diseñado para prolongar la vida cuando el proceso de la muerte es irreversible.”¹⁶⁴

“En España, por ejemplo, la primer disposición de carácter nacional es la Ley de Autonomía del Paciente de 2002, en tanto que en Cataluña se adoptó el testamento vital en diciembre de 2000, y en Extremadura se legisló sobre la eutanasia pasiva y el testamento vital en junio de 2001”¹⁶⁵.

“La ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en su artículo 28, si bien no obliga a que las instrucciones previas deban producirse ante notario. Conforme a la Ley de Madrid, las instrucciones no pueden contrarias a las leyes en vigor; además añade otra limitación; que no contravengan la ética profesional. La amplitud de esta expresión podría dar lugar a distorsiones en el momento de aplicarse las instrucciones, por lo que debe entenderse que no implica una restricción para el otorgante de la voluntad sino que faculta al personal médico para ejercer su derecho a la objeción de conciencia.”¹⁶⁶

“La norma andaluza sobre declaración de voluntad vital anticipada crea un registro especializado. La eficacia de la declaración queda sujeta a que los funcionarios del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas verifiquen la capacidad del autor de la declaración y a que se inscriba en el propio Registro. Esta ley también dispone que si una persona ha otorgado un documento y con posterioridad emite un consentimiento informado que contraria, exceptúa o matiza las instrucciones previas, prevalecerá o manifestado mediante ese consentimiento informado.”¹⁶⁷

¹⁶⁴ HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 163

¹⁶⁵ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. p. 88

¹⁶⁶ Ibidem. p. 110

¹⁶⁷ Idem.

¹⁰⁸ JUANATEY, Carmen, Op. Cit. p. 183

“Paralelamente los Estados han ido aprobando Natural Death Acts, siguiendo un modelo uniforme, en el que se reconoce a toda persona mayor de edad y con capacidad el derecho a rechazar, bajo determinadas circunstancias, un tratamiento médico dirigido a prolongar su vida. En concreto, las leyes autorizan a los médicos a no aplicar o a suspender las técnicas reanimadoras (life – sustaining procedure) a pacientes – como se ha dicho – mayores de edad y con capacidad, que se encuentren en estado terminal (terminal condition), siempre que éstos lo hayan solicitado previamente por escrito, por medio de documentos denominados directivas previas (advance directives) o, más concretamente, de un testamento vital (living will). Así, hacia 1992; los cincuenta estados y el Distrito de Columbia habían adoptado alguna forma de testamento vital.”¹⁶⁸

“A través de las advance directives o del living will, los ciudadanos americanos pueden hacer una declaración acerca de qué tipo de tratamiento médico estarían dispuestos a aceptar y cual no, en caso de encontrarse en situación de incapacidad para decidir. Normalmente, el testamento vital (living will) incorpora uno o más tipos de directivas previstas (advance directives), a través de las cuales la persona formula indicaciones sobre cuáles serían sus deseos ante determinadas eventualidades en relación con sus salud; o bien, nombra a una persona para que en tales circunstancias decida en su nombre. El fundamento legal de estas directivas se encuentra en el common law y en la Constitución a través de la protección del derecho a la autonomía del individuo.”¹⁶⁹

No pocos países en la actualidad mencionan que una fórmula que podría mediar entre el derecho del paciente a decidir y la obligación de médico a mantener la salud y la vida, se encuentra en los testamentos biológicos o

¹⁰⁹ Ibidem. p. 183-184

vitales. Los enfermos terminales podrían saber que sólo su voluntad puede ayudarlos a evitar una agonía innecesaria y, a su vez, evitaría poner entre la espada y la pared al médico que sabe que no puede curara al enfermo y sólo le está alargando la agonía para evitar ser sancionado penalmente.

“El testamento vital representaría un paso adelante en lo legislativo, y se concede a los pacientes, bajo seguridad jurídica, el derecho a decidir, aceptar o rechazar un tratamiento sobre todo cuando la vida ya se encuentra irremediablemente comprometida; si bien se muestra difícil y complicado por lo indeterminable del futuro, no es menos cierto que aquellos planteamientos generales tendrán que ver, por supuesto, con el sentido ético de quienes la practican como la garantía de una muerte digna de quien la recibe.”¹⁷⁰

Q. LA MEDICINA PALIATIVA, COMO AUXILIAR O MEDIO PARA LA EUTANASIA PASIVA.

“Nuestro mayor sufrimiento es sabernos mortales. Y esta conciencia se magnifica en el lecho de dolor. El dolor físico y la incapacidad de disfrute llevan con frecuencia al individuo a preferir la muerte. A esto hay que agregar eventualmente la pérdida de facultades mentales y físicas, la depresión, el sentimiento de abandono, la soledad; el ver a los seres queridos padecer por la suerte de uno, la falta de comunicación, el mal trato, el miedo al más allá, pero sobre todo la pérdida inminente de la vida. Si hiere profundamente perder a un ser querido, abandonar todo lo amado es indescriptible. Son tantas cosas que suman el dolor de morir que bien puede elaborarse una taxonomía del sufrimiento en el moribundo.”¹⁷¹

¹⁷⁰ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 141

¹⁷¹ Ibidem. p. 101

Existe un amplio acuerdo acerca de que uno de los objetivos de la medicina es aliviar el sufrimiento de los enfermos mediante el uso de los medios más adecuados en cada caso. Existe el imperativo moral de evitar el sufrimiento innecesario e indeseado.

“Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como remedio, sino solamente prevista y tolerable como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados.”¹⁷²

Los cuidados paliativos son una medida para tratar el dolor y otros síntomas en enfermos terminales, ayudan a muchos pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, aunque algunos dolores terminales y algunos otros síntomas estresantes no pueden ser controlados completamente con los mejores cuidados. Sin embargo, es la calidad de vida, más que el dolor, la razón más frecuente por la que el paciente solicita la ayuda para bien morir. *“... la escasa formación que tiene los médicos en cuanto a cuidados paliativos, impide que los brinden a muchos enfermos que los requieren. Sin esta preparación los médicos se encuentran sin elementos para reconocer cuando deben suspender las acciones médicas dirigidas a la curación y a encauzar los esfuerzos para aliviar el dolor, los otros síntomas físicos desagradables y el sufrimiento mortal. Por falta de una preparación adecuada muchos médicos ignoran que cuando la curación de un paciente*

¹⁷² HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 154

*es imposible, el compromiso con él debe consistir en buscar la mejor calidad de vida.*¹⁷³

*“Zbigniew Zylicz, un médico neerlandés especializado en cuidados paliativos, asegura que éstos son prácticamente desconocidos en los Países Bajos. Muchos médicos creen que los conocen porque utilizan morfina, pero ésta es una idea muy equivocada porque la atención paliativa implica mucho más que eso.”*¹⁷⁴

*“El gobierno Holandés presupuestó para 1998 el equivalente a 1.5 millones de dólares para la investigación y el desarrollo de cuidados... El Centro Nacional de Apoyo a Voluntarios Cuidadores de Enfermos Terminales recibió el encargo de desarrollar el material didáctico destinado al curso. El material ofrece información básica a quienes deseen asistir a moribundos en hospitales o en sus propios hogares. A su vez, la organización forma personal docente para que organice estos cursos.”*¹⁷⁵

*“De acuerdo con un manual editado por la Asociación Médica de Washington (Washington Medical Association), actualmente es posible controlar de 90 a 99 por ciento de los casos de dolor en los pacientes; lo que sucede, afirman, es que el personal médico o no está suficientemente informado o bien usa métodos anticuados en el tratamiento del dolor.”*¹⁷⁶

“Hay tanto que hacer por un paciente terminal, por un moribundo, por un anciano, un niño o por cualquier ser humano que padece algún dolor físico, moral, mental o social, sufre por ambiciones bastardas, mercenarias o por

¹⁷³ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 46

¹⁷⁴ Ibidem. p. 224

¹⁷⁵ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 117

¹⁷⁶ HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 136

coacción en su contra, o bien resiente falta de información adecuada y congruente o soledad, abandono o aislamiento.”¹⁷⁷

Ante un paciente terminal, el médico y todo el equipo de salud tienen la obligación ética de realizar un conjunto de intervenciones generales. Suprimir el dolor es un deber de gran importancia y requiere una sólida preparación de los médicos sobre el uso de analgésicos poderosos y narcóticos. La comodidad del enfermo exige que estemos atentos a suprimir los síntomas que producen serias molestias, tales como las náuseas y la disnea. Para algunos casos especiales es conveniente la creación de las clínicas de dolor formadas por internistas, cirujanos, oncólogos y anesthesiólogos.

