

UDS

LIBRO

DILEMAS ETICOS Y TOMA DE DECISIONES

*MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD
TERCER CUATRIMESTRE*

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimizol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad

- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Dilemas éticos y toma de decisiones

Objetivo de la materia:

Que el alumno sea capaz durante su ejercicio profesional de identificar y resolver los problemas dentro de la ética y la moral aceptadas internacionalmente en la actualidad.

Unidad IV Suicidio y eutanasia, trasplante de órganos, clonación, SIDA y muerte

- 4.1. Suicidio asistido
- 4.2. Casos terminales
- 4.3. Vivo-vivo
- 4.4. Muerto- vivo
- 4.5. Células madres
- 4.6. Clonación órganos
- 4.7. Cuidados terminales del enfermo
- 4.8. Con dignidad

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Ensayo	20%
2	Cuadro sinóptico	20%
3	Super nota	20%
5	Examen	40%
Total de Criterios de evaluación		100%

Unidad IV Suicidio y eutanasia, trasplante de órganos, clonación, SIDA y muerte

Objetivo: Que el alumno conozca los aspectos legales y últimas reformas sobre la Ley de cuidados paliativos, así como los proyectos para la legalización de la eutanasia y en materia de clonación humana.

4.1 Suicidio asistido

El aumento de la esperanza de vida al nacer y el consecuentemente incremento de personas que alcanzan etapas muy avanzadas de edad, con enfermedades degenerativas que se acompañan de intenso dolor y sufrimiento, hacen necesario la discusión y búsqueda de alternativas posibles para disminuir o evitar sus sufrimientos dentro de los principios de autonomía y libertad de los usuarios de la atención médica.

La palabra eutanasia deriva de los vocablos griegos eu = bueno y thanatos = muerte, por lo que literalmente significa buena muerte. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las definiciones existentes sobre la eutanasia no son exactas y pueden variar de una persona a otra, pero tienen varios elementos en común. La mayoría de los comentaristas restringe su descripción a la eutanasia directa o 'activa', que se puede definir como "el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar"

La palabra suicidio se deriva del latín sui = sí mismo y caedere = matar.- Literalmente significa matarse por sí mismo. El suicidio medicamente asistido se podría definir como "la ayuda que da un médico a un paciente, en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para suicidarse y es el paciente quien realiza la acción final que causa la muerte".

La voluntad anticipada es un concepto de índole más general que los dos anteriores y se puede entender como **“el proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones”**. En México está prohibida la práctica de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido, de acuerdo a lo estipulado en la Ley General de Salud en su artículo 161 Bis 21 que a la letra dice:

“Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley.”

Sin embargo, existe consenso en que es necesario debatir el tema, en el contexto actual en que se ha incrementado el número de personas con padecimientos en fase terminal y por otro lado, porque existe una mayor exigencia de respeto a los derechos humanos, al derecho a la salud y a los principios de libertad y autonomía de los pacientes. ¿Es necesario legalizar la eutanasia en México? Esta es la primera pregunta que habría que formularse para el debate. Los partidarios convencidos de la necesidad de que esta práctica se legalice plantean que

“el argumento poderoso a favor de la eutanasia es permitir al paciente poner término a sufrimientos innecesarios y degradantes que no le permiten llevar una vida digna, sino de dolor y agonía, situación que atentaría contra el libre desarrollo de su personalidad y su dignidad como persona humana, evitando así ser sometido a un encarnizamiento terapéutico, ante los avances de la ciencia médica, y el deseo de los médicos de mantener con vida a un ser sin esperanza de recuperación”.

Por otro lado, existen los argumentos en contra que señalan que “el médico tiene como función la de salvar vidas, no destruirlas”, “la legalización de la eutanasia podría traer como consecuencia que se llegaran a cometer actos criminales en pacientes que no han expresado su consentimiento o bien son incapaces de expresar su deseo de morir, como es el caso de los sujetos con deformidades, niños idiotas y personas seniles”.

Estas posiciones tan contrapuestas respecto al mismo problema son una muestra de la necesidad de profundizar en el debate sobre los temas de eutanasia, suicidio asistido y otras formas de voluntad anticipada y sobre todo evidencian la necesidad de legislar y establecer estrategias consensuadas que satisfagan, en la medida de lo posible, a los actores sociales con posiciones encontradas.

Es importante resaltar que el aumento de la esperanza de vida y el consecuente incremento de personas que llegan a edades avanzadas y desarrollan enfermedades degenerativas que se caracterizan en su fase terminal por ser causa de intenso dolor y sufrimiento, es uno de los principales motivos que hacen necesario el establecimiento de cuidados paliativos y aplicación de medidas vinculadas con la voluntad anticipada, la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

Por otro lado, otra causa determinante que explica el creciente interés en el tema, es el incremento en las últimas décadas de la cultura relacionada con la defensa de los derechos humanos y de los principios de libertad y autonomía, específicamente la relacionada con los usuarios de los servicios de atención médica.

4.2 Casos terminales

La eutanasia ha generado muchas inquietudes, así como dilemas éticos y jurídicos porque el derecho a la vida es un derecho universal; en el ámbito jurídico es un bien tutelado por el Estado, quién priva la vida a otro comete homicidio. En el ámbito médico, de acuerdo al **juramento hipocrático** existe la obligación ética de velar por el máximo respeto por la vida humana desde su origen, aún bajo amenaza, y no emplear los conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Desde la concepción religiosa, **el derecho a la vida es sagrado, le pertenece a Dios** y por tanto, él es el único que puede quitarla. Esta

práctica se encuentra penada en la mayor parte del mundo debido a que las diversas tradiciones religiosas, legales o morales se establecen la mayor protección a la vida.

El principal argumento a favor de la eutanasia gira en torno al derecho a una muerte digna, sin dolor y agonía. La prolongación innecesaria de la vida atenta contra el libre desarrollo de la personalidad y dignidad de la persona. Por tanto, las personas en etapa terminal tienen derecho a morir dignamente. El argumento contra la eutanasia está fundado en el hecho de que el médico tiene como función salvar vidas y no destruirlas. Además, es el Estado quien debe proteger el derecho a la vida y asegurar desde el nacimiento hasta la muerte su protección.

