

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO**



**EFFECTOS JURÍDICOS DE LA DISTANASIA EN EL PERÚ Y SU  
REGULACIÓN DENTRO DEL PRINCIPIO DE RESPETO  
A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**FRIUDNEL DUX MACHICADO DURAND**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:**

**ABOGADO**

**PUNO, PERÚ**

**2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

EFFECTOS JURÍDICOS DE LA DISTANASIA EN EL PERÚ Y SU  
REGULACIÓN DENTRO DEL PRINCIPIO DE RESPETO  
A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

TESIS PRESENTADA POR:

FRIUDNEL DUX MACHICADO DURAND

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

ABOGADO



APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

.....  
Abog. JUAN CARLOS MENDIZABAL GALLEGOS

PRIMER MIEMBRO

.....  
Abog. PETER JESÚS MANZANEDA CABALA

SEGUNDO MIEMBRO

.....  
Abog. RAFAEL TEÓFILO PÉREZ MONROY

ASESOR DE TESIS

.....  
Abog. JOVIN VALDEZ PEÑARANDA

AREA: Derecho Público.  
LINEA: Derecho Constitucional.  
TEMA: Derechos Humanos.

Fecha de sustentación: 15 -12- 2017

## DEDICATORIA

A mis padres, Adriel y Victoria, quienes con su ejemplo, valores y su amor incondicional, hoy sientan que el esfuerzo dedicado en mi rinda su primer fruto con mi formación profesional y personal; así como a mis hermanos Erick y Sharén quienes con su apoyo y compañía fortalecieron en mí el ímpetu de crecimiento.

## AGRADECIMIENTOS

### **A Dios.**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de sus infinitas bendiciones y amor.

### **A mi papito Adriel.**

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su apoyo incondicional y amor.

### **A mi mamita Victoria.**

Por haberme apoyado en todo momento, por su exigencia y preocupación para lograr culminar la tesis, por sus consejos, sus regaños, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

### **A mis hermanos.**

A mi hermanito Erick por ser el ejemplo de un hermano y del cual aprendí la perseverancia y la dedicación; a mi hermanita Sharén por su alegría y aquel cariño transmitido a través de sus fuertes abrazos.

### **A mi nueva familia.**

Delfi y Nurán que ahora son parte de nuestra familia por su apoyo en estos últimos meses, por su amor incondicional, por la nueva alegría y el inmenso amor que me brindan.

### **A mis amigos.**

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Juan Calor, Eddie Salvador, Wilfredo (Checho), Yovani (Yovas), Carmen Lizeth (Krmn) a Wilveor (Quiño) Por Haberme Ayudado a realizar este trabajo.

¡Gracias a ustedes!

**Epígrafe.**

“La muerte no es la peor de las enfermedades. Es peor el deseo de morir y no poder consumarlo”.

*Sófocles.*

“Cuando la vida es muy opresiva para el hombre, la muerte se convierte en refugio”.

*Herodoto.*

## INDICE GENERAL

<b>Resumen</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>1.1. Planteamiento del Problema</b> .....	14
1.1.1 Entorno:.....	14
1.1.2 Problema Central:.....	14
1.1.3 Caracterización (Descripción del Problema): .....	15
1.1.4 Formulación del Problema: .....	15
<b>1.2. Justificación:</b> .....	15
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	18
<b>2.1. Enfoque Teórico</b> .....	18
2.1.1 Definición de Distanasia .....	18
2.1.2 Factores que permiten la emergencia de la distanasia .....	19
2.1.3 Consecuencias de la distanasia.....	21
2.2 La distanasia y los principios de la bioética .....	23
2.3 La bioética y la vida.....	27
2.3.1 Formación bioética del médico .....	28
2.4 Determinantes en las actitudes distanasicas.....	28
2.5 El paciente terminal .....	32
2.5.1 ¿Qué es un enfermo terminal? ¿cuándo se transforma en agonizante?.....	33
2.5.2 Las unidades de cuidados intensivos.....	34
2.5.3 Derechos del paciente terminal .....	40
2.5.4 Acceso a los servicios de salud .....	46
2.5.5 Acceso a la Información.....	46
2.5.6 Atención y Recuperación de la Salud .....	47
2.5.7 Consentimiento Informado.....	48
2.5.8 Los Derechos del Paciente Terminal.....	49
2.5.9 Población Vulnerable .....	51
2.6 La Dignidad .....	52
2.7 Marco Conceptual:.....	52
2.8 Antecedentes:.....	53
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA</b> .....	57
3.1 Diseño Metodológico:.....	57
3.1.1 Tipo de investigación .....	57
3.1.2 Nivel de investigación .....	57
3.1.3 Métodos .....	57
3.1.4 Las técnicas utilizadas para la recopilación de información .....	58
<b>3.2 OBJETIVOS</b> .....	58
3.2.1 Objetivo general .....	58
3.2.2 Objetivos específicos .....	58
<b>3.3 HIPOTESIS</b> .....	58
3.3.1 Hipótesis general .....	58
3.3.2 Hipótesis específicas .....	59
3.4 Operacionalización de variables .....	60

<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>107</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>108</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>109</b>

## INDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
1 Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.....	18

## RESUMEN

El presente investigación, tuvo por finalidad; determinar los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana así como la manera en que debe estar regulado en nuestra legislación nacional. Investigación es de tipo descriptiva, documental y jurídica gracias a ello se pudo determinar que en el Perú puede ser posible la creación de una ley que regule una protección al ciudadano o al enfermo cuando está en fase terminal , cuya técnica a usar es la observación documental, validando nuestra hipótesis; planteándose el problema ¿cuáles son los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana y como debe estar regulado en nuestra legislación?; estudio que permitirá el proceso de análisis y síntesis de los resultados. Investigación desarrollada, la presunción idealista de que los profesionales en salud, tomen consciencia que "perpetuar" la vida, se transforma en algunos momentos, en actitudes agresivas, violentas y crueles, al tratar de mantener el mayor tiempo posible, la vida de un sujeto, que a sabiendas no responderá a la terapia instaurada, aun utilizando medios artificiales de sostén de vida, para lograr tal cometido.. Conclusiones: que la Distanasia, entendida como prolongar la agonía todo lo posible, utilizando todos los medios disponibles, incluso desproporcionados, aunque esto signifique causar dolor y padecimiento, en una persona cuya muerte de todas maneras es inminente. La manifestación de voluntad de los familiares al momento de tomar una decisión como de suspender los tratamientos médicos de un paciente que se encuentra en fase terminal. El proceso natural del ser humano en relación a la distanasia en el resultado de este estudio se relacionan los aspectos éticos de la vida y la muerte del ser humano, involucrados muchos factores culturales e históricos. El derecho a la vida es un derecho fundamental es inalienable, es inherente al ser humano existiendo así diversos tratados que lo ratifican, el derecho a la vida no trata de impedir la muerte de una persona sino toda forma de maltrato que haga su vida indigna. En el Perú está consagrado en la Constitución Política en el artículo 2° establece el derecho a la vida y señala lo siguiente: Toda persona tiene derecho: A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece. Según el análisis de los resultados la distanasia se cataloga como un mecanismo de retrasar la muerte por todos los medios aunque no haya esperanza de vida alguna curación y aunque esto signifique infringir al paciente sufrimientos añadidos a los que ya padece para con esto aplazar la muerte horas

o días. El encarnizamiento terapéutico por ser una técnica tan agresiva ya que se produce un ensañamiento para mantener vivo al paciente que se encuentra en fase terminal. Así mismo la humanidad al encontrarse con enfermedades incurables ha tenido que optar por medida distintas para crear mejores condiciones ante la inevitable llegada de la muerte sabemos que existe una preocupación por la vida en un mundo donde surgen nuevas enfermedades que muchas veces resultan ser incurables.

**Palabras Clave:** Bioética, Biotecnología, Derechos Humanos, Distanasia, Fin de la Vida, Muerte Digna, Paciente Terminal.

## ABSTRACT

The present research project entitled Legal Effects of Distances in Peru and its Regulation within the Principle of Respect for the Dignity of the Person, had as its purpose; determine the legal effects of dysthanasia considering the influence of normative empiricism in Peruvian legislation as well as how it should be regulated in our national legislation. This research is descriptive, documentary and legal thanks to this it was determined that in Peru it may be possible to create a law that regulates the protection of the citizen or the patient when it is in the terminal phase, whose technique to use is the observation documentary, validating our hypothesis; considering the problem, what are the legal effects of dysthanasia considering the influence of normative empiricism in Peruvian legislation and how should it be regulated in our legislation? Study that will allow the process of analysis and synthesis of the results. The research developed, pretended in this way, the idealist presumption that health professionals, take consciousness that "perpetuate" life, is transformed in some moments, in aggressive, violent and cruel attitudes, trying to keep as long as possible, the life of a subject, who knowingly will not respond to the therapy established, even using artificial means of life support, to achieve such a task.

**Keywords:** Bioethics, Biotechnology, Human Rights, Distanasia, End of Life, Dignified Death, Terminal Patient.

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se analizarán los aspectos relacionados con la Distanasia esto con relación al enfermo que se encuentra en la fase terminal de su vida cabe agregar, que la humanidad al encontrarse con enfermedades incurables se ha visto en la necesidad de aplicar nuevas técnicas estas siempre y cuando el paciente este de acuerdo o al encontrarse con accidentes que en este mismo sentido dejaren a la persona en un estado de que pueda ser imposible de recuperación.

Con el avance de la tecnológica se ha creado muchos tratamientos para el mejoramiento de estos pacientes, pero a estos no ser efectivos se recurre a otras formas o maneras de sanación, es evidente entonces que toda la evolución que se da en el campo científico parece estar vinculado al ejercicio de la medicina y a técnicas y aparatos para así un mejor avance para la sanación de los pacientes que se encuentra en fase terminal, cuando esto se imposibilita por estar tan graves que no hay nada que los sane se deja a consideración de la familia y al conocimiento y ética del médico de que es lo mejor en estos casos.

Las clínicas, los hospitales y otros han aportado a desmoralizar la realidad del proceso final digno para el ser humano ya que al no tener los suficientes recursos humanos no se garantiza una correcta atención o en el peor de los casos los abandonan a su suerte, siendo que todos los seres humanos sin importar su condición económica tienen derecho al respeto de su integridad en cualquier estado que se encuentre así como también a una muerte adecuada, digna y en paz.

Para lograr el capítulo IV se llevó una estructura de manera ordenada con una correcta orientación:

Capítulo I, donde se realizó el planteamiento del problema y la justificación del trabajo de investigación.

En el capítulo II, veremos la teoría utilizada para la realización de la tesis enfoque conceptual de la distanasia, principios de la bioética y la ética, el paciente terminal y

la dignidad, el marco teórico como tal, los antecedentes de la investigación respecto a otros estudios realizados, y el marco conceptual.

En el capítulo III, se realizó la metodología de investigación desde el diseño de investigación hasta la interpretación del procesamiento de datos, en base a los objetivos y la hipótesis.

En el capítulo IV, se presentaron y sustentaron los resultados del proyecto así mismo se mostraron las conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados y las recomendaciones pertinentes y finalmente se adjuntaron anexos que ayudaron al trabajo de investigación.

La presente tesis se ha realizado con el uso de fuentes primarias como secundarias, así como el uso de datos cuantitativos como cualitativos que han ayudado a una elaboración factible.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### 1.1.1. ENTORNO:

Actualmente la muerte, en el contexto hospitalario, parece llegar más como resultado de un fracaso técnico que como acontecimiento que tiene un lugar determinado e inamovible dentro de un orden de la naturaleza.