“A un ser humano que sobreviva en cualquiera de esas condiciones de vida se le pueden dar entre otros cuidados y atenciones:

- *“Aseo y limpieza, varias veces al día, de su cuerpo, cama, cuarto.*
- *“También de su alma y ánimo: psyché y thymos.*
- *“Asistencia amable, solícita y hasta cariñosa para que arregle o armonice sus asuntos pendientes en su conciencia o con sus parientes, compañeros y amigos, así como para que finiquite sus problemas financieros, laborales, legales o testamentarios conforme sus deseos más íntimos y originales, pero en consonancia con los afanes ajenos, cuando legítimos.*
- *“Asistencia religiosa llevándole un sacerdote, ministro o rabino de la fe de su devoción o, si es ateo o agnóstico, al contrario, permitirle y respetarle su carencia, abstención o insuficiencia de fe y dejarlo sin la presencia de un religioso aunque, como le respondió el venerable Pio*

¹⁷⁷ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 229

XII a un soldado soviético cuando éste dijo don desdeño insolente que no necesitaba su bendición, ¿a quién le hace daño que un anciano lo bendiga?.

- *“Calmarle los dolores.*
- *“Cambiarle la posición de su cuerpo, en su cama o en su silla o sillón; masajes.*
- *“Compañía: oír su plática, sus temores, sus recuerdos, sus esperanzas, sus deseos.*
- *“Darle los alimentos, golosinas o refrescos que le agraden y le sean médicamente permitidos, si es que tiene la posibilidad de elegir e ingerir.*
- *“Lectura de libros, revistas o periódicos.*
- *“Mejorar su entorno poniendo la música de su preferencia o los programas de radio o televisión que lo entretengan o gusten, si así lo pide.*
- *“Procurarle la temperatura en su cama, en su cuarto que le agrade.*

“Y si se argumenta que Moro recomendó la eutanasia en su Utopía, debe también tenerse presente el otro pasaje del libro en el cual aconseja tácita o expresamente la ortotanasia.”¹⁷⁸

“Lo que una persona enferma necesita, además de los cuidados médicos es amor; el cálido amor que familiares, amigos, médicos y enfermeras deben proporcionarle.”¹⁷⁹

“Personas que se dedican a los cuidados paliativos... conviven con enfermos que están muy cerca de su muerte y comprueban que, gracias a la

¹⁷⁸ Ibidem. p. 229-230

¹⁷⁹ HURTADO Oliver, Xavier, Op. Cit. p. 151

atención que les ofrecen muchos pasan de la desesperación a un estado de tranquilidad en espera de su muerte.”¹⁸⁰

“Zylicz considera imprescindible un cambio en la educación de los médicos de su país para que tengan más elementos para atender las necesidades de los enfermos que se encuentran al final de sus vidas y así puedan ayudarlos a sobrellevar su sufrimiento, pues es importante admitir que éste no se puede evitar del todo. Pero piensa que si se puede ayudar y acompañar a los pacientes y a sus familiares mediante un trabajo interdisciplinario que incluya enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y sacerdotes.”¹⁸¹

“Solo así puede entenderse la dignidad y el decoro, aunado vida y muerte como partes inseparables.”¹⁸²

R. LA FUNCIÓN DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA.

“El conocimiento es una condición para ejercer la libertad porque sólo se puede decidir sobre lo que se conoce”¹⁸³

La bioética, que se preocupa por la salud y el bienestar de todos los seres vivientes, debe considerar que los individuos, cualquiera que sea su condición social, étnica, mental o física, son sujetos de respeto y de preocupación por quienes han comprometido su vida y sus actos en el equipo de salud. El trato digno y el interés por aliviar los males ajenos se manifiestan en las acciones que realicen, que buscarán siempre cumplir los preceptos bioéticos.

¹⁸⁰ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 223

¹⁸¹ Ibidem. p. 224

¹⁸² CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 235

¹⁸³ ÁLVAREZ del Río, Asunción, Op. Cit. p. 253

Hemos hablado sobre los derechos de los pacientes, y en especial de la eutanasia pasiva, como la forma de expresión máxima a la libertad y autonomías del enfermo terminal, con todo lo que ésta decisión implica: información, voluntades anticipadas, respeto a la dignidad del hombre y cuidados paliativos.

Algunos argumentos en contra de autorizar la eutanasia pasiva, van en el sentido de que al autorizarla, generaría problemas en cuanto a la abstención indiscriminada por parte del médico o familiares en aplicar los tratamientos o en suspender los que ya se han iniciado. También se ha dicho que el elegir o no elegir un tratamiento puede depender del momento que vive el paciente, el dolor y la desesperación, el miedo, la incertidumbre, incluso la falta de dinero, puede llevar a enfermos a optar por la suspensión o no aplicación de tratamientos, que pueden ayudar a recuperar la salud.

Sin embargo, como ya lo he mencionado, el ser titulares de derechos humanos y el que los mismos sean reconocidos y garantizados por el Estado, no significa que sean absolutos, tienen límites que se deben respetar y también deben ser previstos precisamente para evitar los problemas que se pueden dar. Razón de ello es que se deben contemplar los comités hospitalarios de bioética, como el órgano multidisciplinario y regulador de la procedencia o no, de la solicitud de eutanasia pasiva.

“Deben ser examinadas con cuidado las circunstancias en que se solicita auxilio médico, a una eutanasia pasiva directa, y debe de ponerse en marcha, a la vez, un sistema de vigilancia administrativa y médica en relación con estas peticiones para evitar rigurosamente todos los abusos posibles; a la vez es necesario que se compruebe que no hubo coerción hacia el paciente, bien familiar bien económico, o bien falta de capacitación y/o información pertinente y actualizada del médico tratante, mismo que debe

asesorarse de un psiquiatra para descartar cuadros agudos de depresión que, de alguna manera influyen en la decisión del paciente en cuestión.”¹⁸⁴

“Los comités hospitalarios de bioética son grupos multidisciplinarios e interdisciplinarios a quienes la institución designa para que se ocupen de la consulta, investigación y docencia frente a los dilemas morales que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria.”¹⁸⁵

La consulta al Comité que exista en cada institución sanitaria puede ayudar a resolver correctamente los conflictos que vayan surgiendo alrededor de la puesta en práctica de los documentos de voluntades anticipadas. A dicho Comité deberían remitirse aquellos casos en que los responsables o allegados de un enfermo, o la persona designada como su representante, consideren que no se está respetando su voluntad, sobre todo si tenemos en cuenta el aún escaso rodaje que acerca de esa cuestión, y de los derechos de los enfermos en general, existe en nuestra sociedad.