Lo cual revela la complejidad del tema por las disposiciones morales, religiosas y jurídicas que trae consigo, y resulta pertinente preguntarnos:

- 1. ¿Un enfermo tiene derecho a decidir sobre la terminación de su vida?**
- 2. ¿Debe legalizarse o no la eutanasia?**
- 3. ¿Esta se equipara con el suicidio asistido?**
- 4. ¿Quién tiene derecho a disponer de nuestra vida en una enfermedad terminal?**
- 5. ¿La voluntad anticipada es una forma de eutanasia?**
- 6. ¿México debe legalizar la eutanasia?**

Clásicamente, la eutanasia se define como la aceleración de la muerte de un paciente para evitar más sufrimientos. Dentro de esta amplia definición, hay varios términos usados para describir las diferentes formas de la eutanasia, es decir, voluntaria, involuntaria y la eutanasia no voluntaria; y activa y pasiva eutanasia.

La palabra eutanasia, se originó en Grecia, significa una buena muerte. Tradicionalmente, la eutanasia ha significado una muerte fácil, indolora. Con frecuencia también suele llamarse como muerte misericordiosa o suicidio asistido. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 define la eutanasia y el suicidio asistido :

La eutanasia es un acto deliberado llevado a cabo por una persona con la intención de no impedir la muerte por causas naturales en caso de enfermedad terminal o coma irreversible sin dolor.

Suicidio asistido es el acto terminar intencionalmente la vida de un paciente en etapa terminal con la ayuda de un médico o personal de salud que le proporcione los conocimientos o medios para llevarlo a cabo.

Por lo anterior, cuando nos referimos a la eutanasia debemos entenderla como el acto o procedimiento que aplica un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor a petición de éste para terminar con su sufrimiento.

El suicidio médicamente asistido es donde el médico proporciona a un paciente los medios para suicidarse y es el paciente quien realiza la acción final que causa la muerte final.

La voluntad anticipada es cuando cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida [...] por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural [...] protegiendo en todo momento su dignidad.

La ortotanasia implica permitir que la muerte natural llegue en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con los máximos tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables.

La eutanasia y el suicidio asistido por un médico son ilegales en muchos países. Sin embargo, se practica abiertamente en los Países Bajos, donde el médico que realiza estos actos no es procesado penalmente. Por lo que es importante que en la legalización de la eutanasia se considere la inutilidad del tratamiento para retener o retirarlo como soporte vital para un enfermo terminal, teniendo en cuenta el beneficio y deseos del paciente y de su familia. En varios casos y diferentes resoluciones judiciales este razonamiento ha jugado un papel importante en el desarrollo de la práctica de la eutanasia en países como Holanda.

III. Clasificación de la eutanasia

La eutanasia tiene varias clasificaciones y son según las condiciones en que se presente. Para clasificarla son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente, el estado del paciente y el que practica la eutanasia.

a) Por su finalidad

- **Eugenésica.** Muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.
- **Piadosa.** Por sentimiento de compasión hacia el sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.
- **Solidaria.** Muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas. Por la modalidad de acción
- **Eutanasia Activa.** Muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero.
- **Eutanasia Pasiva.** Muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario (benemortasia: el bien morir. Interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas).

b) Por el contenido volitivo.

- ✓ **Voluntaria.** Es la que se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso y consiente.
- ✓ **No Voluntaria.** Muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
- ✓ **Involuntaria:** es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses.

c) Impuesta. Por la intención

- **Directa.** Provocación de la muerte con medios certeros (inyecciones letales, por ejemplo).
- **Indirecta o lentitiva.** Se suspenden tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto, la consecuencia es la muerte.

Desde el punto de vista jurídico penal, las legislaciones pueden optar por:

- a) no prescribir nada sobre la eutanasia (por lo cual se caería en el homicidio o en el auxilio al suicidio, o en un aspecto negativo de estos, según el caso);
- b) preverla en un tipo muy atenuado, con requisitos muy precisos, o
- c) consignar el supuesto exento de sanción (despenalización absoluta o relativa) estableciendo limitaciones rigurosas y precisas para no dar margen a desviaciones.

La segunda opción es la más adoptada por las legislaciones. Gimbernat considera que la eutanasia debe abarcar tres situaciones: a) la existencia de la seguridad o el riesgo

considerable de una muerte próxima del paciente, quien puede, además, padecer agudos dolores;

En el primer caso, el paciente con conciencia de su enfermedad terminal y en pleno uso de sus facultades, rechaza el tratamiento. En este caso los médicos sólo pueden administrar analgésicos que eliminen el dolor ante la imposibilidad de realizar otro tipo de intervención.

Aquellos que se oponen a que el Estado permita la omisión de atención, aluden que este acto debería ser catalogado como un homicidio culposo, pues no se ha realizado todo lo posible para mantener con vida al individuo.

La ley considera que existe un delito si no se ofrece la debida atención médica cuando se tienen los elementos para hacerlo. Este argumento es utilizado al referirse a los casos de personas que pierden la conciencia y que inician un proceso de deterioro sin haber manifestado su voluntad, dado el hecho de que no existe una figura legal que permita la lectura de un testamento vinculante, mientras se viva.

La segunda distinción involucra la intervención médica de último recurso, tal vez innecesaria pero que se decide llevar a cabo, y si el paciente muere se priva a éste de una muerte en compañía de sus seres queridos, lo cual es considerado como encarnizamiento médico. En estos casos, la decisión médica de intervenir o no, involucra las posibilidades de supervivencia de un paciente y los recursos destinados a tal intervención. En este segundo tipo de casos los comités de bioética toman en cuenta las probabilidades de supervivencia o de sobrevida de un paciente y los recursos que deben emplearse en tratamientos que pueden resultar inútiles.