Es necesario desmitificar la realidad de la muerte, tanto en la sociedad en general como en el ámbito sanitario. Las cuestiones relacionadas con el proceso de la muerte han adquirido gran importancia en nuestra sociedad, debido, por un lado los avances de la medicina y otras ciencias afines que permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados hace pocos años, por otro lado, al incremento de la expectativa de la vida de la población (envejecimiento poblacional) con el consiguiente incremento de personas con enfermedades crónicas, hace que un número creciente de personas con enfermedades degenerativas o irreversibles lleguen a una situación terminal, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal, un pronóstico de vida limitado y un intenso sufrimiento personal y familiar, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada.

##### 1.1.2. PROBLEMA CENTRAL:

Al momento de atender a un paciente en estado terminal y que cursa con procesos agónicos e intensamente dolorosos, el profesional en salud se cuestiona sobre la función que le atinge, sobre la vida y su responsabilidad en el alivio del dolor de estas personas.

Es este momento, en el que la virtud de la decisión crítica del profesional en salud, debe brindar luces para la toma de la decisión correcta, en bien del paciente y de su familia. Es de este modo, que la posesión de la vida, debe ser dejada al único dueño de la misma, "el Creador", ya que la función de los prestadores de salud, no es la de disponer quien vive o quien muere, en base a un teórico fundamentalismo de un modelo de "calidad de vida", y un objetivismo equívoco de tener el poder de "curar" o decidir sobre "el tiempo de vida " de una persona.

### **1.1.3. CARACTERIZACIÓN (DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA):**

El presente estudio tiene como objetivo conocer efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana y como debe estar regulado en nuestra legislación nacional se hace necesario debatir en nuestra sociedad diferentes cuestiones relacionadas con el final de la vida, entre ellas, la Distanasia, también conocida como Obstinación Terapéutica que consiste en el empleo de todos los medios posibles para retrasar el advenimiento de la muerte a pesar que no hay esperanza alguna de curación en un paciente en estado terminal. Es, por lo tanto, una conducta contraria a la Eutanasia.

### **1.1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

La Distanasia es un tema de por sí un tanto escabroso y no infrecuente, pues es probable que nos hayamos visto enfrentados a casos de esta naturaleza en parientes, amigos o conocidos y entonces nos damos cuenta que surge una situación difícil, dolorosa, y no deseable para el que sufre y para la familia del afectado. Es importante distinguir éticamente los valores y problemas presentes en los debates en torno a la Eutanasia y la Distanasia. Se habla y mucho se escribe (existiendo una bibliografía abundante) acerca de la Eutanasia, ¿pero qué se dice de la Distanasia? Hay un silencio evasivo o una insuficiencia de claridad en el ámbito de las nociones éticas. En las unidades de cuidados intensivos y hospitales de nuestro medio el problema gira en torno al tratamiento terapéutico exagerado que no deja que la persona muera con dignidad, dado que se parte del estereotipo que hay que intentar todo aunque no exista cura, siguiendo acríticamente el dogma: “mientras hay vida, hay esperanza”. Estimo relevante el planteamiento de la Distanasia, constituyendo un trabajo de investigación original en nuestro medio, pues no hay estudios similares.

Es así que se plantea la siguiente interrogante general:

¿Cuáles son los efectos jurídicos de la Distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana y como debe estar regulado en nuestra legislación nacional?

### **1.2. JUSTIFICACION:**

Con el transcurrir del tiempo y a medida que la sociedad ha avanzado surgen nuevas categorías como el derecho a la muerte digna ya que al nacer Dios derrama su gracias

sobre cada ser humano y nacemos con dignidad y es inherente al ser humano al igual que la ética, la moral, los principios, valores y derechos esto lo consagran nuestras leyes, la bioética que es rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana ante la sociedad de manifestar su voluntad ante situaciones inesperadas que la vida de para el poder emitir opiniones respecto de lo que se quiere o no que las personas que padecen enfermedades terminales puedan manifestar su voluntad y que esta sea respetada.

El derecho del médico se podría calificar como ese conjunto de normas jurídicas, principios éticos y morales de carácter público y privado que regula la actividad del médico como motivo del ejercicio a su profesión, la relación jurídica médico y paciente y la consecuencia que deriva de la misma precisamente no depende de la arbitrariedad social sino de la dignidad interna de la naturaleza humana parámetro original de todo derecho de la persona.

Cabe destacar que tenemos derechos y que estos deben ser vistos desde el punto de vista ético- jurídico y moral porque en este sentido existe una estrecha relación entre términos y están regulados de una forma u otra, hasta donde tiene la ciencia médica el derecho de omitir , retirar o suministrar medidas extraordinarias para prolongar la vida del paciente, por ello han surgido constantes debates por tanto hasta qué punto de vista es lícito en Perú cuando un médico emplea métodos extraordinarios o simplemente omite los tratamientos del paciente por sugerencia o voluntad del mismo.

Este tema resulta polémico ya que en el Perú se originan este tipo de situaciones y de suma importancia estudiar qué tipo de normas lo están regulando es por ello el interés conocer sobre la investigación y conocer todo acerca de ella porque esta investigación busca examinar la realidad médica en cuanto se presenta situaciones inesperadas en los centros médicos al momento que el paciente está en fase terminal.

La investigación que se plantea es de suma importancia ya que genera expectativas para el conocimiento de leyes vigentes y así contribuyen al enriquecimiento y el acervo de los estudiosos en derecho y nos permite aportar para generaciones futuras un estudio realizado basándose en la fase terminal del ser humano las decisiones que este puede

tomar para mejorar su condición o simplemente alargar un poco más su existencia a respetar lo que esta decida.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ENFOQUE TEÓRICO

##### 2.1.1. DEFINICIÓN DE DISTANASIA

Es aquella que propicia una prolongación artificial de la vida de una persona, cuando las esperanzas de recuperación son nulas. La distanasia coincide de hecho con el ensañamiento terapéutico, es decir, con la reiteración de tratamientos de que, siendo fútiles desde el punto de vista terapéutico, son aplicados con el fin de prolongar artificialmente la vida de un enfermo que se encuentra en fase terminal. Se habla de ensañamiento porque se ve una pura y simple obstinación del médico en mantener la vida biológica, sin detenerse a reflexionar sobre la calidad de dicha vida, sobre si esa vida es verdaderamente humana.

La distanasia es un procedimiento contrario a la eutanasia, en el cual se aplican tácticas injustificadas en ciertos pacientes, que en vez de mejorar su calidad de vida, la empeoran, prolongando la vida biológica del paciente (Sans: 2005). Esta conducta, denominada en el diccionario bioético como "encarnizamiento terapéutico" u "obstinación terapéutica", es considerada moralmente inaceptable, al existir confidencialmente la intencionalidad de mantener la vida de un sujeto más allá de los límites del respeto, utilizando medios de soporte vital innecesarios. (Valbuena: 2008)



**Fuente:** Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)(Valbuena: 2008)

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española la Distanasia es el tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados.

La “Distanasia” consiste en retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y eso signifique infringir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece, y que, obviamente no lograrán esquivar la muerte inevitable, sino sólo aplazarla unas horas o unos días en unas condiciones lamentables para el enfermo (María & Vidal, 1993)

### **2.1.2 FACTORES QUE PERMITEN LA EMERGENCIA DE LA DISTANASIA**

#### **a) FACTORES CULTURALES E HISTÓRICOS:**

Durante la Edad Media, la muerte era un acontecimiento público, reconocido, anunciado y aceptado por la persona. En los tiempos actuales, la persona moribunda y sus allegados evitan reconocer la muerte, procuran pasarla por alto, la persona muere ignorando la muerte; es la llamada muerte excluida. Por otro lado, hablamos también de la muerte invertida, durante la cual la muerte es medicalizada. Se permite que el proceso de morir sea administrado por las instituciones médicas.

#### **b) FACTORES TECNOLÓGICOS:**

Actualmente, la tecnología es un pilar estructural de la actividad médica. Pero la tecnología médica es una espada de dos filos: beneficia y daña. Los beneficios son claros, los daños son menos reconocidos. Esto es aplicable a los desarrollos tecnológicos que se usan en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), que evitan la muerte pero también prolongan la agonía.

#### **c) FACTORES DERIVADOS DE LA EVOLUCIÓN DE LA BIOMEDICINA:**

La actitud investigativa, no modulada, incorporada en la formación del médico y en la estructura de la actividad médica, orientada a la búsqueda de la certeza diagnóstica o el deseo de conocer el comportamiento de una variable fisiológica, puede llevar a solicitar estudios o a practicar manejos que aparte de la curiosidad investigativa no aportan beneficio al paciente. Al contrario, pueden someterlo a riesgos poco justificados.

**d) LA INFLUENCIA DE LO JURÍDICO:**

Las declaraciones de los derechos de los pacientes, los marcos legales más exigentes para el ejercicio de la profesión y la posibilidad de demandas por mala práctica, hacen que el médico en un ejercicio adaptativo, empieza a transitar hacia la medicina defensiva, con la cual se aumenta la solicitud de exámenes de diagnóstico, interconsultas, estancia hospitalaria, consumo de medicamentos, etc. A su vez, aumentan los costos y se expone a los pacientes a riesgos innecesarios. Un trabajo que ilustra esta situación es el desarrollado por Marco, en el cual se ve que las decisiones respecto a practicar reanimación cardiopulmonar están basadas en preocupaciones por demandas legales o por las posibles críticas, más que en el criterio profesional de beneficio o futilidad médica. La mitad de los médicos encuestados iniciaron reanimaciones a pesar de la expectativa que esos intentos podían ser inútiles. La mayoría de los encuestados indicaron que idealmente los asuntos legales no deberían influir en la práctica médica respecto a la reanimación (78%). Sin embargo, el 94% de los encuestados opina que en el contexto actual los asuntos legales influyen en la práctica.

**e) LA INFLUENCIA DEL MERCADO:**

En la actividad médica actual, interactúan dos fuerzas que en esencia persiguen fines de utilidad económica; por una parte el sector de laboratorios y de producción de equipo e insumos, y por la otra las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios. Ellas son antagonistas en el sentido que compiten por los mismos recursos.

Unas favorecen el consumo y otras lo restringen. Los conflictos que emergen en el seno de la actividad clínica y particularmente en las decisiones del final de la vida, deben mucho a la configuración de las fuerzas económicas que participan en el mercado de la salud.

**f) FACTORES MÉDICOS:**

Decisiones tales como aceptar o no a un paciente en la UCI o, una vez allí, negar o suspender medidas de apoyo vital, pueden estar influidas por factores de la biografía del médico como el tipo de entrenamiento recibido (la formación en oncología favorece el retiro de la hidratación con mayor frecuencia), la orientación médica o quirúrgica de la especialización, el grado de supervisión de sus actividades, el género, la edad o los años de experiencia. También por factores administrativos, como la dependencia laboral (ser

médico tratante o médico de planta), el tamaño de la UCI que se atiende o el número de camas disponibles. Y por factores no justificables del paciente como rasgos de personalidad (ser joven, optimista o sociable), o su condición física o cognitiva pre mórbida, abuso de alcohol o estado socioeconómico. Al escenario de la variabilidad, se suma el de la incertidumbre, que rodea las decisiones clínicas, posee factores modificables y otros no. Las fuentes de incertidumbre pueden ser técnicas, personales o conceptuales.