“La eutanasia voluntaria y pasiva, en casos seleccionados y autorizados por un comité de bioética que incluya a médicos, filósofos, religiosos, puede ser tolerada siempre y cuando se analice cada caso en particular.”¹⁸⁶

“Se ha dicho por ello que los comités hospitalarios son los órganos operativos de la bioética.”¹⁸⁷

“En el ejercicio de sus funciones de carácter consultivo, los conflictos más comunes planteados a los comités hospitalarios de bioética son los siguientes:

¹⁸⁴ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 131

¹⁸⁵ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 123

¹⁸⁶ CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, Op. Cit. p. 110

¹⁸⁷ GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. p. 124

- a) Continuar o no un tratamiento a un paciente con mal pronóstico.
- b) Dar o no dar de alta a pacientes terminales.
- c) Prescribir o no ciertos tratamientos, como quimioterapias en circunstancias especiales.
- d) Decidir mantener o no medidas paliativas.
- e) Dar órdenes de no aplicar maniobras de reanimación si se da el caso.
- f) Suspender o no la aplicación de ventilación mecánica.
- g) Cuánto y cómo informar al paciente acerca de su situación y pronóstico.
- h) Cómo y cuándo solicitar la donación de órganos para trasplante.
- i) Señalar prioridades en la asignación de recursos materiales.
- j) Interrupción de un embarazo con graves riesgos.¹⁸⁸

“Cuando un miembro del personal de salud se enfrenta a un problema en el que tiene que decidir la mejor solución, puede seguir un método que le permita resolver el problema. A continuación proponemos una guía metodológica que comprende las fases siguientes para la toma de decisiones:

1. *Presentación clara del problema. ¿en qué consiste el dilema bioético que se le presenta al prestador de servicio?. Descripción de lo que se propone resolver en su decisión.*
2. *Tomar en cuenta la dignidad de la persona. Sana o enferma, sujeto del problema que intentamos resolver, sin ninguna discriminación y considerando su autonomía.*
3. *Elementos internos y externos que acompañan a la persona o personas involucradas. ¿Cuáles son las condiciones integrales del paciente: físicas, psicológicas, socioeconómicas?. Esto requiere dedicar el tiempo que sea necesario para realizar una historia clínica*

¹⁸⁸ Ibidem. p.127

minuciosa. Se debe contar con el conocimiento de su entorno, de su familia, calidad de vida y expectativas...

- 4. Opciones prácticas para la solución del problema. Conocer si se cuenta con elementos que cada posibilidad requiere. Tomar en cuenta el costo-beneficio de cada opción...*
- 5. Proveer. Tanto en la persona como en la comunidad específicas, prever cuales serian las consecuencias de aplicar cada una de las opciones. De acuerdo con los factores internos y externos en cada caso y conociendo a fondo los resultados que se esperan de cada medida, podrán hacerse las previsiones indicadas, incluidos los daños que cada posibilidad puede ocasionar.*
- 6. Conocer los valores y principios de las personas involucradas. Tomar en cuenta los propios valores, los del enfermo o de la comunidad, los de los miembros de su familia cuando el paciente no está en condiciones de expresarse. O lo que ha sido asentado para él en una voluntad anticipada por escrito...*
- 7. Tener presente las normas legales. Estas son las que imperan en el estado, región o país en el que se presente el problema.*
- 8. Con base en las premisas el personal de salud procederá a la decisión final y a la acción, que en casi todos los casos será la que más se acerque a lo bioéticamente correcto y bueno.”¹⁸⁹*

De esta forma se asegura que una decisión tomada por el paciente o por su representante según sea el caso, debe ser analizada por el comité de bioética, el cual tendrá a su cargo aprobar o no la petición, y en caso de ser positivo su veredicto, estudiar y en su caso proporcionar al personal médico las mejores opciones para la aplicación, interrupción o no aplicación de tratamientos, también deberá señalar o designar los cuidados paliativos que deberán suministrar al enfermo. De esta forma se garantiza el respeto a la

¹⁸⁹ Ibidem. p. 99

dignidad humana, el respeto a la decisión de cómo enfrentar la muerte, y el cumplimiento de una voluntad anticipada en lo que más le favorezca al paciente.

CAPITULO IV. BASES Y ASPECTOS QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA LEGISLAR LA EUTANASIA PASIVA EN EL ESTADO DE QUERÉTARO.

“Lo importante no es lo que la vida nos hace, sino lo que cada quien hace con aquello que la vida le hace”

Edgar Jackob

En un estado democrático, el respeto y garantía a los derechos humanos, es el factor más importante que se debe atender. Así en tanto más avanza la tecnología y la ciencia, existe siempre la posibilidad que el ser humano se convierta en objeto de las mismas, violentando derechos humanos de los pacientes quienes en algunas ocasiones no se encuentran en condiciones para poder decidir sobre la aplicación de ciertos tratamientos o mecanismos tecnológicos tendientes a alargar el momento de su muerte.

La dignidad humana debe ser respetada ante todo, y por ello debemos exigir al Estado la creación de normas jurídicas que garanticen a los pacientes terminales, que en los últimos momentos de sus vidas se les trate con respeto, se les proporcione una calidad de vida en los momentos finales, garantizando que los mismos se verán respetados en su dignidad humana.

Sin duda alguna, el sistema de salud en nuestro estado se encuentra saturado, lo que ha generado una cierta deshumanización por parte del personal sanitario; el ver a los pacientes como objetos ocasiona un trato que atenta contra su dignidad humana, puesto que se les atiende de forma automática y no personalizada; se convierten en números, y no en humanos que necesitan atención, comprensión, y por supuesto mitigar el dolor.

Así el personal sanitario trata de mantener vivo al paciente, sin importar muchas de las veces la opinión del enfermo o de sus familiares, aun cuando se le ha dado diagnóstico fatal, se le ingresa a terapia intensiva y comienza la larga agonía entre aparatos mecánicos, tubos y sustancias, las cuales al final, lo único que han logrado es alargar el momento de la muerte de una forma indigna.

No es para nadie desconocido, que ante un paciente terminal, lo único que queda, es esperar la muerte, pues ya no existe forma de sanar al enfermo, por tanto son estos enfermos quienes sirven a los prestadores de servicio social, y a los que se encuentran haciendo internados, a fin de practicar lo que han aprendido en las aulas, pues como ya lo he mencionado poco importa si se aplica o no correctamente un tratamiento, ya que de ninguna forma el paciente recuperará la salud.

De esta forma, el enfermo terminal es atractivo para el personal que se está formando en las ciencias médicas, puesto que es seguro de una u otra forma que muera irremediabilmente en poco tiempo.

Vivir los últimos momentos de la vida, debe ser un momento especial, un momento de preparación hacia lo desconocido, un momento de paz y tranquilidad. Lo cual de ninguna manera se puede tener siendo parte de prácticas médicas, o peor aún, representar ingresos para las instituciones médicas privadas. Muchas de las veces se recomienda a la familia entubar al paciente, aplicar ciertos tratamientos inservibles, únicamente para cobrar la hospitalización. Lo que genera en los familiares la ruina y para los hospitales privados ingresos económicos.

Por ello y ante la certeza de que todo ser humano es titular de los derechos humanos desde el nacimiento hasta la muerte, se deben respetar

los derechos de los pacientes terminales, puesto que aun y cuando están condenados a morir en poco tiempo, hasta ese momento siguen siendo personas, en ejercicio de sus derechos, y por supuesto se les debe respetar su dignidad humana.

A fin de evitar estas situaciones, varios documentos han proclamado los derechos de los pacientes, como una necesidad, primero; para que se respete el derecho a la vida; en segundo término, respetar y garantizar el derecho a la salud, y es precisamente en éste punto donde interviene el derecho a poder decidir sobre como morir. Tener la certeza cualquier persona que se ve ante la muerte, por alguna enfermedad terminal, de que se respetará su dignidad humana, haciendo su voluntad en cuanto al momento mismo de la muerte. El tener el derecho a rechazar tratamientos dolorosos innecesarios, el derecho a interrumpir los ya aplicados, al no tener ninguna respuesta favorable a su salud, el derecho a poder morir en compañía de los seres queridos, el derecho a elegir como enfrentar la muerte.

Garantizar los derechos humanos en la actualidad, ha requerido de la intervención legislativa, tanto a nivel nacional como internacional. Es por lo que varias organizaciones a nivel internacional han realizado esfuerzos, para que los países firmen acuerdos en donde se vean garantizados los derechos de los pacientes. Mismos que deben ser tomados en cuenta por todos los estados, en especial por el Estado de Querétaro, que en su propia constitución, reconoce los derechos humanos previstos en tratados internacionales. Es por ello que los legisladores del Estado, se encuentran obligados a legislar en esta materia, y tomar como base lo que se ha declarado ya en varios documentos.