El tercer tipo genérico involucra el caso de pacientes que no tienen conciencia de sí debido a un mal degenerativo, que han quedado en estado vegetativo mental con el resto de sus

órganos funcionando adecuadamente, o bien que requieren un respirador artificial. Sólo en el último caso, el de la muerte cerebral, se considera que los parientes en primera y segunda línea pueden solicitar que no se utilicen medios artificiales para mantener con vida orgánica al individuo y permitir la muerte de sus órganos.

En este último caso la certificación de la pérdida de vida se determina con las pruebas irrefutables de la inexistencia de actividad cerebral. Estos casos hacen viables los trasplantes.

En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento. Esto a través de un documento que regula la ortotanasia, es decir, el otorgamiento de medidas médicas paliativas, que disminuyen el sufrimiento o que lo hacen tolerable. Es decir, a través de una manifestación de la voluntad de la persona a no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que propicien la obstinación médica, es decir, el uso innecesario de medios e instrumentos para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal.

Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, vigente desde 2008. Esta es una declaración unilateral de voluntad, efectuada por una persona mayor de edad o emancipada, con plena capacidad de goce y ejercicio de sus facultades mentales, en la que señala de manera anticipada que es lo que desea para sí, en relación a él o sus tratamientos y cuidados de salud.

Después, a nivel federal se reformó la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos (un nombre más apropiado), pero su reglamento no ha sido aprobado. Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte. Las leyes prohíben la eutanasia y, aunque se entiende que los legisladores hayan decidido realizar los cambios de manera paulatina, es deseable que se deje abierta la puerta para aprobarla más adelante. Si bien en la mayoría de los casos la suspensión de tratamientos inútiles y los

cuidados paliativos son suficientes para que la gente muera bien, no siempre se puede aliviar el sufrimiento físico o emocional, y en esas condiciones, hay pacientes que prefieren adelantar su muerte.

De tal manera que dicha regulación está sustentada en diversas disposiciones que dan sustento a la autonomía vital de las personas, lo cual puede traducirse en el respeto al derecho a la dignidad y a la protección de la salud.

En México la eutanasia se encuentra sujeta a un intenso debate. Sólo en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) se ha avanzado en cuanto a las disposiciones aplicables a la voluntad anticipada.

En el documento de voluntades anticipadas conocido como testamento vital, la persona manifiesta expresamente por escrito su voluntad sobre la disposición de cuerpo y órganos después de su muerte total o cerebral. También manifiesta su voluntad para recibir atención terapéutica o no, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le incapacite en un futuro para expresarse por sí mismo.

Además, en México, la voluntad anticipada no se encuentra regulada por los códigos civiles. A pesar de que dicho documento esté regulado en la Ley de Voluntad Anticipada, prevé que debe hacerse ante notario público; por lo tanto, el concepto del documento de voluntad anticipada suele ser sinónimo del testamento vital. Con base en lo anterior, es necesario conocer que el testamento es un acto jurídico unilateral, personalísimo, libre, revocable. A través de éste, una persona capaz transmite sus bienes, derechos y obligaciones, que no se extinguen por la muerte, a sus herederos o legatarios, o declara y cumple deberes para después de su muerte.

En este sentido, la autonomía del paciente tiene un rol destacado en la voluntad anticipada; en primer lugar, porque se involucra el derecho de autodeterminación cuando con plena

competencia y suficiente información el paciente decide y comunica su aceptación o rechazo a la asistencia o tratamientos indicados o, incluso, solicita un tratamiento no indicado o un tratamiento médico contraindicado de acuerdo con su enfermedad, y en segundo, porque el equipo médico no actúa ciegamente en el campo moral, precisamente porque conoce los deseos, intereses e inquietudes del paciente y, quizá con mayor importancia, su propia escala de valores, lo cual permite ofrecer una mejor atención médica que más allá del poner, quitar o limitar, sea de acompañar, y en la medida de lo posible aliviar el sufrimiento.

En México la legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia y del suicidio asistido, Art. 312 del Código Penal Federal, incluyendo un eximente de responsabilidad aplicable al médico, que, bajo ciertos criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, hiciera terminar la vida de un paciente a petición del mismo, o prestarle auxilio para su suicidio.

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

La Ley General de Salud, considera la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan que a un paciente no se le extienda la vida, cuando no existe posibilidad de cura.

De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, considera que la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible. La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por irreflexiva pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

El artículo 345 de la misma ley, dice: No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

La Ley de Voluntad Anticipada en México

En enero de 2008 se promulgó en la ahora Ciudad de México la Ley de Voluntad Anticipada, cuyo objetivo es regular la voluntad de un enfermo en etapa terminal a no someterse a medios, tratamientos o procedimientos que prolonguen su vida. Dicha ley pretende proteger la dignidad de la persona para lograr la una buena muerte. Dicho documento prescribe que un enfermo al que le queden menos de seis meses de vida tiene derecho a solicitar que su vida no sea prolongada mediante ninguna acción terapéutica y se encuentra limitado para mantener su vida de manera natural. Las medidas mínimas ordinarias del paciente en etapa terminal son hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones.

La ley de voluntad anticipada establece en su artículo I que es de orden público e interés social, y tiene por objeto 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 médicos 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.

Asimismo, se enumeran las definiciones de los conceptos técnicos y médicos referidos en la ley. El artículo 3 define que la Voluntad Anticipada como el 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 el capítulo segundo se establecen los requisitos del documento de Voluntad Anticipada. En el artículo 7 establece que:

El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y
- IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado. Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

El artículo 8 que el documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y
- IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

La Ley de Voluntad Anticipada tiene el objetivo de defender la voluntad de cualquier persona enferma, que se encuentre en fase terminal, para no someterse a ningún tipo de procedimiento, medio o tratamiento médico que prolongue de manera innecesaria su vida, salvaguardando su dignidad como persona, si en algún momento es imposible mantener su vida de manera natural.