#### **g) INFLUENCIA DE LA FAMILIA:**

Un trabajo de Rivera mostró que el 62% de los manejos que se valoraron como fútiles en la UCI, fueron propiciados por familiares, en contraste con el 37% atribuido a los médicos. Las razones principales que indujeron estos manejos fueron: una esperanza no razonable de mejoría en 58% de los casos, temor a consecuencias legales en 14%, razones religiosas en 9%, culpa en 7%, inconformidad de los familiares en 7% y deseo del paciente solo en 5%. Las expectativas de mejoría que guardan los familiares en algunos casos tienen origen en ideas religiosas en las que se espera un milagro. Por otra parte, la manera como los médicos presentan la información, puede influir en las decisiones que toman los familiares.

### **2.1.3 CONSECUENCIAS DE LA DISTANASIA**

#### **1) SOBRE EL PACIENTE:**

El sufrimiento es un factor común a todo paciente, tanto que su alivio constituye uno de los objetivos generales del quehacer médico. Aparte del dolor, en un estudio, Nelson et, encontraron que 55% a 75% de pacientes con cáncer, críticamente enfermos, sufren de incomodidad, ansiedad, trastornos del sueño, hambre o sed insatisfechos de moderados a severos, un 40% sufrían depresión y 33% disnea. Asimismo, los pacientes en UCI pierden el control sobre el ambiente, sobre su salud y sobre su cuerpo. Son sometidos a exámenes frecuentes, pérdida de la privacidad, de privación de sueño, y frecuentemente a trato impersonal. Pueden desarrollar estrés emocional, trastornos del pensamiento y del comportamiento y alteraciones psiquiátricas como delirio, reacciones psicóticas y síndrome de respuesta al estrés.

Por otro lado, existen otros efectos sobre el paciente que se refieren al respeto o vulneración de los principios de la bioética médica. En primer lugar, la distanasia vulnera

el principio de autonomía. El paciente debido a sus condiciones clínicas no está en capacidad de desarrollar acciones, ni tomar decisiones autónomas, porque no puede actuar intencionalmente, no puede expresar sus opiniones, ni actuar según sus convicciones. En respuesta el médico tiene varias opciones: en primer lugar puede recurrir al paternalismo, el cual no es necesariamente reprobable, en este caso se justifica con el argumento de beneficiar al paciente, frente a la gran pérdida de autonomía que muestra. Esto está de acuerdo con la ecuación que proponen Beauchamp y Childress, según la cual hay mayor justificación para el paternalismo en la medida en que la autonomía decrece y se hace mayor el beneficio esperado. En segundo lugar, puede delegar las decisiones en terceros o generar decisiones compartidas. El respeto a la autonomía no es fácil de garantizar en estas circunstancias.

En otros países fuertemente autonomistas se trataron de promover las directrices anticipadas, las cuales no han tenido la aceptación esperada. Desde otro punto de vista, el deber médico de beneficencia se debilita en el paciente crítico moribundo. Al enfrentar el deber de beneficencia con los factores propuestos por Engelhardt, las posibilidades de éxito del tratamiento, la calidad de los resultados y la duración de la vida se hacen mínimos, mientras los costos generalmente son altos. En estas circunstancias el deber de beneficencia se extingue y por consiguiente, cualquier tratamiento de índole curativo que se aplique, pierde su connotación de beneficio.

Finalmente, aunque el principio de justicia no se aplica explícitamente en el contexto individual del paciente crítico, la selección de pacientes para ser admitidos en las UCI, y los criterios de costo efectividad que se usan para justificar el manejo clínico, derivan de razonamientos de justicia distributiva, que el médico sistemáticamente aplica a pacientes individuales. En este sentido, la distanasia quebranta el principio de justicia distributiva, ya sea por una decisión inadecuada del ingreso de un paciente a la UCI, o por corroborar que en los casos de distanasia la efectividad tiende a cero, ante costos generalmente muy elevados.

## **2) SOBRE LOS FAMILIARES Y ALLEGADOS:**

El peso de la enfermedad, la incomunicación, la poca información, la tendencia a tomar decisiones compartidas, favorecen la ansiedad, la insatisfacción, la sensación de culpa y de abandono por parte de ellos. Dos terceras partes de los familiares de los pacientes

hospitalizados en UCI presentan signos de ansiedad (69.1%) y una tercera parte sufren de depresión (35.4%). Ellos sufren por verlos conectados a múltiples equipos, por la incapacidad de comunicación, por las variaciones en el estado de consciencia y por el malestar que puedan estar experimentando.

En estas condiciones, muchos de ellos se ven obligados a participar en la toma de decisiones que rodean el final de la vida. La ansiedad y depresión hacen que los familiares sobreestimen los riesgos y subestimen los beneficios. Se afectan la comprensión y la capacidad para tomar decisiones. Además de la información, los familiares tienen gran necesidad de proximidad con el paciente. Las restricciones en visitas y proximidad, producen sufrimiento innecesario a los familiares y pacientes.

### **3) SOBRE EL PERSONAL SANITARIO:**

Pueden surgir sentimientos de frustración cuando la enfermedad del paciente progresa; sentimientos de impotencia frente a las enfermedades, junto con culpa, temor de enfermar, deseo de separarse o evitar pacientes para escapar de estos sentimientos. Esta mezcla de emociones, afecta la calidad del cuidado clínico, la propia sensación de bienestar del médico y, si ello no es reconocido, genera angustia, desgaste profesional y juicios incorrectos.

### **4) SOBRE LAS INSTITUCIONES:**

La distanasia aumenta los gastos innecesariamente; por la otra, es posible que mantener un paciente con soporte vital genere pagos y ganancias extra, esto determinado por las condiciones contractuales.

## **2.2 LA DISTANASIA Y LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA**

Para resolver el problema de los conflictos que aparecen en el momento de tomar las decisiones en el área biomédica, surge de la bioética de orientación principalista basada en “Los Cuatro Principios” formulado por Beauchamp y Childress. La bioética principalista consiste en conseguir un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta ante un dilema bioético.

En el año 1979, estos dos autores norteamericanos, basados en el “Informe Belmont”, que fue encargado en el año 1974 por el congreso norteamericano para elaborar una guía

acerca de los procedimientos éticos que debían regir la investigación con seres humanos y dado a conocer en el año 1978, publicaron un libro titulado Principales of Biomedical Ethics (“Principios de Ética Biomédica”). Los principios biomédicos que propusieron eran: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. El principio bioético más elemental y sobre el que se basan los enumerados anteriormente es el “respeto a la dignidad de la persona” basado en un enfoque integral y humanista de la asistencia sanitaria.

- **PRINCIPIO DE BENEFICENCIA:** Manda hacer el bien. Es el principio más evidente de todos ya que el personal sanitario ha sido educado y formado para hacer el bien, no solo al individuo enfermo, sino a la sociedad en su conjunto. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos.
  
- **PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA:** Se basa en el principio hipocrático de Primum non nocere, es decir, “ante todo, no hacer daño”. También es un principio muy evidente porque ningún profesional sanitario deberá utilizar sus conocimientos o su situación para ocasionar perjuicios al enfermo. En la práctica se refiere a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios.
  
- **PRINCIPIO DE AUTONOMÍA:** Se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo. Al contrario que los anteriores, es un principio que siempre ha estado ausente de la tradición médica, a pesar de la gran importancia que ha adquirido en los últimos años; durante muchos siglos el paciente nunca ha participado en la toma de decisiones y el médico era quien decidía; el deber del médico era “hacer el bien” al paciente, y el de éste, aceptarlo. El enfermo, por el mero hecho de serlo, carecía de capacidad para elegir.
  
- **PRINCIPIO DE JUSTICIA:** Este principio se basa en dos hechos:
  - Todas las personas, por el mero hecho de serlo, tiene la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto.

- Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria.

Este principio convierte al personal sanitario en gestor y administrado de los recursos y de los servicios, que deberá utilizar de una forma efectiva y eficiente, evitando actuaciones sanitarias inadecuadas.

Estos cuatro principios adquieren rápidamente una gran importancia, ya que resultaron muy útiles para los profesionales sanitarios que no eran expertos en cuestiones de bioética y que actuaban generalmente en forma empírica o intuitiva ante cualquier dilema moral que aparecía en su labor diaria con el enfermo.

Durante muchos siglos, los principios éticos más relevantes en la actuación sanitaria han sido los de beneficencia y no-maleficencia, dando lugar a un paternalismo autoritario, bien intencionado y aceptado por la sociedad. En las últimas décadas, los principios de autonomía y justicia cada vez adquieren mayor relevancia, sobre todo en los países anglosajones.

Entre estos cuatro principios los autores no establecieron ningún orden jerárquico, insistiendo en que todos tienen la misma fuerza y son de aplicación obligatoria, aunque no absolutos, ya que hay excepciones. Cada caso concreto permitirá la negociación, es decir, sólo las circunstancias podrán establecer un orden jerárquico entre ellos. Un ejemplo que aparece con determinada frecuencia en la práctica de los cuidados paliativos sería la siguiente: atendiendo al principio de no-maleficencia, ocasionar la muerte es algo que en principio se considera siempre moralmente incorrecto y por tanto contrario a la ética médica, pero en determinadas circunstancias, administrar fármacos que puedan adelantar la muerte (“principio del doble efecto”) puede tenerse en cuenta cuando interviene la autonomía del paciente en una situación de sufrimiento muy intenso.

En la práctica diaria, cuando se entiende a un enfermo en situación de enfermedad terminal, lo habitual es la ausencia de conflictos entre estos cuatro principios bioéticos y el enfermo solicitará que se favorezca la aplicación de todos ellos para que se atiendan todas las necesidades que plantea:

- Necesita que, aunque no exista un tratamiento con finalidad curativa, se intenta dar una solución integral a sus problemas, tanto físicos como psicoemocionales, sociales y espirituales (Principio de Beneficencia).
- Necesita que no se le dañe de forma innecesaria utilizando procedimientos terapéuticos o diagnósticos que se hayan mostrado inútiles o fútiles o que sean considerados desproporcionados (principio de no-maleficencia).
- Necesita que se le trate con confianza, respetando su intimidad y autonomía, que se le informe si así lo desea y que se le tenga en cuenta su opinión en el momento de decidir qué es lo mejor para él (principio de autonomía).
- Necesita que, si existe un sistema de salud universal, como ocurre en nuestro ámbito, cubra sus necesidades, independientemente de cualquier circunstancia, y que no se le discrimine por ningún motivo (principio de justicia).

El personal sanitario que quiera conseguir una correcta atención a este tipo de enfermos debe ir encaminado a dar solución a cada una de estas demandas. Lamentablemente, hay varias circunstancias que orientan a que muchas veces no se aplican estos cuatro principios en su totalidad, en especial los principios de autonomía y justicia.

Una de estas circunstancias en la cual se vulnera los principios de la bioética médica es en la práctica de la Distanasia.

En primer lugar, la Distanasia vulnera el principio de autonomía. El paciente debido a sus condiciones clínicas no está en capacidad de desarrollar acciones, ni tomar decisiones autónomas, porque no puede actuar intencionalmente, no puede expresar sus opiniones, ni actuar según sus convicciones. En respuesta el médico tiene varias opciones: en primer lugar puede recurrir al paternalismo, el cual no es necesariamente responsable, en este caso se justifica con el argumento de beneficiar al paciente, frente a la gran pérdida de autonomía que muestra. En segundo lugar, puede delegar las decisiones en terceros o generar decisiones compartidas. Esta opción tiene el peligro de no representar el mejor interés del paciente como lo mostraba el trabajo de Escher, el cual se encontró que ni familiares, ni médicos mostraron claridad de definir los deseos del paciente. El respeto a la autonomía no es fácil de garantizar en estas circunstancias.