Entre ellos, tenemos la Declaración de Lisboa de la AMM (Asamblea Médica Mundial), sobre los Derechos del Paciente, *Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre, 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, Octubre 2005.*

En su Introducción señala:

“La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La siguiente Declaración representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

G. PRINCIPIOS LA DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA AMM:

1. *“Derecho a la atención médica de buena calidad:*

- a. *Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.*
- b. *Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.*

- c. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.*
- d. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.*
- e. En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.*
- f. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.*

2. "Derecho a la libertad de elección:

- a. El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.*
- b. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.*

3. "Derecho a la autodeterminación:

- a. *El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.*
- b. *El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.*
- c. *El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.*

4. *“El Paciente inconsciente:*

- a. *Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible.*
- b. *Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.*
- c. *Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.*

5. *“El Paciente legalmente incapacitado:*

- a. *Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas*

jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.

- b. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.*
- c. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.*

6. *“Procedimientos contra la voluntad del paciente:*

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

7. *“Derecho a la información:*

- a. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.*
- b. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.*
- c. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.*

- d. *El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.*
- e. *El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.*

8. *“Derecho al secreto:*

- a. *Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.*
- b. *La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer", a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.*
- c. *Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las substancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.*

9. *“Derecho a la Educación sobre la Salud:*

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos

tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educativos.

10. *“Derecho a la dignidad:*

- a. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.*
- b. El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.*
- c. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.*

11. *“Derecho a la Asistencia Religiosa:*

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.¹⁹⁰

Como podemos observar, ésta declaración establece claramente los derechos que tiene todo paciente: el derecho a la autodeterminación. Éste derecho ha tenido una gran resonancia al hablar de los testamentos vitales, el poder decidir sobre su propia persona y sobre los tratamientos que está dispuesto que se le apliquen, o los que no desea que le sean aplicados.

El derecho a la autodeterminación, es sin duda la base de los testamentos de vida, en el que las legislaciones actuales en el país han tomado sus principios, a fin de garantizar al paciente que él mismo pueda determinar

¹⁹⁰ <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/>

cómo quiere ser tratado, cuando por alguna enfermedad se encuentre en la etapa final de la vida.

El derecho a la información, también base de lo que conocemos como consentimiento informado, y que definitivamente, sirve para tomar las decisiones importantes sobre los tratamientos médicos, y en especial, en aquellos que deben o no aplicarse, cuando la muerte sea inminente. Informar al paciente sobre su estado de salud y sobre los tratamientos que pueden serle aplicados, es un derecho que en nuestro estado no es tomado en cuenta, la comunicación paciente medico, suele ser pobre y reservada. Por tanto no se está garantizando este derecho.

El derecho a tener un representante legal, tanto para que decida en casos de inconsciencia, o incapacidad, y además de que la figura del representante también se hace presente en los testamentos de vida, a fin de que sea éste, quien verifique se cumpla con lo manifestado por el enfermo.

De haberse designado un representante, podrá preverse que esa persona de entera confianza del otorgante supla las carencias del documento, al tiempo de hacerlo efectivo.

El paciente tiene derecho a que siempre que llegue ante un servicio médico, sea cual fuera, éste tenga la obligación de tratar de salvarle la vida, este es el fundamento principal, que se ha tomado para no autorizar la eutanasia activa, pues el privar de la vida, atenta contra éste principio. Por lo tanto los estados han optado por la eutanasia pasiva, a fin de ver garantizado el principio de tratar de salvar la vida, claro cuando existen esperanzas fundadas de que así pueda ser, de lo contrario se estaría dentro de la figura de la distanasia.

El respeto a la dignidad del paciente, de aliviar los sufrimientos, la atención terminal y la muerte digna, son principios en los que se basa la eutanasia pasiva y los procedimientos paliativos, regulados ya en algunos estados de la República y que servirán de base para la regulación en nuestro estado.

H. DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES SEGÚN LA CONAMED. (Comisión Nacional de Arbitraje Médico):

1.- “Recibir atención médica adecuada.

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2.- “Recibir trato digno y respetuoso.

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3.-“Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible;

se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad.

4.- *“Decidir libremente sobre su atención.*

El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5.- *“Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.*

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6.- *“Ser tratado con confidencialidad.*

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7.- *“Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.*

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8.- *“Recibir atención médica en caso de urgencia.*

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9.- *“Contar con un expediente clínico.*

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

10.- *“Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.*

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

*Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.*¹⁹¹

De igual forma para la CONAMED, los pacientes deben gozar de los derechos de información, respeto a la dignidad, a la toma de decisiones sobre los tratamientos, a ser atendidos en casos de urgencia.

I. CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA LA CONDUCTA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SALUD.

“La Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud distribuyó en todas las unidades del sistema el Código de Bioética para la conducta profesional del personal de salud. En 2002 los autores de este libro formaron parte del grupo que contribuyó en forma sustancial en su contenido. Los siguientes son algunos artículos relevantes de este Código.

- 1. Las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en un marco científico y humanista, con el pleno respeto a la dignidad de la persona y a su autonomía, en un ámbito de equidad y justicia distributiva, acorde con los principios de beneficencia y no maleficencia que desde siempre han caracterizado a los profesionales de la salud...*
- 2. ...*
- 5. Es deber de los médicos y las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlo mientras dure su enfermedad o se rehabiliten.*
- 6. ...*

¹⁹¹http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/&destino=der_gral_pacientes.php&seccion=81

7. *Informar al paciente, o a su representante legal, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probabilidades, complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad.*

8. ...

13. *Respetar y acatar la voluntad anticipada del paciente, quien en cualquier momento de su vida puede expresar por escrito su deseo de evitar, cuando sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas, que se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con las que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida física, psicológica o socialmente aceptable.*

14. ...

29. *Al paciente terminal se le aplicarán los procedimientos más actuales de la medicina paliativa para aliviar en lo posible sus sufrimientos físicos y psicológicos, aunque esto pudiera acortar su vida...*¹⁹²

El IMSS en su página electrónica oficial señala lo siguiente:

“Como paciente tienes derecho a:

- *Atención médica adecuada y oportuna.*
- *Información precisa, oportuna y veraz sobre tu diagnóstico, pronóstico y tratamiento.*
- *Aceptar o rechazar el tratamiento o procedimiento terapéutico que se te ofrezca.*

¹⁹² GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, Op. Cit. pp. 89-91

- *La confidencialidad de la información que proporcionas a tu médico.*
- *Otorgar tu consentimiento por escrito con fines de diagnóstico o terapéuticos.*
- *Una segunda opinión sobre el diagnóstico.*
- *Atención médica de urgencia.*
- *Un expediente clínico completo y obtener un resumen médico por escrito si lo necesitas.*
- *Servicio de medicina preventiva.*
- *Presentar tu queja o inconformidad en caso de existir alguna irregularidad en la atención recibida.*
- *Solicitar y obtener la información completa y oportuna respecto de los trámites que debas realizar.*
- *Recibir del personal del IMSS, en todo momento, un trato digno y eficiente”¹⁹³*

En esta publicación, no encontramos algunos derechos importantes como las declaraciones anteriores, sin embargo, también es una forma de garantizar cierto respeto al consentimiento informado, el respeto a la vida y a la dignidad humana.

J. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Así la Carta Magna en el artículo 4º, señala: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general,*

¹⁹³ <http://www.imss.gob.mx/derechohabientes/derechos/Pages/pacientes.aspx>

*conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*¹⁹⁴

De lo anterior se desprende el derecho que tenemos a la salud, a una atención médica adecuada. Este derecho se encuentra protegido y garantizado por las instituciones de salud, y la reglamentación en la misma materia, como lo es la Ley General de Salud.