Además, la ley es muy clara al señalar que, si el paciente no está en etapa terminal, no es posible realizar lo dispuesto en el Documento. Se prohíbe además la administración de medicamentos y tratamientos que provoquen intencionalmente la muerte del enfermo en etapa terminal (Art. 43 y Art. 44).

El artículo 2 de La Ley de Voluntad Anticipada prohíbe la práctica de la eutanasia activa, al señalar que no se permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.

Lo cual hace notar que los motivos más importantes para legalizar la eutanasia es respetar la autonomía del paciente y su derecho a una muerte digna. Por lo que debe considerarse la autonomía de la voluntad como un principio jurídico y ético que les atribuye a los individuos un ámbito de libertad, dentro del cual pueden regular sus intereses; les permite crear relaciones obligatorias entre ellos, las cuales deberán ser reconocidas y sancionadas por las normas de derecho. Dicha autonomía se desarrolla con base en la libertad que tienen los autores de un acto jurídico para celebrarlo o no y determinar su contenido y alcances.

En este sentido, México debe adoptar una visión más amplia de la legalización de la eutanasia y configurar su regulación con leyes que permitan el respeto a morir con dignidad. Sin embargo, el Documento de Voluntad Anticipada representa un avance en cuanto al respeto

de la autonomía de la voluntad de la persona a morir dignamente, ya que plasma de manera previa a los problemas que al final de la vida puedan presentarse.

Dicho Documento es relevante porque regula 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 médicos 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.

4.3. Vivo-vivo

Al abordar el tema de la eutanasia, no pueden dejarse de lado diversos conceptos que se encuentran estrechamente vinculados al mismo, por lo que se considera necesario señalarlos.

- A. **Enfermo terminal.** Es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físicopsíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

- B. **Sedación Paliativa.** Es la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, se habla de sedación en la agonía.

- C. **Situación de agonía** La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días.
- D. **Muerte natural** El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual.
- E. **Voluntad anticipada.** La voluntad anticipada, de acuerdo con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, (INCMNSZ), es el conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento en el futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma. La voluntad anticipada contiene no sólo las preferencias sino también los valores de la persona, su entorno cultural y sus creencias religiosas.
- F. **Objeción de conciencia.** Tratándose de la eutanasia, con el término objeción de conciencia se hace referencia a aquella que abarca de manera general, procedimientos y actividades realizadas por profesionales de la salud. En nuestro país, la La Ley General de Salud regula la objeción de conciencia a través de su artículo 10 Bis, estipulando que podrán excusarse tanto el personal médico como el de enfermería de participar en la prestación de los servicios que establece la Ley:

“Artículo 10 Bis.- El Personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley”. Sin embargo, en este mismo artículo se establece como excepción al ejercicio de la objeción de conciencia, cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, pues invocarla llevará a incurrir en la causal de responsabilidad profesional. Igualmente se establece que el ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.

Por otro lado, cabe apuntar que algunos de los ordenamientos en materia de voluntad anticipada regulan lo relativo a la objeción de conciencia, la que invocará el personal de salud para que se les permita abstenerse de intervenir en la atención de pacientes terminales en los términos que los mismos ordenamientos establecen.

4.4. Muerto- vivo

1. **Muerte biológica.** Se alcanza con la muerte de todas las células (horas o días después del cese cardiorrespiratorio)
2. **Muerte clínica.** -Se cumplen los criterios médicos aceptados hoy, a saber, cese de la función cardioresp. /muerte cerebral.
3. **Muerte legal.** -Se cumplen los requisitos del Derecho Positivo en España: "la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales".

CONCEPTO MÉDICO No se puede definir en términos absolutos.

CONCEPTO JURÍDICO Comprende aquellas fases en que la muerte es irreversible, no siendo posible la reviviscencia del individuo con maniobras terapéuticas extraordinarias

- Cese de las funciones vitales
- Cese de la función respiratoria
- Cese de la función circulatoria: central periférica.
- Cese de la función respiratoria
- Técnicas HISTÓRICAS : espejo que se empaña, llama de vela que oscila, etc.
- Auscultación directa

Pruebas sofisticadas: radioscopia, electromiografía.

- ✚ Cese de la función circulatoria central (cardiaca)
- ✚ Cardiopuntura y radioscopia cardiaca. (Historia)
- ✚ Auscultación cardiaca
- ✚ Electrocardiografía
- ✚ Ecocardiografía (fetos).

La ley es un sistema social creado por el hombre en un intento por regular racionalmente a la sociedad; todos los aspectos de la vida o de la muerte están afectados por la reglamentación legal⁸. En México de acuerdo con La ley General de Salud título decimocuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a. La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d. El paro cardiaco irreversible.

La muerte es un acontecimiento natural que pasa a ser hecho jurídico cuando, a partir de ella, surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones, y responsabilidades para las personas.

Como parte de la preparación para la muerte se encuentra la elaboración de un testamento, que jurídicamente se define como un acto, mediante el cual una persona dispone de sus bienes y derechos para después de su muerte. Es un instrumento legal que expresa la voluntad del legítimo propietario, para que una o varias persona determinadas adquieran el derechos de su propiedad después de su fallecimiento; es decir, es un documento legal que

expresa la voluntad del propietario o (testador), para legar o destinar su patrimonio a una persona determinada como legítimo heredero de su bien.

La principal razón para hacer un testamento es hacer frente a la realidad de la vida y de la muerte; es un método útil y práctico para manejar el proyecto de la muerte. Dando a las personas una sensación de control en un proceso inevitable e irreversible. Abre la posibilidad a la discusión sobre las decisiones al final de la vida, de vivir la muerte como algo propio.

4.5. Células madres

Las células madre, troncales o primordiales son células que combinan el potencial de autor replicación con el potencial de poder generar células diferenciadas. Estas células se encuentran en el embrión, en el feto, en el cordón umbilical, en la placenta y también en el adulto.

Si el proceso completo de creación de seres humanos idénticos por clonación culminaría con la transferencia de los embriones clonados al útero de las mujeres gestantes, para completar la gestación y el posterior nacimiento del clon, el proceso podría limitarse a las primeras etapas del desarrollo embrionario, sin la posterior transferencia al útero para iniciar la gestación, es decir, se trataría de utilizar la técnica científica de la clonación como fuente de cultivo de tejidos o de órganos.