Respecto al principio de beneficencia, los pacientes críticos presentan unas condiciones muy particulares. Las medidas terapéuticas aplicadas, necesariamente deben beneficiar al paciente. Cuando el curso clínico tiende a empeorar pase al manejo, se aumenta la incertidumbre, básicamente porque el paciente con el cual se inició el tratamiento difiere del paciente actual al cual el tratamiento no le reporta ningún beneficio. El problema es que no existen señas claras que indiquen esa transición. El manejo instaurado pasa de ofrecer beneficios a ser perjudicial.

Finalmente, aunque el principio de justicia no se aplica explícitamente en el contexto individual del paciente crítico, y este principio pertenece al fuero de lo público, hay indicios que muestran lo contrario. La selección de pacientes para ser admitidos en las UCI, y los criterios de costo efectividad que se usan para justificar el manejo clínico, derivan de razonamientos de justicia distributiva, que el médico sistemáticamente aplica a pacientes individuales. En este sentido la Distanasia quebranta el principio de justicia distributiva, ya sea por una decisión inadecuada del ingreso de un paciente a la UCI, o por corroborar en los casos de Distanasia la efectividad tiende a cero, ante costos generalmente muy elevados.

### **2.3 LA BIOÉTICA Y LA VIDA**

Con acierto dice Hottois que la bioética no es una nueva disciplina tecno científica ni una nueva ética universal y actual de la vida, sino que va más allá: incluye también la biotecnología y la ingeniería genética, la preservación de especies no humanas, vegetales y animales y la gestión de la biosfera.

El propósito de incorporar la ética en nuestras obligaciones no es solo hacia los seres humanos. Este origen globalizador condujo a que la bioética pudiera entenderse en dos sentidos: En sentido estricto, es la reflexión de los aspectos morales de las decisiones a tomar en el contexto de las ciencias biomédicas (integradas por las ciencias biológicas, la medicina y la asistencia sanitaria). La bioética tiene a la vida como centro de sus preocupaciones, vida con su significado más amplio, tal y como hoy debe ser considerada, después de las publicaciones pioneras de Jhar y Potter. Hoy la bioética, pluralista, multidisciplinaria e interdisciplinaria, hace frente a las realidades de la ciencia.

### 2.3.1 FORMACIÓN BIOÉTICA DEL MÉDICO

La unión entre medicina, ciencia y tecnología, perfectamente constituida en las universidades más influyentes de los países desarrollados, ha resultado ventajosa, dentro del contexto en el que esos países actúan. Generan conocimiento y productos médicos que utilizan y exportan e igualmente grandes ganancias económicas. Sin embargo, igual orientación aplicada en países en desarrollo puede no ser prioritaria y por el contrario, puede expresar desconocimiento o ponderación inadecuada de necesidades más apremiantes.

Lamentablemente, en las facultades de medicina, se enseña a desarrollar el raciocinio y a inhibir la intuición. Generalmente, se aprende a hipertrofiar la función del hemisferio izquierdo (sede del cálculo matemático y del raciocinio lógico) y casi a atrofiar al hemisferio derecho (sede de las funciones intuitivas, creativas y artísticas). Se aprende a razonar, pero no a pensar. Se aprende a ser inteligente, pero no a ser capaz de acercarnos a la sabiduría.

En el Congreso Nacional del dolor en cáncer terminal, del año 1997, en Colombia, se encontró que los médicos que trabajaban con enfermos terminales, eran en su mayoría anestesistas (37%), oncólogos o Médicos Generales (61%), y que en su mayoría, nunca habían recibido instrucción en bioética.

- a. En el 17,5% de las muertes se administraron opiáceos para aliviar el dolor y otras molestias, en dosis suficientemente altas como para que existiera la posibilidad de acortar la vida.
- b. En otro 17,5% la decisión más importante fue la de no tratar.
- c. En el 1,8% de los casos, se administraron dosis letales de fármacos a requerimiento del paciente.
- d. En el 0,3% se produjo la "asistencia médica" al suicidio.
- e. En el 0,8% se realizaron actuaciones que terminaron con la vida del paciente, sin que existiera una petición explícita y persistente por parte de éste.

### 2.4 DETERMINANTES EN LAS ACTITUDES DISTANASICAS

La posibilidad de manejos distanásicos está dada por la capacidad que desarrolla la medicina para diferir la muerte. Durante la segunda mitad del siglo XX tiene lugar el perfeccionamiento de las técnicas de reanimación cardiopulmonar, el desarrollo de

desfibriladores, ventiladores y máquinas de diálisis, posteriormente la posibilidad de hacer trasplantes cardiacos y renales, etc. Así, el médico tiene por primera vez un control efectivo sobre la muerte, lo cual da sustento a la idea que es un deber médico luchar contra la muerte a toda costa.

En la contra parte, si el médico tiene claro el objetivo del uso de la tecnología médica, no se puede omitir el papel importante que tiene la decisión del paciente y de la familia, ya que es fundamental el respeto a precepto de autonomía, por lo que describiremos los distintos enfoques que determina una actitud distansica.

#### a) **EL PACIENTE**

En las distintas etapas de su enfermedad, el paciente no es el mismo. Para considerar totalmente valida su opinión, respecto a que es lo que desea que se haga con su vida, hay que definir, además del pleno uso de sus facultades mentales, si no está bloqueado y condicionado por sus emociones, por ejemplo: ¿Qué valor tiene la decisión de un paciente depresivo grave, en parte reactivo al impacto emocional del diagnóstico? Esto -quizás-, no sea importante en la demencia, donde se puede valorar si dejó algún escrito, cuando aún estaba en uso de sus facultades (“la decisión anticipada” que aunque no tenga fuerza legal, tiene una innegable fuerza moral), o recabar en la familia los comentarios sobre situaciones como la que pasa actualmente; Si, en cambio, lo es en el neoplásico, o en aquellos con patologías graves y progresivas: enfermedades neurológicas degenerativas, SIDA, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia cardíaca, en estadios avanzados.

Estos enfermos, pasan por 5 (cinco) fases o estadios, según aprendimos de la influyente obra: *OnDeath and Dying* (1969), de la psiquiatra Dra. Elizabeth Kubler-Ross, que es necesario conocer y recordar en nuestra práctica diaria, aunque no se presenten totalmente “puras” e incluso se salten alguna:

**ESTADIO 1: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO:** “No, a mí no. Esto no puede ser verdad, debe haber algún error”. La primera respuesta es un estado transitorio de Shock. Se lo nota aislado y ausente del entorno. Constituye un mecanismo de defensa inicial y primitivo, que debe ser superado cuanto antes. El contacto físico elemental, como

agarrarlo de la mano, haciéndole sentir que se lo acompaña, que no está solo en esta etapa, es más efectivo que cualquier palabra.

**ESTADIO 2: ENOJO Y RESENTIMIENTO:** “La vida no es justa. ¿Por qué me tuvo que tocar justo a mí? ¿Qué hice yo para merecer esto? ¿Por qué no le toco a otro? Cuando la negación no puede ser mantenida más tiempo, es reemplazada por el enojo, el arrebatado de cólera, la envidia hacia el que no le toco, y el resentimiento hacia los demás.

**ESTADIO 3: NEGOCIACIÓN:** “Mire doctor, lo único que quiero es vivir hasta que mi hija tenga 18 años, después ya no me importa. Quiero vivir hasta que nazca mi nieto. Por favor ayúdeme, voy a hacer todo lo que usted me diga”. Comienza a intentar programar su futuro inmediato, quiere planificar y convencerse que lograra metas. Fantasean respecto a hacer tratos con Dios. Quiere que se le recompense porque llevará una “buena conducta”.

**ESTADIO 4: DEPRESIÓN:** “No sé si tiene sentido hacer algo, doctor. Yo ya estoy jugado. No creo que de resultado ningún tratamiento” La rabia y el enojo es desplazado por la sensación de pérdida e inevitabilidad. Llora “por nada”, se siente vacío e indefenso, pierde autoestima, pierde productividad en el trabajo, esta callado y aislado, se siente culpable, pero comienza a cicatrizar emocionalmente, ya que admite la realidad de la pérdida. El enfermo necesita 'motivos' para actuar, deseos, ilusiones, objetivos que le den sentido a su vida

**ESTADIO 5: ACEPTACIÓN:** “Ya viví mi vida, doctor; Cuando Dios diga basta, estoy listo para irme”. Con el tiempo, el enfermo ya no estará colérico ni deprimido, ni feliz ni triste; poco a poco, se ira vaciando de sentimientos. El paciente terminal suele encontrar más paz y aceptación, su círculo de intereses se estrecha cada vez más, prefiere pocas visitas y distracciones. A esta altura, muchas veces el moribundo, con su sabiduría, es el que pasa a atender al médico y a su familia.

## b) LA FAMILIA

Los miembros de la familia de un paciente terminal, manifiestan diversas respuestas emocionales frente al problema, ya que suelen eclosionar en ellos sentimientos de culpa no expresada, así como de ira. A veces, estos sentimientos se comunican y elaboran, e

interfieren mínimamente en la asistencia. Sin embargo, es frecuente que tales emociones lleven a cierto tipo de bloqueo emocional, que hace que la familia se niegue hasta a atender al paciente, especialmente al principio. En otros casos, estos mismos sentimientos estresantes inducen a la familia a comportarse agresivamente con el personal médico. Sea cual sea la vía de expresión de estos sentimientos, lo cierto es que dificulta el tratamiento del paciente.

Al afrontar esta familia, es importante que se establezca una relación sólida con los integrantes poco a poco y con tacto. Pero el mismo médico no puede dejar de involucrarse con la familia del paciente, y debe hacerlo desde bases profesionales. Además de necesitar ayuda para afrontar los sentimientos relacionados con la enfermedad, las familias necesitan muchas otras cosas. Es preciso instruir a los familiares sobre el modo de ayudar al paciente, y enseñarles a enfrentar los sentimientos dolorosos que lo invaden.

No existen reglas de cómo tratar familias demandantes, pero entre el médico y la familia debe existir siempre un diálogo auténtico, y tomarse el tiempo necesario para dar explicaciones cuidadosas.

Las aptitudes de comunicación son esenciales para ser un buen médico, así como el comprender el por qué la familia piensa o hace, lo que hace. El médico debe asegurarse que ha entendido los argumentos de la familia, y que la familia entiende los suyos. El médico y la familia deben sentirse "socios" en el tratamiento. El punto de vista de la familia debe ser considerado seriamente, así como discutir la racionalidad del tratamiento elegido. Los argumentos usualmente son convincentes, siempre y cuando se los describa en términos que pueda entenderlos la familia. Su enemigo, cuando se encuentre con una familia demandante, es la falta de tiempo. En el largo plazo, la inversión de tiempo en la familia, demuestra ser valiosa.

En estas familias, resulta muy efectivo plantearles la cuestión, diciéndoles: “en el caso de mi padre, si estuviese en igual situación, yo le efectuaría (o no), tal procedimiento...”. El riesgo en este tipo de relación médico - familia es que puede aflorar una orientación paternalista que aun priva en muchos médicos, y contribuir a la confusión de seguir en forma indefinida, tratamientos que no aportan beneficios razonables al paciente. Para plantearles dilemas éticos, es necesario el apoyo efectivo de los distintos especialistas, a

los cuales interrogaran exhaustivamente; solo le darán una respuesta al médico de cabecera, luego de múltiples conciliábulos familiares, siempre divididos y contradictorios.

La decisión que tomen, sea cual sea, los llenará de culpa y depresión. Cuando no se ponen de acuerdo entre ellos, y una de las partes exige mantener las medidas de soporte vital, en contra de lo requerido por la otra, conviene mantenerlas. Esa postura de no innovar, respetaría las leyes jurídicas en vigencia, fríamente interpretadas, pero eso debe hacerse siempre que no se violen normas de justicia sanitaria, en términos de distribución de recursos, o se limite la asistencia médica de otras personas recuperables. En estos casos, es muy importante la consulta al Comité de Ética, y convencer a la familia con la ayuda del psicólogo, de la inutilidad de continuar, o proponiendo el traslado a centros menos especializados, o dejando la decisión a los jueces.