K. LEY GENERAL DE SALUD.

En esta se encuentran disposiciones que garantizan el derecho a la salud, a la atención médica, y al respeto a la dignidad humana.

El Artículo 51 Bis 2.- señala: “Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

De lo anterior, podemos ver como se garantiza el derecho a la vida, pues impone la obligación de los centros médicos a preservar la vida y la salud del usuario. Es por tanto que en los casos de urgencia que la misma norma dispone:

¹⁹⁴ México - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 4

Artículo 166 Bis 11. *“En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución”.*

*“La ley deberá tomar en cuenta las circunstancias especiales de cada caso para determinar los alcances de las manifestaciones anticipadas de voluntad, por ejemplo, ante una urgencia, el médico debe tener la posibilidad de actuar de inmediato e implementar medidas urgentes como la reanimación en tanto se toman otras decisiones, sin esperar a conocer la manifestación anticipada del paciente en los casos en que no se tenga a la mano o no sea posible conseguirla en forma expedita”.*¹⁹⁵

La ley en todo momento debe garantizar el derecho a la vida y a la salud, como una obligación del Estado para mantener la vida de sus pobladores. Sin que ello pueda ser violatorio al derecho de autodeterminación pues el estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la vida.

Pese a lo anterior, la misma Ley General de Salud, establece lo que se ha llamado consentimiento informado, en su artículo *“166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:*

¹⁹⁵ Fernández Zayas, José Luis y Juan Pedro Laclette San Román Coordinador General, Colegio de Bioética *“Eutanasia, Hacia una Muerte Digna”*, México, Foro Consultivo, Científico y Tecnológico, 2008, p.. 86

“VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.”¹⁹⁶

Sin embargo los órganos encargados de la salud, deben en todo momento respetar la dignidad del paciente, respetando sus decisiones sobre los tratamientos o intervenciones.

El consentimiento informado, como su mismo nombre lo indica, consiste en que para determinadas intervenciones o tratamientos es necesario que el paciente, en caso de que se encuentre en posibilidades de hacerlo, o en caso contrario, sus familiares, manifiesten su voluntad para que se intervenga o aplique un tratamiento al paciente.

Este consentimiento debe hacerse con pleno conocimiento sobre la enfermedad y sus tratamientos. De lo contrario el consentimiento se encuentra viciado. En los casos de enfermedades cuyo efecto es la muerte inminente, el personal médico debe ayudar al paciente para que acepte de la mejor manera posible el diagnóstico y de esta forma pueda tomar las decisiones sobre su tratamiento.

Lo anterior a fin de respetar el derecho a vivir con dignidad hasta el mismo momento de la muerte, siendo el deber del personal sanitario ayudar al paciente a aceptar éste momento.

Se señala en el *“Artículo 77 bis 37.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:*

¹⁹⁶ México - Ley General de salud.

*V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;*¹⁹⁷

También en el Artículo 166 Bis 15. Se menciona que “*Los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán las siguientes obligaciones:*

- I. Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;*

- II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal”;*

Así como la prohibición por parte del personal médico al señalarse en el Artículo 166 Bis 17. “*Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.*”

Y para el caso de incumplimiento contempla sanciones, tal es el caso del Artículo 166 Bis 20. “*El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación terminal, o en caso que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.*”

¹⁹⁷ México - Ley General de salud.

Así la Ley General de Salud, contempla y constituye como obligación el consentimiento informado. El derecho a la información, es esencial en estos documentos, pues de una buena información depende que el paciente acepte, o rechace un tratamiento. por tanto es de vital importancia que se regule en forma precisa la obligación del personal sanitario de informar de forma correcta, completa y veraz al paciente, para así poder recabar el consentimiento, en caso de que se encuentre consiente, y en caso contrario, la información deberá proporcionarse a sus familiares o representante para sean quien tomen la decisión final.

De la misma forma las declaraciones de voluntades anticipadas, se encuentran previstas por la Ley General de Salud. Bajo los siguientes preceptos:

En su Artículo 166 Bis 4. Señala “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.”

En este caso es válido concluir que ley determina que se debe legislar en materia de voluntad anticipada, tanto los requisitos de forma, y/o las solemnidades que deberá cumplir; qué requisitos deben llenar ó cuando la declaración puede ser anulada. También es importante observar que se debe

reglamentar la figura del representante, puesto que sobre él puede recaer primero la vigilancia del cumplimiento de la voluntad anticipada, y en segundo lugar en caso de inconsciencia del paciente, emitir el consentimiento informado.

“Esta nueva actitud implica que el sujeto cuente con un grado de libertad integrada por varios elementos: Información suficiente y adecuada sobre su estado de salud, así como sobre las alternativas terapéuticas a su alcance y sus riesgos. Una información insuficiente o equivocada impediría el ejercicio de una verdadera elección. Conviene tener en cuenta que también debe respetarse el derecho de toda persona a no ser informada. Capacidad para analizar la información y para comprender los alcances y significado de las decisiones. Un equilibrio interno aceptable, el cual supone, entre otros, no encontrarse con trastornos depresivos o bajo sentimientos de culpa o inferioridad tan graves, que impidan una toma de decisión saludable. Ausencia de coerciones externas, cualquiera que sea su fuente, ya sea médica o proveniente del entorno familiar y social.”¹⁹⁸

Si se cuenta con una declaración anticipada de la voluntad, será obligación de los médicos aplicar el tratamiento vital, por urgencia o necesidad. Y en caso de que el comité de bioética del Hospital, decidiera la interrupción de procedimientos médicos por ser onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados, la decisión será adecuada si los tratamientos tienen como finalidad únicamente mantener la vida del paciente, sin ninguna esperanza de vida. La decisión final la debe tomar el paciente, si lo puede hacer, en caso contrario, serán los familiares respetando la voluntad razonable y los intereses legítimos del enfermo.

¹⁹⁸ Fernández Zayas, José Luis y Juan Pedro Laclette San Román, Op. Cit. p. 80

En cuanto a la voluntad anticipada, es importante que el legislador considere la situación de que la voluntad anticipada se haya otorgado anterior a la enfermedad y por ende se encuentre desfasada de los adelantos científicos y tecnológicos en la medicina. En este supuesto entiendo que, por principio, no puede prevalecer la voluntad anticipada, supuesto que será especialmente delicado pues esa voluntad desfasada o desinformada jurídicamente podría interpretarse como un rechazo al tratamiento lo que es un derecho de los pacientes, por lo que se deberá atender a la interpretación por analogía, analizar las causas que dieron origen a la voluntad anticipada o bien recabar el consentimiento informado, lo cual dejaría sin efectos la voluntad anticipada.

El siguiente artículo prevé el elegir sobre la suspensión del tratamiento; Artículo 166 Bis 5. *“El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta Ley.”*

Y en el Artículo 166 Bis 6. *“La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.”*

En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.”

Como se desprende de esta normatividad, el paciente una vez diagnosticado terminal, y bajo la aprobación del comité hospitalario de bioética, tiene el derecho a solicitar se interrumpan los tratamientos iniciados tendientes a aliviar o curar la enfermedad, pero ello no significa que quedará al abandono de la medicina, puesto que aquí entra lo que se le ha llamado medicina paliativa o cuidados paliativos, misma que también debe ser regulada.

En nuestro país es poca la cultura paliativa, los médicos poco saben acerca de esta materia, por lo que es importante que en la regulación que se propone se prevea que la medicina paliativa sea aplicada por especialistas en esta área de la medicina, a fin de garantizar un cuidado de calidad.