De esta manera, desde el punto de vista jurídico, los argumentos que servían para prohibir la clonación reproductiva desaparecen por completo en la clonación no reproductiva pues no va a nacer ningún nuevo individuo. Su reglamentación jurídica dependerá, entonces, del estatuto jurídico que se le otorgue a las distintas etapas del desarrollo evolutivo del ser humano en formación.

Tenemos entonces que la clonación en relación con la finalidad se divide en clonación reproductiva y no reproductiva.

La clonación con finalidad reproductiva es aquella que se utiliza para obtener individuos clónicos y es la clonación claramente prohibida por la mayoría de las legislaciones del mundo. La clonación con finalidad no reproductiva es aquella que se utiliza a partir de núcleos de cultivos celulares o de preembriones o embriones preimplantatorios sin intención de obtener un individuo clónico vivo, sino con el objeto de obtener células madre y de que sirva como cultivo de tejidos o de órganos.

El tejido u órgano cultivado podrá ser utilizado en investigación o con finalidad clínica para reparación de tejidos dañados o, en su caso, para hipotéticos futuros trasplantes de órganos. Pero este tipo de clonación también podría ser usado con finalidad distinta a la terapéutica, por ejemplo, utilizando los tejidos u órganos con fines farmacológicos, cosméticos, industriales o incluso militares, situación que obliga a distinguir entre clonación no reproductiva terapéutica y clonación no reproductiva no terapéutica.

En México, la Ley General de Salud es la autoridad en la materia, así en su artículo 98 incorpora la creación de una Comisión de Bioseguridad para la “revisión de investigaciones dedicadas a las técnicas de la ingeniería genética o el uso de radiaciones ionizantes”, además de las ya existentes de ética y de investigación para cuando se realicen investigaciones en seres humanos.

La primera apreciación de la Ley General de Salud pudiera consistir en la no idoneidad de términos como ingeniería genética para referirse a la medicina geonómica, para los seres humanos, y la biogenética, para la flora y la fauna. Asimismo, la ley define conceptos como

células, tejidos, embriones o reproducción artificial pero no se refiere específicamente a la clonación o al manejo de las células madre.¹⁹

La Ley General de Salud, en relación con la posible intervención del ser humano y el proceso de clonación, establece las bases con las que la investigación en seres humanos debe desarrollarse en el artículo 100 y así expresa:

- a) Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- b) Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- c) Podrá efectuarse sólo cuando existe una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- d) Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
- e) Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- f) El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, amplía dichas bases y así establece en su artículo 10 que tratándose de investigaciones en seres humanos, además de respetar las bases anteriores, deberá contar con el dictamen positivo de las mencionadas comisiones.

Como observamos, ni la Ley ni el Reglamento hacen mención expresa al proceso de la clonación en ninguna de sus facetas, ni se deja con claridad la prohibición de la clonación

reproductiva, tal y como manifiesta la comunidad científica mayoritaria, de ahí la necesidad de implementar esta laguna, protegiendo por ley el genoma humano, es decir, el material genético que caracteriza a la especie humana, como patrimonio de la humanidad que es. Asimismo, debemos insistir que dicha legislación y en concreto con respecto a las técnicas de reproducción asistida, en todas sus facetas deben establecerse lineamientos precisos sobre el manejo de células y embriones.

Así las cosas, el sistema jurídico mexicano ha dado un paso importante al incorporar las implicaciones de los avances de la investigación genética con la creación del Consejo Nacional sobre el Genoma Humano, el cual funge como la instancia, ad hoc, para la implementación de las políticas sobre el uso, manejo y proyección de las implicaciones genéticas.

El Consejo Nacional sobre el Genoma Humano, cuyo Decreto de creación fue publicado en el Diario Oficial de la Federación del 23 de octubre de 2000, es una instancia interinstitucional y multidisciplinaria, creada con el objeto de coordinar las políticas y acciones de las dependencias e instituciones educativas y de salud, relativas a la investigación, desarrollo tecnológico, enseñanza, atención médica y, en general al conocimiento sobre el genoma humano.

Muñoz de Alba expresó que dentro de las funciones del Consejo Nacional sobre el Genoma Humano tenemos, por un lado, la recomendación de los criterios que deberán observarse en el estudio e investigación del genoma humano y, por otro lado, proponer las adecuaciones y actualizaciones necesarias al marco jurídico aplicable a la materia. Además de estar obligado a impulsar la difusión de los conocimientos sobre el genoma humano, así como sus beneficios. Definitivamente este Consejo Nacional tendrá que jugar un papel preponderante en la asesoría y diseño en materia jurídica, ética y tecnológica sobre el genoma humano, además, de promover los principios básicos que implica el manejo de esta tecnología que son:

- La privacidad de la información genética.
- El consentimiento informado.
- La no discriminación genética.
- La prohibición de lucro en el uso de partes del cuerpo humano.
- La urgente reglamentación sobre el uso de tecnología genética (registro de laboratorios).
- Garantizar los derechos para el donador de tejidos que participe en una investigación.
- Establecer las normas para el manejo-generación de bancos de datos genéticos.
- Establecer las normas para el manejo de tejidos genéticos.

Por otra parte, como expresa Cano Valle, la Comisión Nacional de Bioética reconoce la pluralidad de opiniones existentes, que toman en cuenta el fondo cultural, filosófico y religioso de cada cual, y corresponde, entonces, a cada sociedad el cuidado de determinar si se autoriza o no la investigación de las células madre embrionarias.

4.6 Clonación órganos

En este ámbito existen escasos documentos que expresamente prohíben la clonación, ya que la mayoría sólo se refieren a la reproductiva sin hacer distinción alguna sobre la terapéutica.

Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.

Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. (4 de abril de 1997)

“Artículo 18. ... 2. Se prohíbe la creación de embriones humanos con fines de experimentación.”