Cuando se le plantean dilemas éticos, la primera respuesta suele ser: “después le contesto”. Luego, aparecen acompañados de un especialista, que es el que “sugiere”, con más gestos que palabras, la necesidad de trasladar al enfermo para su correcta atención, no importa que esta haya sido buena. El comité de ética, cuando existe y actúa, es de invaluable ayuda en estos casos, para proteger al paciente y al médico. Un abogado, especializado en cuestiones médicas, debe revisar todos los registros médicos.

Con la tendencia de la sociedad occidental hacia un mayor respeto de la autonomía, actualmente, los familiares de aquellos pacientes críticos incompetentes para decidir son involucrados sistemáticamente en la toma de decisiones clínicas. Se ha visto que las decisiones de los familiares inducen tratamientos fútiles en alta proporción, lo cual demuestra que asociar la distanasia exclusivamente con el médico es equivocado y también que la distanasia se reconfigura con la reconfiguración social. Por otra parte, el mercadeo intensivo de productos médicos que se ejerce sobre las sociedades, contribuye a dar cuerpo a las esperanzas de los familiares quienes confían en unos poderes que la medicina en realidad no tiene y a trivializar riesgos.

## **2.5 EL PACIENTE TERMINAL**

La Distanasia, por ser la prolongación artificiosa de la vida justamente en un paciente terminal, obliga a ocuparse más ampliamente de ciertos tópicos propios de este tipo de pacientes, los mismos que están atravesando la fase final de una enfermedad. Inicia el

capítulo señalando las condiciones que debe cumplir un paciente terminal para que sea catalogado como tal, los derechos que tienen los pacientes, los cuales son conocidos a nivel internacional y que también han sido contemplados en nuestro país en la Ley general de Salud y sus diversas modificaciones, así como los derechos propios de los pacientes en etapa final de una enfermedad.

Además, se hace necesario tocar temas muy relacionados con el paciente terminal y que son elementos útiles de los cuales puede hacer uso para aceptar o rechazar el tratamiento que indique en su momento el médico tratante a una persona en esa fase de enfermedad en la cual ya no hay posibilidades de recuperación. Tales medios son el consentimiento informado, la autonomía del paciente y las directrices anticipadas, los mismos que hacen notar que está llegando a su fin el tradicional paternalismo médico. Se culmina el capítulo revisando brevemente lo que son los cuidados paliativos de fundamental importancia para la atención de estos mismos enfermos terminales.

### **2.5.1 ¿Qué es un enfermo terminal?- ¿Cuándo se transforma en agonizante?**

Terminal es aquel individuo que padece una enfermedad documentada, en la que existe acuerdo para no aplicar tratamiento con finalidad curativa, y cuya esperanza de vida no es superior a 30 días (para otros autores, es de 180 días).

Para que un paciente pueda ser clasificado como terminal se deben cumplir las siguientes condiciones.

- a. Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto. El diagnóstico de la enfermedad o condición patológica debe estar bien fundamentado y ser formulado por un médico que tenga los conocimientos, habilidades y experiencia necesarios para hacerlo más allá de toda duda razonable.
- b. La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve. La progresividad e irreversibilidad de la enfermedad son elementos definitorios necesarios y copulativos para clasificar a un enfermo como terminal. Hay que reconocer, sin embargo, que el pronóstico fatal de una enfermedad se basa

principalmente en criterios estadísticos de modo que, en casos individuales, puede haber variaciones en la evolución predicha para la enfermedad, dependiendo de su naturaleza u otros factores. Sobre la extensión del plazo en que se produce la muerte hay diversas opiniones, desde menos de un mes, hasta seis meses.

c. En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces. La carencia de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada se refiere a que no se dispone de él en el estado actual de los conocimientos médicos. A la luz del acelerado desarrollo científico y tecnológico, se puede predecir razonablemente que enfermedades consideradas hoy irreversibles, dejarán de serlo en el futuro, con el advenimiento de nuevos recursos terapéuticos. Hay tratamientos disponibles para enfermedades graves que pueden mantener con vida al paciente durante años y que pese a ello, en algún momento de la evolución pueden dejar de ser efectivos, convirtiéndose así el paciente grave en terminal. Tal es el caso de la quimioterapia en algunas formas de cáncer. Es necesario reconocer que, en algunos casos, el carácter terminal de un paciente pueda estar condicionado por la imposibilidad práctica de utilizar los recursos terapéuticos que la Medicina dispone y que podrían modificar el pronóstico terminal de una enfermedad, pero que son de una disponibilidad muy limitada, complejos y costosos, como es el caso de los trasplantes de órganos. También, en algunas ocasiones excepcionales, el aislamiento geográfico podría condicionar el diagnóstico de enfermo terminal dada la carencia de recursos terapéuticos complejos e imposibilidad de traslado a un centro especializado.

Los criterios que hemos mencionado pueden cumplirse en cualquier grupo etario. La edad avanzada no es criterio válido para catalogar como terminal a un paciente. Tampoco lo es el compromiso de conciencia, cognitivo o de relación, si ello no se acompaña de una condición patológica grave, progresiva e irreversible, para la cual no existe tratamiento curativo.

### **2.5.2 LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Los cuidados intensivos se impusieron, debido a la imperiosa necesidad que tenían los pacientes críticos, de ser asistidos permanentemente, por un equipo de médicos y

enfermeras durante las 24 horas del día. Sus progresos han sido constantes, dependiendo principalmente del desarrollo de innovaciones terapéuticas y tecnológicas.

Se define la Medicina Intensiva como aquella parte de la Medicina, que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal, que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad. El concepto actual de terapéutica intensiva, comprende la aplicación sistemática de las múltiples posibilidades terapéuticas modernas, que se utilizan en situaciones de peligro para la vida, lo que supone la situación temporal de las funciones orgánicas alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base, que ha dado lugar a estos trastornos y teniéndose en cuenta que tales medidas y al final de la terapéutica, proporcionarán una buena calidad de vida para el futuro.

Las UCI son los lugares que brindan atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente.

Se define a personas en estado crítico a aquella, que está en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuado. Aquel cuya supervivencia está en peligro o pueda llegar a estarlo, debido a cualquier proceso patológico que haya incidido sobre su nivel o estado de salud y para cuyo tratamiento se precisa un nivel de asistencia que no puede conseguirse en una unidad convencional de hospitalización (Organización Panamericana de la Salud). La naturaleza crítica de un padecimiento puede sobrevenir al comienzo, durante el transcurso o al final de cualquier enfermedad.

El soporte vital es toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en pliego la vida. Comprende actualmente y por extensión desde la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico hasta la oxigenoterapia, nutrición e hidratación parental (COMITÉ BIOÉTICA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA: 2011).

Estos dos conceptos –el paciente crítico y el soporte vital- forman parte indisoluble del escenario de los cuidados intensivos y de la toma de decisiones que ocurren en este tipo de servicios. Así, en las UCIs, tanto por el riesgo que lleva implícito el paciente mismo como por la presunta consecuencia del acto médico, la prolongación de la vida o la muerte puede ser consecuencia del acto médico la prolongación de la vida o la muerte puede ser consecuencia directa o indirecta, inmediata o mediata de la decisión médica; en otras ocasiones la urgencia de una decisión no siempre permite el análisis adecuado por parte del médico ni la participación del paciente o de su representante, por lo que en este contexto se generan dilemas morales, que antes no existían al existir una participación pasiva de los pacientes en las decisiones que afectaban su propia vida, y que ahora por el desarrollo socio cultural alcanzado por la sociedad, se convierten en una problemática compleja, pues tanto el enfermo como toda la sociedad deben reflexionar sobre la racionalidad de las acciones médicas que siempre puedan ser emprendidas en cada caso y situación (Domínguez, 82-94: 2003).

#### - **CRITERIOS DE ADMISIÓN A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

Hay dos condiciones en las que el manejo en UCI no ofrece beneficios sobre el cuidado convencional. Esto ocurre cuando los pacientes se encuentran ubicados en los extremos del espectro de riesgo vital, es decir, riesgo demasiado bajo o muy alto de muerte. “Demasiado bien para beneficiarse” o “Demasiado enfermo para beneficiarse”. Es difícil definir estas dos poblaciones basándose exclusivamente en el diagnóstico y el “beneficio sustancial” está sujeto a interpretación (VINKO T., UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE: 2013).

Existen instrumentos para evaluar la severidad y pronóstico de los pacientes críticos, los cuales sumados al juicio clínico representan la mejor manera disponible actualmente para determinar dichos parámetros.

#### - **MODELOS DE PRIORIZACIÓN**

1. **PRIORIDAD 1:** Son pacientes inestables con necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo que no puede ser entregado fuera de estas unidades. En estos pacientes generalmente no hay límites para la prolongación de la terapia que están recibiendo. Pueden incluir pacientes post-operados, con insuficiencia respiratoria que requieren

soporte ventilatorio, que están en shock o inestabilidad circulatoria, que necesitan monitoreo invasivo y/o drogas vaso activas.

2. **PRIORIDAD 2:** Estos pacientes requieren monitoreo intensivo y potencialmente pueden necesitar una intervención inmediata y no se han estipulado límites terapéuticos. Por ejemplo pacientes con estado comórbidos quienes han desarrollado una enfermedad severa médica o quirúrgica.
3. **PRIORIDAD 3:** Pacientes que puedan recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, sin embargo, se le puede colocar límite a los esfuerzos terapéuticos, tales como no intubar o no efectuar reanimación cardiopulmonar si la requirieran. Ejemplos: pacientes con enfermedades malignas metastásicas complicadas con infección, taponamiento cardíaco u obstrucción de la vía aérea.
4. **PRIORIDAD 4:** Son pacientes no apropiados para cuidados en UCI. Estos deberían ser admitidos sobre una base individual, najo circunstancias inusuales y bajo la supervisión del jefe de la unidad. Estos pacientes se pueden clasificar en las siguientes dos categorías:
  - A. Pacientes que se beneficiarán poco de los cuidados brindados en UCI, basados en un bajo riesgo de intervención activa (demasiado bien para beneficiarse). Incluyen pacientes con cirugía vascular periférica, cetoacidosis hemodinámicamente estable, insuficiencia cardiaca congestiva leve, sobredosis de drogas sin alteración de conciencia, etc.
  - B. Pacientes con enfermedad terminal e irreversible que enfrentan un estado de muerte inminente (demasiado enfermos para beneficiarse). Por Ejemplo: daño cerebral severo irreversible, falla multiorgánica irreversible, cáncer metastásico que no ha respondido a quimio y/o radioterapia (salvo que el paciente esté en un protocolo específico), muerte cerebral que no son potenciales donadores de órganos, pacientes que se encuentran en estado vegetativo persistente, etc.

## - **MODELOS POR DIAGNÓSTICO**

Este se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas a las UCIs.

### **A. SISTEMAS CARDIOVASCULARES.**

- Infarto agudo de miocardio complicado.
- Shock cardiogénico.
- Arritmias complejas que requieren monitoreo continuo e intervención.
- Insuficiencia cardíaca congénita con falla respiratoria y/o que requiera soporte hemodinámico.
- Emergencia hipertensivas.
- Paro cardíaco reanimado.
- Otros.