“La decisión de suspender estos tratamientos debe ir seguida de los cuidados paliativos, y es importante conocer los alcances de esta forma de atención que incluye proporcionar medicamentos, aun sabiendo que en algunos casos muy graves acelerará la muerte del enfermo. Los médicos necesitan tener claridad al respecto para tener la confianza de dar a sus pacientes los medicamentos paliativos en las dosis adecuadas con la finalidad de aliviar su sufrimiento sin temer alguna complicación de tipo legal.”¹⁹⁹

Por su parte en Artículo 166 Bis 8. Determina *“Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.”*

¹⁹⁹ Ibidem p. 47

Al respecto, cabe apuntar que la definición más aceptada de conciencia es la que estableció William James en 1890: “awareness of the self and the environment”, que podría traducirse como “*saber de uno mismo y del medio ambiente*” o, de manera más libre y más amplia, *tener conciencia es darse cuenta de lo que sucede con uno mismo, conocer y reconocer lo que está ocurriendo alrededor de uno y poder interactuar con ese medio externo.*”²⁰⁰

Es claro que el derecho a una muerte digna, a manifestar el consentimiento sobre ciertos tratamientos no puede discriminar a los menores, incapaces o personas inconscientes, pues su estado no es determinante para negarle el ejercicio de sus derechos. Por tanto la legislación deberá regular de forma precisa las formas de representación de estas personas, regulando los requisitos para poder manifestar las decisiones finales que se le aplicarán al paciente. De igual manera deberá estar aprobado por el comité hospitalario de bioética, a fin de que no se violenten los derechos del paciente y se respete en todo momento su dignidad humana.

En caso de urgencia o en ausencia de un representante legal, el profesional de la salud debe actuar de conformidad a los intereses objetivos del paciente.

Y en el Artículo 166 Bis 12. Se puede leer “*Todos los documentos a que se refiere este título se registrarán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables.*”

Es por ello que surge la necesidad que en el estado de Querétaro se regulen estas figuras, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos a los

²⁰⁰ Ibidem p. 50

que aluden como la libertad, autodeterminación y en especial a una muerte digna.

“Sin embargo, no se debe perder de vista regular que también se permita a las personas que puedan decidir no sólo sobre qué tratamientos o procedimientos no quiere que se le apliquen, sino también cuáles sí acepta para los casos en que no esté en condiciones de manifestar su voluntad, ya sea en forma transitoria por efectos de tratamientos, trastornos de salud o por efectos de una enfermedad permanente.”²⁰¹

De igual manera se deberá tomar en cuenta que la autoridad sanitaria adopte las medidas necesarias para garantizar la voluntad anticipada y que se adopten medidas para el registro de los documentos, prever la coordinación e intercomunicación nacional y estatal. Esto último será especialmente interesante pues de nada serviría la voluntad anticipada si el otorgante, por ejemplo, por razón de desplazamiento, es atendido en un centro sanitario dependiente de otra Administración que no sea la de donde resida y la existencia del documento registrado no trasciende de ese territorio.

Además y como ya se ha señalado, el documento de voluntad anticipada puede ser revocado en todo tiempo por su autor, Y si el documento obra en un registro deberá incluirse el documento de revocación en ese registro para que obre con el documento.

Por cuento ve a los cuidados paliativos, la misma reglamentación señala:

²⁰¹ Ibidem. p. 86

“Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente”.

Lo que nos lleva a considerar que tanto los escritos de voluntad anticipada y consentimiento informado, pueden ser modificados en todo momento, siempre que el paciente manifieste su consentimiento para ello, pues de lo contrario se estaría violentado el derecho a la salud de todo individuo.

“Artículo 166 Bis 9. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista”.

No cabe duda que en el estado de Querétaro se requiere de forma urgente, que se legisle en esta materia. Existen especialistas de casi todas las ramas de la medicina, pero al parecer nadie se ha preocupado por la medicina paliativa, siendo que es necesaria para mantener la dignidad humana de una persona desahuciada; se requiere personal especializado en esta rama de la medicina, que tenga los conocimientos suficientes, necesarios, pero sobre todo, especializados y actualizados para mantener a una persona lo más tranquila posible mientras espera el momento de la muerte.

Se debería exigir a los hospitales que tengan un área para cuidados paliativos, atendida por personal especializado, en donde se le pueda brindar una mejor calidad de vida al paciente terminal. Asimismo, se debe exigir a las instituciones sanitarias y de salud, personal suficientemente capacitado para atender solo a pacientes terminales y que se promocióne y difunda la cultura

paliativa, dándose cursos a los familiares que decidan tener al enfermo en casa, para que puedan brindarle una mejor atención.

*“Se ha comprobado mediante diversos estudios a nivel mundial que un tratamiento farmacológico racionalizado puede controlar el dolor en más del 80% de los pacientes con cáncer y que solo un 15 – 20 % requiere de una terapia intervencionista específica especializada. Desafortunadamente en el país sólo contamos con nueve medicamentos opiáceos, en comparación con otros países desarrollados que cuentan con más de 25, lo que trae como consecuencia que la utilización de estos fármacos opiáceos esté determinada por su disponibilidad y existencia, y que el paciente presente un mal control de dolor. En este punto las autoridades competentes deben tomar cartas en el asunto para que las industrias farmacéuticas se comprometan a importar los diferentes fármacos opiáceos a nuestro país y así poder ofrecer una terapia racionalizada y efectiva como en muchos países desarrollados del mundo”.*²⁰²

Finalmente en la Ley General de Salud se contempla la creación de los Comités Hospitalarios de Bioética, pues señala:

Artículo 41 Bis. *“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

²⁰² SOBERÓN, Guillermo y Dafna FEINHOLZ, compiladores, “Muerte Digna, Una Oportunidad Real” Memoria, México, Comisión Nacional de Bioética, 2008. Documento electrónico.

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 e institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento, y...

“...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.”

Es de vital importancia que en la legislación queretana se regule de forma precisa la formación de Comités Hospitalarios de Bioética, pues es el órgano que aprueba o no las decisiones de los pacientes. *“De la correcta integración de los Comités dependerá en gran medida, que no se den abusos o excesos en esta práctica. No se debe llevar a la autonomía a extremos morbosos.”*²⁰³

Por lo que se debe regular la forma de seleccionar a los integrantes, claro cumpliendo con requisitos, entre los que debe estar el ser especialistas o

²⁰³ Fernández Zayas, José Luis y Juan Pedro Laclette San Román, Op. Cit. p. 87

tener experiencia en la ciencia bioética, además de la rama en la que se desenvuelva.

L. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL.

Ahora bien y por cuanto ve a la legislación estatal, existen otras legislaciones que prevén la voluntad anticipada en distintos Estados de la República. Un claro ejemplo es el Distrito Federal, el cual promulgó su Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

“En la Asamblea Legislativa se optó por utilizar la expresión ortotanasia. Esta modalidad, equivale a lo que de manera convencional se denomina eutanasia pasiva, se comenzó a utilizar en España hacia finales de los años ochenta del siglo pasado y fue aprobada por la Conferencia Episcopal Española en 1993.”²⁰⁴

“El dictamen correspondiente a la ley mexicana se puntualiza que se reconoce; el derecho del paciente que padece una enfermedad en fase terminal a rechazar medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prologar de manera innecesaria su vida y que menoscaban la dignidad de su persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural. En otras palabras, la propuesta central y como radica en la regulación legal de la ortotanasia, como un medio para lograr una calidad de vida digna y voluntariamente elegida para los enfermos en etapa terminal...”²⁰⁵

La ortotanasia es definida, en ese mismo documento, en los siguientes términos: la ortotanasia no hace referencia a, ni es sinónimo de eutanasia. A

²⁰⁴ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. p. 124

²⁰⁵ Idem.

diferencia de ésta, que busca acelerar la pérdida de la vida de una persona, ya sea por una acción o una omisión, aquella distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directo o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando sobre todo no deteriorar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgándole para el efecto, los cuidados paliativos y las medidas mínimas ordinarias y tanatológicas adecuadas.