Protocolo Adicional al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, por el que se Prohíbe la Clonación de Seres Humanos (7 de enero de 2000) “Artículo 1. 1. Se prohíbe toda intervención que tenga por finalidad crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto. 2. A los efectos de este artículo, por ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano se entiende un ser humano que comparta con otro la misma serie de genes nucleares.”

Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Generaciones Futuras (26 de febrero de 1994) “Artículo 3. Derecho a la vida y a la preservación de la especie humana. Las personas pertenecientes a las generaciones futuras tienen derecho a la vida y al mantenimiento y perpetuación de la Humanidad, en las diversas expresiones de su identidad. Por consiguiente, está prohibido causar daño de cualquier manera que sea a la forma humana de la vida, en particular con actos que comprometan de modo irreversible y definitivo la preservación de la especie humana, así como el genoma y la herencia genética de la Humanidad, o tiendan a destruir, en todo o en parte, un grupo nacional, étnico, racial o religioso.”

Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos de la Persona Humana (11 de noviembre de 1997). “Artículo 11. No deben permitirse las prácticas que sean contrarias a la dignidad humana, como la clonación con fines de reproducción de seres humanos. Se invita a los Estados y a las organizaciones internacionales competentes a que cooperen para identificar estas prácticas y a que adopten en el plano nacional o internacional las medidas que correspondan, para asegurarse de que se respetan los principios enunciados en la presente Declaración.”

Declaración Bioética de Gijón (2000) Esta declaración trata los principios básicos sobre el tema de la clonación, los cuales postulan: "10. La creación de individuos humanos genéticamente idénticos por clonación debe prohibirse. La utilización de células troncales con fines terapéuticos debe permitirse siempre que la obtención de esas células no implique

la destrucción de embriones." En el primer apartado, postula la prohibición de la aplicación de la clonación con fines reproductivos, y en el segunda apartado se refiere a la clonación con fines terapéuticos, la cual como se indica, debe permitirse en tanto no involucre la destrucción de embriones. "I I. La investigación y experimentación en seres humanos deben ser realizadas armonizando la libertad de la ciencia y el respeto de la dignidad humana, previa aprobación por parte de comités éticos independientes. Los sujetos de los ensayos deberán otorgar su consentimiento libre y plenamente informado."

Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre la Clonación (noviembre 1997) "Reconociendo que ha habido recientes avances en la ciencia, que llevan a la clonación de un mamífero, específicamente una oveja, y Puesto que crea la posibilidad de que dichas técnicas de clonación se utilicen en seres humanos, que a su vez causan preocupación por la dignidad del ser humano y por la protección de la seguridad del material genético humano, La Asociación Médica Mundial llama a los médicos que toman parte en la investigación y a los otros investigadores a abstenerse voluntariamente de participar en la clonación de seres humanos, hasta que los problemas científicos, éticos y legales hayan sido totalmente considerados por los médicos y científicos, y hasta que se hayan establecido los controles necesarios."

VII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno sobre Democracia y Ética (noviembre de 1997). Se afirmó en apoyo de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de la UNESCO, su oposición a las prácticas contrarias a la dignidad humana tales como la clonación con fines de reproducción de seres humanos.

Ni la Ley General de Salud ni las disposiciones reglamentarias hacen mención al proceso de la clonación en ninguna de sus facetas.

Ley General de Salud.

Los siguientes artículos contienen elementos que se ven involucrados en la clonación o en el manejo de las células madres, pero no hacen referencia a la clonación.

Artículo 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

Artículo 314.- Para efectos de este título se entiende por:

- I. Células germinales, a las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión;
- II. Componentes, a los órganos, los tejidos, las células y sustancias que forman el cuerpo humano, con excepción de los productos;
- III. Componentes sanguíneos, a los elementos de la sangre y demás sustancias que la conforman; ...
- IV. Donador o donante, al que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización en trasplantes;
- V. Embrión, al producto de la concepción a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana gestacional;
- VI. Feto, al producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;
- VII. Órgano, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos;
- VIII. Producto, a todo tejido o sustancia extraída, excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados productos, para efectos de este Título, la placenta y los anexos de la piel;
- IX. Receptor, a la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos;
- X. Tejido, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñen una misma función, y
- XI. Trasplante, a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.”

4.7 Cuidados terminales del enfermo

Principios del Tratamiento Clínico de Fuertes Dolores Crónicos

Cuando un paciente tiene una enfermedad terminal, el médico debe concentrar sus esfuerzos a fin de aliviar el sufrimiento. El dolor es sólo una parte del sufrimiento del paciente. Sin embargo, las consecuencias del dolor en la vida del paciente pueden variar de una molestia tolerable a una sensación de frustración aplastante y agotadora. La experiencia clínica ha demostrado que en general, lo grave es la manera en que se utiliza la droga con opio para aliviar los fuertes dolores crónicos en los pacientes con enfermedades terminales, no el tipo de droga. Sin embargo, es importante que el médico distinga el dolor agudo del dolor que puede ser crónico, ya que la diferencia puede tener significativas consecuencias para el uso de analgésicos con opio.

A continuación, se presentan los principios generales que deben guiar el tratamiento de fuertes dolores crónicos, en especial con la utilización de medicamentos analgésicos.

1. El tratamiento debe ser individualizado a fin de satisfacer las necesidades del paciente y mantenerlo los más cómodo posible.
2. Se debe entender que las necesidades de los pacientes con dolores crónicos son distintas a las de los pacientes con dolores agudos.
3. El médico debe conocer la fuerza, duración del efecto y efectos secundarios de los analgésicos disponibles a fin de seleccionar la droga apropiada, como también la dosis, la vía y el horario para asegurar el mejor alivio del dolor para el paciente.
4. La combinación de analgésicos con opio y sin opio puede proporcionar mayor alivio del dolor a los pacientes en los que los analgésicos sin opio no son suficientes. Esto se puede lograr sin producir un potencial mayor concomitante con efectos secundarios indeseables.