### **B. SISTEMA RESPIRATORIO.**

- Insuficiencia respiratoria aguda que requiera soporte ventilatorio.
- Embolia pulmonar con inestabilidad hemodinámica.
- Paciente en unidad de intermedio que inicien deterioro respiratorio.
- Necesidad de cuidados respiratorios de enfermería que no pueda brindarse en unidades de menor complejidad.
- Hemoptisis masiva.
- Otros.

### **C. DESÓRDENES NEUROLÓGICOS.**

- Accidente vascular cerebral con deterioro del estado de conciencia.
- Coma: metabólico, tóxico o anóxico.
- Hemorragia intracraneal con riesgo potencial de herniación.
- Meningitis con alteración de conciencia o compromiso respiratorio.
- Muerte cerebral o muerte cerebral potencial quienes estén siendo agresivamente manejados mientras se determina su condición de donante.
- Otros.

**D. SOBREDOSIS DE DROGAS.**

- Ingestión de drogas con inestabilidad hemodinámica.
- Ingestión de drogas con alteración significativa del estado de conciencia.
- Ingestión de drogas con riesgo de aspiración pulmonar.
- Convulsiones post-ingesta de drogas.

**E. DESORDENES GASTROINTESTINALES.**

- Hemorragia digestiva masiva con hipotensión, angina, sangrado incoercible o la presencia de condiciones co-mórbidas.
- Falla hepática fulminante o subfulminante.
- Pancreatitis aguda severa.
- Perforación esofágica con o sin mediastinitis.

**F. SISTEMA ENDOCRINO.**

- Cetoacidosis diabética con inestabilidad hemodinámica, alteración de conciencia, insuficiencia respiratoria, acidosis severa, etc.
- Tormenta tiroidea o coma mixidematoso con inestabilidad hemodinámica.
- Estado hiperosmolar con coma o inestabilidad hemodinámica.
- Otras condiciones endocrinas como crisis adrenales con inestabilidad circulatoria.

**G. MISCELÁNEAS.**

- Shock séptico.
- Condiciones clínicas con altos requerimientos de cuidados de enfermería (por ej: uso de ventilación mecánica no invasiva, etc.)
- Terapias nuevas o experimentales con potenciales complicaciones (trombolisis de infarto cerebrales, tromboembolismo pulmonar, etc.)
- Postoperatorio con necesidad de monitoreo hemodinámico, soporte ventilatorio y cuidado de enfermería intensivo (drenajes, ostomías, etc.)
- Postoperatorios de trasplante (renal, hepático y pulmonar)
- Otros.

## - **MODELOS POR PARÁMETROS OBJETIVOS**

Los criterios son arbitrarios, ya que no hay datos disponibles hasta la fecha que algún criterio o rango específico haya demostrado mejoría en los resultados.

### **A. SIGNOS VITALES.**

- Pulso  $< 40$  o  $> 150$  latidos por minuto.
- Presión arterial sistólica  $< 80$  mmHg por debajo de la presión habitual del paciente.
- Presión arterial media  $< 60$  mmHg
- Presión arterial diastólica  $> 120$  mmHg
- Frecuencia respiratoria  $> 35$  respiraciones por minuto.

### **B. VALORES DE LABORATORIO.**

- Sodio sérico  $< 110$  mEq/L ó  $> 170$  mEq/L
- Potasio sérico  $< 2$  mEq/L ó  $> 7$  mEq/L
- PaO<sub>2</sub>  $< 50$  mmHg
- pH  $< 7.1$  ó  $> 7.7$
- Glicerina  $> 800$  mg/dL
- Calcemia  $> 15$  mg/dL
- Niveles tóxicos de drogas u otra sustancia química en un paciente comprometido neurológicamente o hemodinámicamente.

### **2.5.3 DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL**

Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad. Se trata del ser humano –en su condición de paciente- que necesita sean respetados sus derechos humanos fundamentales: a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la libertad, a la información, a la identidad, a la intimidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado, a la verdad, a una muerte digna, y otros. Se originaron paulatinamente a partir de las ideas del liberalismo político (se valoró fuertemente el principio de autonomía), el movimiento en pro de los derechos civiles, el desarrollo de la democracia participativa, la formulación del bloque de tratados de derechos humanos, la doctrina de los derechos personalísimos, el auge de la bioética, y otras razones (cambios sociales, políticos, culturales y económicos); todo ello confluyó para que se tuviera en cuenta la necesidad de formular los derechos de los pacientes. Dichos derechos se fundan en la doctrina de los derechos humanos y en las ideas de

dignidad (inherente a la persona humana), de libertad (derecho a decidir por sí mismo) y en las nociones vida y salud (como derechos esenciales del ser humano). Como un valioso antecedente de sistematización de los derechos en cuestión se puede citar la Carta de Derechos del Paciente, elaborada por la Asociación Americana de Hospitales (1973). La Asociación Médica Mundial, en su XXXIV Asamblea Médica Mundial, aprobó la declaración de Lisboa (1981) sobre los Derechos de los Pacientes –actualizada en Bali (1995)-. Esta necesidad de formular los derechos de los pacientes en Cartas o Declaraciones se expandió por Europa, y luego a los países del continente americano. Estos derechos deben ser reconocidos por igual a todas las personas enfermas (principio de igualdad) sin que obsten, a su operatividad, razones o causas meramente discriminatorias. Podemos catalogar los derechos de los pacientes conforme a tres conceptos básicos a partir de los cuales se derivan los derechos de la persona enferma: vida-salud, dignidad, y libertad-autonomía, y agruparlos tomando como referencia el listado de la declaración de Lisboa-Bali.

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología médico sanitaria, han condicionado que la práctica médica se haya vuelto más arriesgada y más impersonal y deshumanizada. Todo esto ha traído la necesidad de una reformulación de los derechos de los pacientes, no desde la visión de los proveedores de la asistencia sanitaria o de las instituciones, sino desde el punto de vista individual, como usuarios y parte fundamental de la asistencia sanitaria.

Cuando hablamos de derechos de los pacientes, hay que distinguir entre derechos sociales y derechos individuales.

Los derechos sociales se disfrutan colectivamente, están relacionados con la gama de servicios disponibles, con la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y con la no discriminación por razones económicas, geográficas, culturales, sociales, etc. Dependen del grado de desarrollo de la sociedad y por lo tanto influyen en su desarrollo factores económicos, políticos, sociales y culturales.

Los derechos individuales, por el contrario, contienen cuestiones relacionadas con la integridad de la persona, con su dignidad, su intimidad o sus convicciones religiosas. Son el resultado de las sucesivas conquistas sociales de los ciudadanos, se disfrutan individualmente y son lo que promueven prácticas sanitarias de calidad y humanas.

Desde los años 70, se ha producido un reconocimiento gradual de los derechos de los pacientes, tales como el respeto por la dignidad y la autonomía del individuo.

En las leyes nacionales sobre los derechos de los pacientes se pueden distinguir tres modos de proceder. Algunos países han promulgado una ley única integral (por ejemplo, San Marino en 1989, Finlandia y Uruguay en 1992, los Países Bajos en 1993, Israel y Lituania en 1994, Argentina e Islandia en 1997, Dinamarca en 1998 y Noruega en 1999). Otros países han integrado los derechos de los pacientes en la legislación que reglamenta el sistema de atención de salud o en varias leyes sanitarias (por ejemplo Canadá (Nueva Brunswick) y Grecia en 1992, Francia en 1992-1994, Hong Kong en 1995 Belarús y Canadá (Ontario) en 1996, Georgia y Nueva Guinea en 1997 y Estados Unidos en 1999). Las declaraciones o cartas sobre los derechos de los pacientes, que tienen una condición jurídica variable como política nacional y a menudo se incorporan en los reglamentos por los que se rigen los establecimientos de atención sanitaria, se han considerado más adecuados para las tradiciones jurídicas de algunos países, como Francia, Irlanda, Reino Unido y Portugal.

El consentimiento fundamentado, el acceso a los registros médicos y el carácter confidencial de los datos son los derechos clásicos de los pacientes.

En el Perú, en julio de 1997, durante el gobierno de Alberto Fujimori, fue promulgada la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la misma que en su artículo 15° establece que:

**Artículo 15°.** Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

- a. Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad;
- b. A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece;
- c. A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes;
- d. A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo;

- e. A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare;
- f. A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio;
- g. A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren;
- h. A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste;
- i. A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica;

Posteriormente, en setiembre de 2003, esta misma Ley N° 26842, Ley General de Salud, fue modificada en lo que respecta precisamente a los derechos de los pacientes. Quedando, el artículo 15°, de la siguiente manera:

- a. Ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad, sin discriminación de ningún tipo.
- b. Recibir atención médico-quirúrgica por emergencias y partos en cualquier establecimiento de salud público o privado, mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida o la salud de la persona, la madre o del niño, bajo responsabilidad administrativa o penal de sus directivos.
- c. Elegir libremente al médico o establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura del establecimiento escogido.
- d. Recibir atención por médicos que tengan libertad para realizar juicios clínicos y éticos, sin tener interferencia administrativa o de cualquier otra índole que pueda ser adversa al mejor interés del paciente.
- e. Recibir la información necesaria, en términos comprensibles, antes de ser sometida a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de urgencia en que se requiera aplicar dicho procedimiento.

Cuando el procedimiento ponga en riesgo la integridad y la vida de la persona es necesaria la autorización escrita del paciente. En caso de que el paciente no goce de capacidad para otorgar tal consentimiento, éste debe ser efectuado por el representante legal o por el familiar más directo o cercano.

- f. Recibir información, en términos comprensibles, acerca de su situación clínica: diagnóstico, riesgos, pronóstico, tratamiento, contraindicaciones, advertencias y mecanismos de acción de los medicamentos que se le prescriba y suministre. Luego de recibida la información puede formular su negativa a la aplicación de lo propuesto.
- g. Tener preciso y oportuno conocimiento de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- h. Recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento. Si no está en condiciones de hacerlo, lo asume el representante legal o el familiar más directo o cercano.
- i. Conocer el nombre del médico responsable y el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos, incluyendo la administración de los tratamientos.
- j. Exigir respeto a la confidencialidad de toda la información médica o personal, conste o no en la historia clínica, respetando la intimidad de la consulta, junta médica, interconsulta u otras acciones; a su seguridad personal y a no ser perturbado o puesto en peligro por personas ajenas al establecimiento y al paciente.
- k. Autorizar la presencia, en el momento de examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica.
- l. Solicitar la opinión de otro médico, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento.
- m. Ser visitado por sus familiares o por las personas que solicite. Las visitas deben efectuarse sin interferir las normas de los servicios o las indicaciones médicas específicas.
- n. No ser sujeto de investigación o ensayo terapéutico sin su consentimiento, informado y escrito.

- o. Que se respete el proceso natural de su muerte, sin recurrir ni a un abusivo acortamiento de la vida (eutanasia) ni a una prolongación injustificada y dolorosa de la misma (distanasia). (Énfasis del autor)
- p. No ser discriminada, por acción u omisión, en razón de cualquier tipo de discapacidad, enfermedad o padecimiento.
- q. Recibir información oportuna sobre medidas de Salud Pública a las que pueda acogerse.
- r. Que se le entregue el informe de alta al finalizar su estadía en el establecimiento de salud y, si lo solicita, la copia de la epicrisis.
- s. Recibir información y facilidades para la realización de las gestiones de orden legal o personal que se considere pertinentes.
- t. Conocer en forma detallada y oportuna los costos resultantes del cuidado médico.
- u. Recibir una indemnización por daño causado en los casos de error, negligencias, impericia u omisión que causen lesiones, invalidez temporal o permanente y/o muerte.  
A tal efecto quienes desempeñan actividades profesionales propias de la medicina deberán contar con un seguro obligatorio por responsabilidad en el ejercicio profesional, de acuerdo a las condiciones que se establezcan por decreto supremo.
- v. Recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales hayan sido advertidos al paciente.
- w. Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado o revocar su decisión.
- x. Que la discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento sean confidenciales y conducidos con la discreción que se merecen.