“Los efectos prácticos, empero, son los mismos que la doctrina identifica como eutanasia pasiva. Así queda establecido el artículo 1º de la Ley, cuyo objeto es; establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.”²⁰⁶

Conforme al artículo 3-V, la voluntad anticipada se expresa en un documento público suscrito ante notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que propicien la obstinación médica. En este texto se incluye un elemento de dudosa pertinencia; la reiteración. Ésta solo es posible cuando el paciente conserva la capacidad de decidir en el momento de suspender un tratamiento, pero no en los casos de inconsciencia. Aunque la ratificación de la declaración aparece en la norma, no se regula la periodicidad requerida.

²⁰⁶ Ibidem. p. 125

“Las disposiciones relacionadas con la voluntad anticipada se aplican en el caso de un enfermo terminal, que el artículo 3-VI de la ley define de esta forma:

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

- a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa:*
- b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico y/o;*
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.”²⁰⁷*

Los legisladores queretanos deberán tener como finalidad *“que se restituya el principio de beneficencia en forma de beneficencia fiduciaria es decir que médicos y pacientes mantengan la meta de actuar en pro de los mejores intereses mutuos.”²⁰⁸*

El desafío, entonces, es ser capaces de llamar las cosas por su nombre y, aún así, reconocer a las personas el derecho a decidir por sí mismas cuando un determinado tratamiento médico ha dejado de cumplir el objetivo para el cual habría sido previsto: mejorar la salud, aliviar el sufrimiento, salvar una vida que desea ser salvada. En caso contrario, cuando la medicina pasa a ser enemiga del paciente, el Estado debe ser capaz de reconocer los límites que separan el encarnizamiento terapéutico del legítimo cuidado sanitario.

²⁰⁷ Ibidem, p. 126

²⁰⁸ Fernández Zayas, José Luis y Juan Pedro Laclette San Román, Op. Cit. p. 87

De lo contrario los pacientes dejan de ser sujetos de derecho para transformarse en objetos víctimas de la técnica médica.

“La coincidencia de todos los partidos es de gran importancia, porque contribuye a facilitar reformas análogas en el país, e incluso una de orden federa, que se hace indispensable para que la eutanasia pasiva sea aplicable en las instituciones de salud sujetas a la jurisdicción federal.”²⁰⁹

²⁰⁹ CARPIZO, Jorge y Diego VALDÉS, Op. Cit. p. 124

CONCLUSIÓN.

Saber que vamos a morir a muchos nos inquieta; algunos tratan de evadir el tema por miedo o desconocimiento, sin embargo la muerte es lo único seguro que tenemos y que sabemos que va a llegar. No sabemos el día ni la hora, tampoco como sucederá, pero es inevitable.

La muerte en ocasiones llega de sorpresa, silenciosa, sin avisar. Muchos deseamos una muerte sin dolor, fulminante, instantánea, que no nos dé tiempo de pensar que vamos a morir.

Sin embargo pocos son a quienes la muerte sorprende de esta forma, la mayoría de los individuos tiene una etapa de agonía, algunos muy larga, incluso de años, otros de algunos días u horas.

Y es en estos casos en donde al ser humano puede llegar a enfrentar la peor experiencia de su vida, cuando no se le atiende de una forma integral.

Este es un tema que ha tomado la bioética y que ha puesto a debate en los últimos años, sin duda, esta ciencia es indispensable para los profesionales de las ciencias médicas, puesto que son ellos quienes en el día a día se enfrentan a la muerte.

Los médicos tienen la difícil tarea de buscar siempre conservar la vida, sin embargo en muchas ocasiones, en este ejercicio se pierden de vista aspectos tan importantes como lo es la dignidad humana.

No cabe duda que el hombre ha logrado avances científicos importantes tendientes a conservar la vida humana, por ello cada vez es más longevo, pues la ciencia logra atacar más enfermedades que antes eran mortales.

Pero también en el afán de conservar la vida, se ha llegado a excesos como son mantener con vida a una persona de forma totalmente artificial, mediante sustancias, mecanismos o instrumentos. Pero lo peor de ello es que esto sucede sin esperanza real de curación y sin importar los valores, creencias o economía del paciente y su familia.

Es ante ello que la bioética se ha preocupado por poner en debate el actuar de los médicos en este tipo de actividades. El poder cuestionar si es éticamente aceptable o no, ha generado debates importantes, opiniones que consideran que se violan derechos fundamentales, que se atenta contra la dignidad humana. También existen opiniones que apoyan estas prácticas en pro de la vida a cualquier costo.

Y es que la vida, al ser un derecho de todo individuo, debe ser respetada y garantizada, pero no en todas las situaciones ni bajo cualquier circunstancia; no se debe caer en abusos o violaciones a otros derechos de que goza el individuo como lo es la dignidad humana, la autonomía, incluso la libertad.

Entonces la bioética es una ciencia que analiza estos casos y propone ciertas soluciones éticamente aceptadas por la mayoría. La profesión médica necesariamente debe relacionarse con la bioética. Y esto se logrará si en las escuelas de medicina se les da una formación bioética, si se les concientiza, hasta dónde se puede considerar éticamente correcto el actuar médico en cuanto a conservar o alargar la vida de un enfermo terminal.

Sin embargo no solamente de esta forma se puede erradicar el problema, la bioética además de ser una ciencia que debe relacionarse con la medicina, también debe ser enseñada y estudiada por los juristas.

El Derecho será por tanto, el encargado de generar normas que vigilen la conducta del personal médico, que regulen su actuar, así como otorgar a los ciudadanos la posibilidad de elegir libremente una muerte digna y por tanto se debe auxiliar en la bioética.

Puesto que las normas jurídicas en todo momento deben tener como finalidad regular la conducta humana y acercarse en lo más posible a garantizar los derechos humanos, deben vigilar el más preciado derecho que es la vida.

Proteger la vida, mantener el respeto a la dignidad humana, a las libertades de los individuos; es una de las tareas de las ciencias jurídicas, en donde la bioética juega un papel muy importante, puesto que también busca el respeto a los derechos humanos, a respetar la dignidad humana en todos los aspectos de la vida y por ende nos proporciona mecanismos éticamente adecuados para el ejercicio de estos derechos, como los es la eutanasia pasiva.

Es entonces que nos presenta casos que no están lejos de la realidad, situaciones que vivimos día a día, en donde los enfermos terminales son tratados como objetos, en donde no se le informa qué enfermedad tiene, sus efectos, sus consecuencias, ni tampoco los tratamientos posibles, a fin de que pueda elegir.

El problema es que cuando el paciente terminal se encuentra frente a un médico, éste decide como será la vida del paciente, decide los tratamientos o intervenciones que le realizará, sin tomar en cuenta los deseos del enfermo. Y muchas veces sin importarle ninguna otra razón, simplemente mantenerlo con vida cueste lo que cueste.

Y es cuando podemos ver que a los pacientes se les da una vida sin calidad, una vida que tal vez ellos ya no desean, se les somete al dolor, al sufrimiento, a la soledad. Sin esperanzas de recuperar la salud; mueren solos y sufriendo.

La eutanasia pasiva nos propone evitar estos abusos, nos brinda la oportunidad de sentirnos personas en ejercicio de nuestros derechos hasta el último instante de nuestras vidas, nos da a elegir cómo queremos ser tratados, nos informa sobre nuestra enfermedad y sobre los tratamientos; ayuda al enfermo a prepararse para la muerte, a mitigar el dolor, a morir en el lugar deseado y con las personas queridas.

Es para muchos difícil aceptar la muerte, pero lo tenemos que hacer, debemos tener la confianza en nuestro médico, debemos sentirnos queridos y atendidos en los últimos momentos de nuestras vidas.

Por ello la eutanasia pasiva es el camino para lograr el respeto a esos derechos que muchos ignoran tener, pero que es obligación del Estado garantizar.

Es necesario que en el estado de Querétaro, se legisle en materia de eutanasia pasiva, no podemos permitir que en nuestro estado no se respete la dignidad humana; que a los pacientes terminales los vean como objetos de prueba o práctica médica, que violen sus libertades y derechos.