5. La tolerancia de los efectos de un analgésico con agonista de opio, se pueden anular cambiando a un agonista de opio alternativo. Esto está basado en la falta de tolerancia cruzada completa entre los distintos analgésicos con opio.
6. La dependencia yatrogénica no debe considerarse como un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores de la enfermedad neoplástica y nunca debe ser la causa que elimine los analgésicos fuertes a los pacientes que los pueden aprovechar.
7. Los gobiernos deben examinar hasta qué punto los sistemas de atención médica y las leyes y reglamentaciones, permiten el uso de analgésicos con opio para fines médicos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.”

Derechos del Enfermo Terminal Reconocidos por la Organización Mundial de la Salud fueron publicados en Ginebra en 1990:

- ✓ Tengo el derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- ✓ Tengo el derecho de mantener una esperanza cualquiera que sea esta esperanza.
- ✓ Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sufrimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- ✓ Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- ✓ Tengo el derecho de no morir solo.
- ✓ Tengo el derecho de no ser liberado del dolor.
- ✓ Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
- ✓ Tengo el derecho de no ser engañado.

- ✓ Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.
- ✓ Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
- ✓ Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- ✓ Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a entrenarme con la muerte.
- ✓ Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de la muerte. Como se observa, en los derechos del enfermo terminal uno de los que destaca es el derecho a morir con dignidad.

Pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ante la Eutanasia

La SCJN fija su postura mediante las tesis jurisprudenciales que ha emitido en materia de eutanasia, determinando al respecto que si bien desde el punto de vista moral su práctica tiene una amplia justificación por el indudable contenido humano que implica, también se le sanciona por la repercusión que tiene en la colectividad en cuanto a que significa un atentado a la inviolabilidad humana.

ETICA Y DELITO. Todas las legislaciones punitivas contienen en su catálogo de delitos, hechos que enfocados desde un punto de vista moral tienen amplia justificación; el más destacado de ellos, la eutanasia, tiene un vasto respaldo moral por su indudable contenido humano y sin embargo, se le sanciona por su repercusión en la colectividad en cuanto significa un atentado a la inviolabilidad humana. No es posible, por consecuencia, hacer un justo paralelo establecido como axioma jurídico que, a todo hecho justificado desde un

punto de vista ético, corresponde una exención penal, ni podía ser así, dado que la misión política de la justicia criminal opera en sector diverso de aquél que corresponde a la moral.

Por otro lado, se pronuncia con relación al suicidio, identificándolo como homicidio solicitado:

SUICIDIO. HOMICIDIO SOLICITADO.- El “suicidio” acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida”, no es delito, ni cuando se consuma ni cuando se frustra, pero la participación de otros en el suicidio ajeno, sí lo es. Así pues, analizando la parte final del artículo 312 del Código Penal, en el sentido de que la participación material tan completa que realiza una persona hasta el punto de causar la muerte de otro, determina la represión penal, a virtud de que nuestra legislación no prevé, como causa que excluye la incriminación, tal participación en el delito, independientemente del consentimiento de la víctima, pues sin desconocer que, con arreglo a la doctrina -la que por cierto sustentan otras legislaciones-, el consentimiento del ofendido constituye el ejemplo clásico de la exclusión de lo injusto con arreglo al principio de la ausencia del interés, a virtud de que supone el abandono consciente de los intereses por parte del que legítimamente tiene la facultad de disponer sobre el bien jurídico protegido, lo cierto es que, conforme a nuestra legislación, quien presta auxilio o cooperación a la víctima que desea privarse de la vida, hasta el punto de que el agente partícipe realice materialmente la acción eficiente para la privación de la vida, tal conducta es objeto de represión penal, a virtud de que comete el delito de homicidio, quien priva de la vida a una persona.

4.8. Con dignidad

La vida de la persona humana se ha visto significada por el cuerpo y el espíritu, posee una dignidad que la hace diferente al resto de los seres vivos; Kant, refería que “...Vivir no es algo necesario, pero sí de manera digna...”; la dignidad humana es un derecho fundamental, inherente a toda persona, desde el nacimiento hasta la muerte; no se trata de un simple paradigma ético o moral, sino que debe ser protegida y garantizada por el Estado.

La muerte es un evento concebido desde una multiplicidad de perspectivas como la biológica, médica, cultural, filosófica, jurídica, entre otras, que tratan de dar respuestas sobre el ciclo de vida de una persona; pero este tema escinde en quienes sustentan que la muerte o la pérdida de la vida en un enfermo que padezca una enfermedad incurable e irreversible, no puede estar a su libre albedrío. El avance de la medicina ha permeado en el proceso de muerte, toda vez que los procedimientos médicos enfocados a salvar la vida, someten en algunas ocasiones a mantenerla de manera artificial a un enfermo cuyo padecimiento es reconocido e irreversible, impidiéndole el derecho a un proceso de muerte digna. Lo anterior obliga a entrar en estudio de conceptos como ortotanasia, eutanasia, cuidados paliativos, suicidio asistido y testamento vital.

La muerte con dignidad resulta de los temas más discutidos para el campo jurídico, reconocerlo como un derecho a morir, no necesariamente implica un deseo por la muerte, sino la autonomía de la voluntad para que un enfermo, sus representantes legales o familiares, tomen la decisión de seguir o interrumpir un tratamiento médico que conlleve a extinguir la vida de la persona.

Para culminar este apartado, toma el turno la muerte digna o bien el proceso de muerte digna, precisando en primera instancia que la dignidad humana reconocida como un derecho fundamental, inherente a toda persona, establecido en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en virtud del cual se reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo, debiendo ser respetada y protegida de manera integral y sin excepciones. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, da el fundamento en la siguiente tesis aislada de la novena época: cuyo rubro es: **DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES**, señala que el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas son iguales ante la ley, ... [reconocen el valor superior de la dignidad humana, es decir, que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso, constituyéndose como un derecho absolutamente fundamental, base y condición de todos los demás, el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad de la persona humana, y del cual se desprenden todos los demás

derechos...] **DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA.** La dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral, sino que se proyecta en nuestro ordenamiento como un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica, reconocido actualmente en los artículos 1o., último párrafo; 2o., apartado A, fracción II; 3o., fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En efecto, el Pleno de esta Suprema Corte ha sostenido que la dignidad humana funge como un principio jurídico que permea en todo el ordenamiento, pero también como un derecho fundamental que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así las cosas, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta -en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada.