Nuevamente en setiembre de 2009, se llevó a cabo una modificación del artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de salud, mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y es la que se encuentra vigente actualmente, y señala:

Artículo 15°.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

#### 2.5.4 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

- a. A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3° y 39°, modificados por la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley general de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.
- b. A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.
- c. A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5° de la Ley de trabajo Médico.
- d. A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.
- e. A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

#### 2.5.5 ACCESO A LA INFORMACIÓN

- a. A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.
- b. A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.
- c. A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d. A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no

está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.

- e. A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f. A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- g. A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra a enfermedad.
- h. A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.
- i. A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

#### **2.5.6 ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD**

- a. A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
- b. A recibir tratamiento cuya eficacia o mecanismo de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.
- c. A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.
- d. A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.

- e. A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho. (Énfasis del autor)
- f. A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.
- g. A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de Salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.
- h. A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

### **2.5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:
- En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuados del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.
- Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que

visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

- A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

### **2.5.8 LOS DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL**

A lo largo de los últimos años, en varios países y organizaciones internacionales, este tema se ha trabajado con especial interés debido al aumento de presiones por los movimientos de la Eutanasia y el Suicidio Médicamente asistido. Igualmente, hace ya varias décadas se han dado pronunciamientos en relación a los derechos del paciente terminal, así:

En la declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente Adoptado por la 34<sup>o</sup> Asamblea Médica Mundial en Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47<sup>o</sup> Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995, se concretaron los Derechos del Paciente. En dicha Declaración, en el artículo 10<sup>o</sup> que contempla el Derecho a la dignidad, en el inciso c estipula que, 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.

Las Sociedades miembros de la Federación Mundial del Derecho a Morir, han elaborado sus “Derechos del Paciente Terminal” según las normas de cada país. En Noviembre de 1991, el Ministro de Salud de Colombia aprobó la Resolución 13437 sobre los Derechos del Paciente.

Los miembros de la Federación Mundial de Asociaciones pro Derecho a Morir actualmente constan de 46 organizaciones miembro provenientes de 27 países, siendo que únicamente Colombia y Venezuela, son los únicos países latinoamericanos que actualmente la conforman.

Habitualmente se conocen y difunden los derechos humanos en general y los derechos del niño y del anciano, del enfermo, del minusválido físico y mental, en particular, pero no se han incluido, como objeto de consideración, los derechos que le asisten a un ser

humano enfrentado a la realidad inminente de su muerte cerca, esto es, a un paciente para quien el tratamiento y la remisión sobrepasan las capacidades de la medicina curativa.

Las fundaciones “Omega” y “Pro Derecho a Morir Dignamente”, en Colombia, elaboraron los siguientes derechos para presentarlos en Bogotá, en el Simposio sobre los Derechos del Enfermo, en 1989.

El enfermo terminal tiene derecho a:

- Mantener hasta el final la misma dignidad y autovalor a que ha tenido derecho en la vida.
- Obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico, suministrada en forma considerada, en términos comprensibles y con tiempo suficiente para asimilarla.
- Participar en las decisiones referentes a su cuidado y a aceptar o rehusar drogas tratamientos o procedimientos.
- Expresar su voluntad en lo referente a las circunstancias que rodeen su muerte y a que esta sea respetada por familiares médicos.
- Conservar un sentimiento de esperanza, lo cual no equivale a que se le creen falsas expectativas.
- Que ni se aceleren ni se le posponga la muerte, lo cual incluye el derecho a no ser resucitado.
- Beneficiarse de alternativas más humanistas para su cuidado, que la frialdad que con frecuencia acompaña la creciente tecnología en lugares diseñados para casos agudos o críticos, o que el hacinamiento que otras veces acompaña a los albergues para ancianos y enfermos crónicos.
- Obtener alivio efectivo de su dolor y de sus síntomas, aún si los medicamentos o medidas requeridos para ello abreviaren el tiempo de vida restante.
- Que le sean satisfechas sus necesidades integralmente, sin olvidar nunca que detrás de ese ser muriendo, hasta el último instante, hay un ser humano.
- Recibir soporte psicológico para facilitar su adaptación a la fase terminal de su vida y a la inminencia de su muerte, bien este provenga de sus familiares, de las enfermeras, del médico o de un profesional de la salud mental, cuando ello sea necesario o factible.

- Que su familia, como parte directamente afectada por su muerte, sea atendida, respetada y cuidada.
- El enfermo terminal tiene derecho a conservar su individualidad, privacidad y pudor.
- No morir solo.
- Recibir asistencia, siempre que la necesite, y a que le sean respetadas sus creencias religiosas, cualesquiera que éstas sean.
- Ser cuidado por personas sensibles, preparadas y conscientes del difícil momento que atraviesa y de su obligación de ayudante en lo posible.
- Disfrutar de una vida con buena calidad hasta el final, criterio que debe prevalecer sobre la cantidad de vida.
- Morir con dignidad.

### **2.5.9 POBLACIÓN VULNERABLE**

- a. Enfermos terminales
- b. Pacientes con mal pronóstico que ingresan a UCI
- c. Niños extremadamente prematuros
- d. Pacientes tetraplégicos
- e. Pacientes con gran deterioro neurológico y psíquico
- f. Pacientes en estado vegetativo permanente

Los enfermos graves o en estado crítico generalmente se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en las cuales tanto en los enfermos recuperables como no recuperables se utilizan aditamentos y equipo sofisticado en diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Catéteres arteriales y venosos, sondas, monitores, respiradores, bombas de infusión, transfusiones, nutrición parenteral, antibióticos y drogas vaso activas, por mencionar algunos. Todas estas medidas no son inocuas, con frecuencia son invasoras, tienen riesgo, pueden ocasionar molestias y complicaciones, las que a su vez dan lugar a nuevas complicaciones que puedan terminar con la vida del enfermo.

En la distanasia o encarnizamiento terapéutico se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves, los que de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos son considerados terminales o no

recuperables, se continúan aplicando estas medidas fútiles a pesar de las molestias, riesgo, costo económico y moral, conducta que no tiene justificación técnica ni ética. El ingreso mismo de los enfermos a la UCI puede constituir una distanasia cuando por el número y gravedad de las insuficiencias órganos funcionales existen pocas probabilidades de recuperación, la valoración técnica, social y ética de estos pacientes.

El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina distanasia, que permite una muerte con dignidad estos pacientes pueden tratarse en hospitalización, cuartos aislados y aún en su domicilio.

## 2.6 LA DIGNIDAD

La dignidad es un valor significativo de la persona. En referencia a la palabra valor, se explica como una realidad que permite que el individuo persiga y como meta alcanzar en busca de su beneficio propio. Los valores u otros elementos de motivación absorbidos de la experiencia.

El propósito de la dignidad es llevar a sí mismo a un extremo de felicidad, como resultado final. Este resultado es obtenido a través, comúnmente, del bien.

Es así, como la dignidad de la persona siempre será respetada por medio del seguimiento de lo que el individuo siente, sabe, o descubre lo que debe hacer y que es bueno para encontrar la felicidad y permanecer en ella. Este concepto se ha estudiado desde las épocas humanistas hasta la actualidad, hablar de dignidad no es hablar de tu dignidad, ni de la mía, sino es hablar de “nuestra dignidad”, porque es un concepto que le pertenece a la comunidad, ya que se preocupa por la comunidad en la formación y cuidado del ser humano.

## 2.7. MARCO CONCEPTUAL:

**ENFERMEDAD.**-“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS: 1946).

El Diccionario de la Lengua Española define la enfermedad como “alteración más o menos grave de la salud”.

**ENFERMEDAD CRÓNICA.-** Según la OMS, las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardiacas los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes (DICCIONARIO DE BIOÉTICA: 2011).

**ENFERMEDAD TERMINAL.-** Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

**MUERTE.-** El evento de la muerte es la culminación de la vida en un organismo vivo, mientras que el estado es lo que sucede a dicho evento. Dicho en términos médicos: el evento equivale al juicio diagnóstico de muerte clínica; el estado al pronóstico que se deriva del diagnóstico; el estar muerte sin posibilidad de retorno a la vida, y en una situación que ha de conducir necesariamente a la desestructuración orgánica total del cuerpo: la putrefacción del cadáver en un tiempo inmediato.

**MUERTE DIGNA.-** Significa no verse sometido a una medicina “enseñada” y “obstinada” en la fase de la vida, y tener el derecho a rechazarla. En este caso morir con dignidad significa negarse a someterse a prestaciones ya inútiles que nada tienen que ver con la lucha por la vida.

## 2.8. ANTECEDENTES:

**SEGÚN BARCELLOS DE MENEZES Y COLS (2009) MENCIONA LO SIGUIENTE:** La distansia significa muerte lenta, con sufrimiento y sin calidad de vida. En esta investigación se buscó conocer si los enfermeros identifican la distansia como parte del proceso final de la vida de personas en estado terminal, internadas en una UCI para adultos. El estudio es de naturaleza exploratoria, con abordaje cualitativo.

Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada con 10 enfermeros con un mínimo de un año de experiencia en UCI; los datos fueron interpretados por el análisis de contenido. Se obtuvo como resultado que los enfermeros comprenden e identifican la distansia y se oponen a la misma, presentando elementos de

ortotanasia como procedimiento adecuado para pacientes en estado terminal. Se concluye que los enfermeros interpretan la distanasia como el prolongamiento de la vida con dolor y sufrimiento, en el cual los pacientes terminales son sometidos a tratamientos fútiles que no traen beneficios. También identifican la distanasia, usando elementos de la ortotanasia para hacerla explícita. Hasta finales del siglo pasado, poco podía hacer el médico por su paciente cuando éste se enfrentaba con una probable muerte. La mayoría de las personas moría por infecciones intratables: neumonía, tuberculosis, etc. Desde hace unas décadas la situación ha cambiado de modo radical; aquellas enfermedades han sido controladas y ahora las causas de muerte son principalmente enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales ““como las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares o el cáncer-, que se presentan en personas de edad, suelen ser progresivas durante varios años antes de la muerte y son susceptibles de diversos tratamientos que prolongan a veces la vida por largos periodos. Hoy día el personal sanitario puede ejercer un control más eficaz en las situaciones límite, pero también a veces puede prolongar inútilmente la vida de estos pacientes. Estos hechos han ocasionado una serie de problemas hasta hace unos años impensables.

**SEGÚN VALERY Y TORCA (1991) MENCIONA LO SIGUIENTE:** Su tesis llamado ética, política, derechos y situaciones de muerte es de gran ayuda ya que sirve de gran orientación de manera directa o indirecta con el tema planteado además de estudiar situaciones similares con el objeto de la investigación ellos establecen que pasa con los derechos de las personas enfermas.

Los derechos de las personas enfermas se han visto terriblemente afectados como consecuencia de la crisis económica; no solamente los pacientes del tercer nivel de atención (hospitalizados) sino también los enfermos ambulatorios del primero y segundo nivel, han padecido por diversas razones tales como el desmesurado incremento de las medicinas y la inaccesibilidad a ciertas técnicas diagnósticas en razón de sus costos lo cual ha empezado a afectar incluso a los pacientes amparados por el seguro social obligatorio.

Cada día es más notoria la condicionalidad de derecho a la salud, puesto que si ejercicio depende de las posibilidades de las instituciones y no de la fuerza moral del hecho que lo

fundamenta que es el respeto por la dignidad de la persona el cual se encuentra especialmente realizado cuando esta se haya en situación de enfermedad.