La eutanasia pasiva garantiza el respeto a tener una vida digna hasta el último minuto de la misma. Implica el respeto a la libertad, a la autodeterminación, a la salud, pero sobre todo a preparar al ser humano a aceptar y enfrentar la muerte, de la mejor forma posible, viéndolo como un

ser humano en toda la extensión de la palabra, con el mismo valor y derechos de quien goza de salud.

Sé que, de regularse en nuestro estado la eutanasia pasiva, a través del derecho a la información, voluntad anticipada, consentimiento informado, registro de voluntades anticipadas, instituciones especializadas en cuidados paliativos y comités hospitalarios de bioética, los enfermos terminales tendrán una mejor calidad de vida, podrán morir con dignidad, con la seguridad de que respetarán su vida, sus valores y creencias.

Tengo la certeza de que la eutanasia pasiva seguramente nos hará personas más responsables de nuestro cuerpo, de nuestra salud, de nuestra libertad y nos dará seguridad para no tener incertidumbre o temor ante las ciencias médicas; nos dará confianza de que el médico que nos atienda respetará nuestras decisiones y que en caso de enfrentar un enfermedad que genere dolor, tendremos la tranquilidad de que existen instituciones que apliquen los tratamientos especializadas para mitigarlo.

La regulación implica que en un futuro las instituciones médicas no cometan abusos con los pacientes; cambiará sin duda la perspectiva que tiene el médico sobre conservar la vida y sobre todo, respetar a su paciente. Humanizar la relación médico – paciente, dignificar al moribundo o agonizante.

Al concluir este trabajo, estoy convencido que todo individuo tiene el derecho de ser informado y elegir como quiere pasar los últimos momentos de su vida, el poder decidir no someterse al tratamiento o intervención que solo prolongaría su vida sin posibilidades de curación y de aliviar sus sufrimientos, el poder platicar su decisión con el médico y su familia. Que tiene el derecho de que se respete su voluntad, y recibir ayuda para mitigar el dolor.

Esto es una decisión aceptable, por tanto el médico y el paciente deben contar con el respaldo legal que el Estado debe brindarles para poder llevar a cabo la voluntad final del enfermo. Sólo de esta forma, el ser humano condenado a morir puede confiar en que no morirá de forma distinta a la deseada y el personal médico podrá aceptar y respetar esa voluntad, sin miedo a que su actuar pueda tener repercusiones legales.

Creo que la eutanasia pasiva debe ser regulada, basándose en los principios propuestos en el último capítulo de este trabajo, sin pretender que sean los únicos a considerar, puesto que este tema debe ser puesto a debate, escuchar las opiniones de organizaciones, instituciones médicas, partidos políticos, universidades, profesionistas y especialistas en bioética.

Es inagotable el material sobre eutanasia; son muchos los aspectos y temas que pueden llegar a surgir.

Esta investigación la concluyo con la seguridad que en un futuro tendremos otros aspectos novedosos para analizar y estudiar, de que podremos criticar la legislación estatal y tal vez proponer cambios para mejorarla. No es que haya terminado esta investigación, simplemente es la conclusión de una primer etapa.

Pero nuestro estado debe dar el primer paso, esto es, legislar en materia de eutanasia pasiva, para posteriormente ir perfeccionando la legislación a fin de garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos.

Iniciar con la eutanasia pasiva, es un avance importante en esta materia, significa preocuparnos por nuestra propia vida, reflexionar la importancia que tiene el derecho a la autodeterminación. Respetar el derecho a una muerte digna.

Debemos situarnos también en los primeros lugares entre las entidades que mejor garantizan los derechos humanos; el desarrollo de una sociedad no solo debe ser económico o de infraestructura, también se debe desarrollar la normatividad para lograr que la ciencia y la tecnología sirvan al hombre sin cometer abusos o excesos, respetar al individuo como un ser único, un ser moral, digno y sobre todo garantizarle un desarrollo pleno e integral en el ejercicio de sus derechos y libertades.

BIBLIOGRAFIA

ÁLVAREZ del Río, Asunción, “*Práctica y Ética de la Eutanasia*”, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2005.

ÁLVAREZ Gálvez, Íñigo, “*La eutanasia voluntaria autónoma*”, Madrid España, Ed. Dykinson, 2003.

BEHAR, Daniel, “*Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia?*”, México, Ed. Pax México, 2007.

CANO Valle, Fernando, Enrique DIAZ Aranda y Eugenia MALDONADO De Lizade, “*Eutanasia, aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*,” México, Ed. UNAM, 2005.

CARPISO, Jorge y Diego VALDÉS, “*Derechos humanos, aborto y eutanasia*”, México, Ed. UNAM, 2008.

CASADO, María, “*Nuevos Materiales de Bioética y Derecho*”, México, Ed. Fontamara, 2007.

Fernández Zayas, José Luis y Juan Pedro Laclette San Román Coordinador General, Colegio de Bioética “*Eutanasia, Hacia una Muerte Digna*”, México, Foro Consultivo, Científico y Tecnológico, 2008.

GARCÍA Romero, Horacio y Luis LIMÓN Limón, “*Bioética General*”, México, Ed. Trillas, 2009.

GARRAFA, Volnei, Miguel KOTTOW y Alya SAADA, “*Estatuto Epistemológico de la Bioética*”, México, Ed. UNAM, 2005.

GIMBERNAT Ordeig, Enrique, “*Eutanasia y Derecho Penal*,” Madrid, Ed. Tecnos, 1990.

HAUTECOUVERTURE, Michel, “*¿Hay que Legalizar la Eutanasia?*”, España, Ed. Akal, 2005.

HURTADO Oliver, Xavier, “*El Derecho a la Vida y a la Muerte*”, México, Ed. Porrúa, 1999.

JUAN PABLO II, “*Congregación para la Doctrina de la Fe, Conferencia Episcopal Española, La Eutanasia*”, 3ª ed. España, Ed. Palabra, 2004.

JUANATEY, Carmen, “*El Derecho y la Muerte Voluntaria*”, México, Ed. Distribuciones Fontamara, 2004.

KEOWN, John, Compilador, “*La Eutanasia Examinada*”, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2004.

LARET, María Gabriela, “*Derecho, Biotecnología y Bioética*”, Venezuela, Ed. CEC, 2005.

LEAL Quevedo, Francisco J. Coordinador “*Hacia una Muerte mas Humana*”, Bogotá, Ed. Medica Internacional, 1997.

MARCOS del Cano, Ana M.^a, Coordinador, “*Bioética y Derechos Humanos*”, Madrid, Ed. UNED, 2011.

MATEU, Juan A. “*Eutanasia. Una batalla por ganar*”, Ed. Libros en Red, 2008.

MENDEZ Baiges, Victor y Hector CLAUDIO Silveira Gorski, “*Bioética y Derecho*”, Barcelona, Ed. UOC, 2007.

PALACIOS, Marcelo, “*Soy mi Dignidad*”, Ed. Libros en red, 2009.

POLLARD, Brian, “*Eutanasia*”, Madrid, Ed. Rialp, 1991.

RUIZ de la Cuesta, Antonio, Coordinador “*Bioética y Derechos Humanos*”, España, Ed. Universidad de Sevilla, 2005.

SÁNCHEZ Jiménez, Enrique, “*La Eutanasia ante la moral y el derecho*”, España, Ed. Universidad de Sevilla, 1999.

SOBERÓN, Guillermo y Dafna FEINHOLZ, compiladores, “*Muerte Digna, Una Oportunidad Real*” Memoria, México, Comisión Nacional de Bioética, 2008. Documento electrónico.

VERZELE, Maurice, “*La Muerte Sin Dolor. Suicidio y Eutanasia*”. Belgica, Ed. Txalaparta,m 2000.

Enciclopedia Libre.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 1

México - Ley General de salud

www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/

www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/&destino=der_gral_pacientes.php&seccion=81

www.imss.gob.mx/derechohabientes/derechos/Pages/pacientes.aspx

WWW.Mercaba.Org