En tal tesitura, si hay vida digna, también debe ser protegida y respetada la decisión a una muerte digna o una buena muerte; cuando se reúnan circunstancias de salud graves, irreversibles y certificadas médicamente, para evitar que las instituciones de salud o sanitarias, no trasgredan tal derecho y pretendan prologar una vida que no da para más; en consecuencia se debe priorizar el derecho a quien nadie debe ser obligado a vivir en tales condiciones si no es su deseo. De tal suerte, que la muerte digna se entenderá la supresión o impedimento de procesos médicos que degradan o deshumanizan el fin de la vida de manera digna.

Dentro de las páginas del libro Manifiesto de una muerte digna, Arthur Koestler punteaba sobre la eutanasia de la siguiente manera: “la eutanasia como la obstetricia, es una manera de superar el hándicap biológico”.

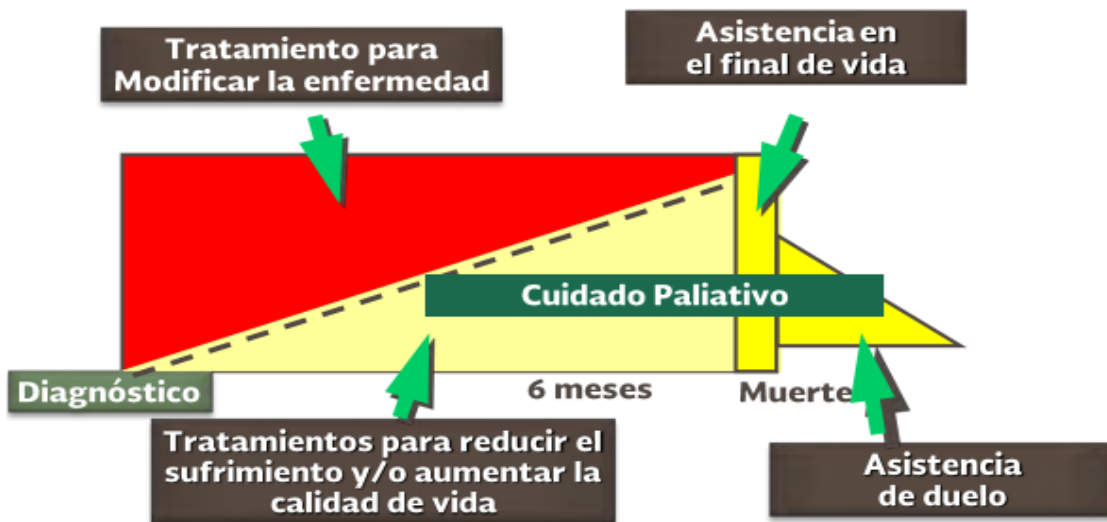
En aras de perfeccionar la postura que antecede, la muerte digna debe allegarse de determinados derechos humanos como lo son:

- a) **Derecho a la salud;** a los servicios de salud, como son medicinas, atención médica y hospitalaria, a los tratamientos o cuidados paliativos, consistentes en “el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales”.
- b) **Derecho a la intimidad;** a que el paciente en estado terminal, le sean proporcionados espacios físicos o pabellones por parte de los servicios de salud, para una privacidad adecuada e íntima, así también para sus familiares.
- c) **Derecho a la compañía familiar en el proceso de muerte;** permitirle a que en todo momento su familia se encuentre en contacto con el paciente en fase terminal.
- d) **Derecho a ser informado;** tanto en los tratamiento médicos y terapéuticos consecuencias, plazo de vida, así como de otros métodos y técnicas científicas para su deceso; sin soslayar el marco jurídico que lo protege.
- e) **Derecho a no ser objeto de experimentación;** es decir, que por su condición se le indiquen tratamientos experimentales en su cuerpo, sin estar claros en las consecuencias físicas que contraigan.

En otras palabras, la muerte digna preconiza una serie conductas, intereses, derechos, obligaciones, en virtud del cual, el enfermo o interpósita persona facultada legalmente, ejecute actos que lo lleven a finalizar su vida.

El hecho de pensar en la muerte, nos limita, nos irrita, no puede ser mitigada, no puede resolverse; del tal manera que se vuelve un ejercicio de conciencia personal, partiendo de la idea de cómo la persona haya desarrollado su vida, se asumirá la muerte con resignación, con paz interior, con conciencia.

...Cuidado Paliativo...



Ferris FD, Balfour HM, Bowen D, Farley J, Hardwick M; Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. A Model to Guide Hospice Palliative Care. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002.

Bibliografía general consultada.

- González y Linares, Juliana y Jorge Enrique. Diálogos de bioética. Editorial EFE. UNAM. México, 2019.
- Morales, Nava, Esquivel y Díaz. Antonio, Graciela, Jaime y Luis. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, 2011.
- Carpizo, Jorge. La interrupción del embarazo dentro de las 12 semanas. Editorial IJUNAM. México, 2007.
- **Bioética y nuevos derechos. José Antonio Santos, Marta Albert y Cristina Hermida (ed.). Comares, 2016**

Linkografía

- <https://www.uv.mx/derecho/files/2019/05/TRATAMIENTO-JURIDICO-DE-LA-MUERTE-DIGNA-EN-MEXICO-3-de-mayo-2019.pdf>
- <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4445/14.pdf>
- http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro_cvi2aEd.pdf
- https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_278.html
- <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derechocomparado/article/view/4020/5131>
- <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/registrocomites/chb.html>
- http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Material_didactico_CHB/6_Temas_selectos_Bioetica_cuidados_paliativos.pdf
- http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Material_didactico_CHB/9_Analisis_de_casos_final_de_la_vida.pdf