**SEGÚN RODRÍGUEZ (2002) MENCIONA LO SIGUIENTE:** La revista ARS MEDICA de la universidad católica de Chile el enseñamiento terapéutico también llamado distanasia, es muy probable que una de las causas que actualmente en mayor medida motivan la solicitud de muerte que hacen ciertos enfermos a sus familias o quienes le son cercanos, está constituida por la tendencia cada vez más marcada de la medicina de no aceptar su incapacidad para curar ciertos tipos de enfermedades lo que le sirve de justificación para someter a ciertos pacientes a terapias inútiles, dolorosas y en extremo onerosas al punto de aumentar en ello la desesperación, el dolor y la sensación de indignidad.

A tal situación, que implica el tratamiento forzado e inútil, el dolor la insistencia de la medicina en una situación insalvable se le ha dado nombre de la distanasia. También se le llama enseñamiento terapéutico o por otros autores encarnizamiento terapéutico la cual se caracteriza por el sistemático empleo de medios extraordinarios y desproporcionados para mantener la vida del paciente a toda costa sin detenerse a considerar los costos psicológicos, físicos, económicos y morales que ello representa para este y para su familia. La distanasia representa un severo atentado contra el paciente sus derechos y su dignidad que se ha transformado paulatinamente una de las justificaciones principales de la solicitud de eutanasia.

**SEGÚN ANDRADE Y HUÉRFANO (2009) MENCIONAN LO SIGUIENTE:** En su tesis titulada estudio sobre los fundamentos de la legislación de los países bajos y de España sobre el derecho a una muerte digna y su posible aceptación en la legislación, en este sentido el derecho a una muerte digna ha sido aceptado o rechazado a lo largo de los años por las distintas legislaciones de los países del mundo, se tienen legislaciones que la han aceptado como es el caso de los países bajos y España. El propósito de dicha investigación fue estudiar la posible aprobación en la legislación venezolana sobre la muerte digna su metodología se basó en un documento descriptivo es importante señalar que gracias a esta investigación se llegó a la conclusión de que el derecho a morir con dignidad puede ser aceptado en Venezuela.

**SEGÚN VILLALOBOS (2007) MENCIONA LO SIGUIENTE:** La muerte delito o derecho, la muerte asistida como institución jurídica en Venezuela ha sido durante décadas erróneamente incluida en la esfera de regulación del delito de homicidio intencional simple. Con el progreso de derechos específicos como la libre disposición del propio cuerpo, el libre desarrollo de la personalidad y sobre todo el derecho a la auto determinación.

El propósito de esta investigación fue determinar la muerte asistida como delito o derecho pretendiendo dictar además lineamientos para el futuro que puedan inspirar una legislación especial y efectiva para la regulación de la muerte asistida como institución del derecho. Así mismo contando con el debido consentimiento y el derecho a ser informado.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1 DISEÑO METODOLÓGICO:

##### 3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo, documental y jurídica ya que su objetivo es lograr la descripción del tema de estudio utilizando el método de análisis y de esta manera el problema jurídico se desglosa para obtener la in formación de sus diferentes fuentes, conceptos sobre las ideas expuestas ofreciendo de esta manera una mayor amplitud de una norma o institución jurídica.

##### 3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación de acuerdo a la finalidad que persigue, su nivel fue de naturaleza Descriptiva - Explicativa.

##### 3.1.3 MÉTODOS

- **MÉTODO CIENTÍFICO:** Con la hipótesis establecida y bajo la investigación de hechos reales, será posible la comprobación de la misma, siguiendo cada uno de los lineamientos de este proceso.
- **MÉTODO IUSOCIOLÓGICO:** Se analizara la problemática existente en Perú sobre el incremento de las personas que padecen enfermedades terminales con carácter irreversible y que al momento de encontrarse en su fase terminal no se toma en cuenta su voluntad, prevaleciendo la opinión del doctor y de los familiares del mismo.
- **MÉTODO IUSNATURALISTA:** Partiendo del derecho natural lo que es justo para el hombre por naturaleza del mismo, sin dañar la libertad para establecer una norma, tomando en cuenta la dignidad de la persona y respetando su ser.
- **MÉTODO HISTÓRICO:** Apoyando la investigación desde las raíces históricas y analizando sus variantes de acuerdo a las diferentes épocas y circunstancias hasta la actualidad.
- **MÉTODO DEDUCTIVO A INDUCTIVO:** El material de la investigación parte de lo general a lo específico.

### **3.1.4 LAS TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA PRESENTE TESIS SON LAS SIGUIENTES:**

- **TÉCNICA DOCUMENTAL:** Debido a que recopilaremos datos de distintos documentos realizados por obra del hombre, los cuales conservan huellas y son indicio que nos revelan y enseñan conocimientos.
- **TÉCNICA BIBLIOGRÁFICA:** El uso de libros publicados, los cuales serán de consulta para poder desarrollar el tema.
- **TÉCNICA DE FUENTES ELECTRÓNICAS:** Con el uso de la computadora así como la navegación por el sistema de internet, para la búsqueda de información sobre el tema de investigación, como de revistas como y libros publicados en el sistema en fuentes de credibilidad.

## **3.2 OBJETIVOS**

### **3.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los efectos jurídicos de la distansia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana así como la manera en que debe estar regulado en nuestra legislación nacional.

### **3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**OE1.** Determinar los efectos jurídicos de la distansia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana.

**OE2.** Proponer regulación de la distansia en nuestra legislación nacional en razón a la dignidad de la persona.

## **3.3 HIPOTESIS**

### **3.3.1 HIPÓTESIS GENERAL**

La falta de una legislación nacional respecto a la distansia desde el punto de vista del empirismo normativo ha provocado negativamente efectos jurídicos lo que conlleva a que se cometan atentados contra la dignidad de la persona al prolongar su muerte ante una enfermedad terminal del paciente por parte de los agentes de la salud.

### 3.3.2 HIPÓTESIS ESPECIFICAS

**HE1.-** La legislación penal peruana sobre la distancia al estar ausente provoca que exista empirismo normativo en el ámbito administrativo, ya que los agentes de la salud al prolongar la vida de un paciente con una enfermedad terminal lo único que provoca es el atentado contra la muerte digna y por ende existe violencia contra la persona.

**HE2.-** Debe incluirse un tipo penal específicos en el código penal para regular la responsabilidad penal médica en casos de distanasia, así como también regular los límites de un prolongamiento de la vida con el único interés del respeto de la dignidad humana.

**3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

<b>Tipo de variable</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instrumentos</b>
Independiente	Distanasia	Es el tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados.	Salud Proceso Derechos	Enfermedad terminal Distanasia Estado	Cuestionario Encuesta Diagnóstico médico. Informe Clínico del estado del paciente.
Dependiente	Legislación Peruana	Conjunto de Leyes en las cuales se rige el Estado Peruano.	Normativa Derechos	Vida digna Legislación peruana	Cuestionario Encuesta
Dependiente	Dignidad de la persona	La dignidad humana radica en el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser.		Derechos Fundamentales de la persona.	Tratado de derechos humanos internacionales
Dependiente	Estado terminal	Enfermedad que no puede ser curada o tratada de manera adecuada, y se espera como resultado la muerte del paciente, dentro de un período corto de tiempo.		Estado del paciente. Historia Clínica del paciente. Diagnóstico y Pronóstico del paciente.	Diagnóstico médico. Informe Clínico del estado del paciente.

**Fuente:** Elaboración propia

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### **EFFECTOS JURÍDICOS DE LA DISTANASIA EN EL PERÚ Y SU REGULACIÓN DENTRO DEL PRINCIPIO DE RESPETO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA**

##### **4.1 Examinar los aspectos éticos de la vida y la muerte, en el proceso natural del ser humano en relación a la distanasia, según el ordenamiento jurídico peruano**

En el resultado del presente estudio se corresponden con los criterios de los diferentes autores. Los aspectos éticos de la vida y la muerte como proceso natural en torno al ser humano. En este sentido los aspectos éticos de la vida y la muerte fundamentándolos con muchos factores culturales e históricos de igual manera fundamentándolo constitucionalmente con la dignidad de las personas en sus derechos inherentes conforme a los objetivos trazados con base a los diferentes instrumentos utilizados respectivamente.

Es así que los resultados se desprenden del primer objetivo: Determinar los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana así como la manera en que debe estar regulado en nuestra legislación nacional.

Cabe destacar que los aspectos éticos de la vida y la muerte en el proceso natural es de mucha importancia ya que las diferentes acepciones de los aspectos éticos sobre la vida y la muerte se encuentran entrelazados y los mismos pueden ser abordados por ser un pilar fundamental y estructural en el proceso natural de los seres humanos.

Al final de la vida la opinión individuo debe ser principal y tomado en cuenta ya que debe ser valorada por estar en la fase final de su vida; el sentido común, el compromiso con la justicia y la actitud compasiva y humanitaria tienen grandes posibilidades de llegar a una situación correcta. La conducta ética tiene como virtud fundamental la fortaleza que se determina como firmeza cuando va orientada a la vida del propio sujeto, como generosidad cuando va orientada a la vida de los demás individuos humanos la cuestión originaria y radical es la muerte misma, que es una buena muerte o que es una buena vida. Si la vida no adquiere el sentido de vida que hay que vivir en todas sus fases, mantenimiento en cada una de ellas una calidad humana, la ética no lograra frenar ni los impulsos hacia el encarnizamiento terapéutico ni las soluciones eutanásicas que a falta de

un sentido para vivir la fase terminal de la vida, aparecen como la salida más humana para las situaciones intolerables.

Según Torres (2011), la vida es una unidad dotado de vida y del potencial genético de ser persona. Es una vida personal de un ser irrepetible en cuyo poder esta su propio destino con la capacidad para comunicarse y con la capacidad de entregarse. La vida humana es más que un hecho biológico, don o un misterio. Es un acontecimiento que no admite categorías ni clasificaciones y mucho menos preferencias a favor de uno sobre otro.

Según Guzmán (2007), la ética fundamentalmente una disciplina filosófica practica y reflexiona acerca de la vida del hombre en el ámbito social y en sus relaciones con los demás hombres. La definición etimológica de ética se deriva de la palabra griega *ethos* y uno de los primeros en utilizar este vocablo fue Homero quien entendía a *ethos* como un lugar habitado por los hombres y animales.

La ética es fundamental para la vida del hombre y es expresión de su racionalidad que le permite la vida en sociedad, este término se relaciona con la palabra *mos* de donde deriva moral que significa costumbre o habito en el sentido de un conjunto de reglas y normas adquiridas por la costumbre, tomando en consideración los aspectos anteriormente señalados podemos definir a la ética como una disciplina que reflexiona acerca del comportamiento moral.

Entendiendo por moral el conjunto de costumbres que rigen la conducta del individuo en sociedad. Una de las características que define la moral es que forma parte de la vida humana concreta y tiene su fundamento en las costumbres diferencia de la ética que se define fundamenta en un análisis racional de la conducta moral que tiene como finalidad la búsqueda de preceptos universales.

Es importante destacar que aunque existe una estrecha relación entre ética y moral esta relación es la que establece entre una disciplina y su objeto de estudio debido a la que la ética no puede crear la moral porque esta surge como consecuencia de la vida social del hombre y es la ética que reflexiona acerca de la moral.

En este sentido la ética y su objetivo Guzmán (2007), establece una de las características que define a una disciplina científica o ciencia es a existencia de un objeto de estudio que representa su razón de ser. Al referirnos a la ética, su objeto de estudio está representado por la moral y de allí se puede definir la ética como la disciplina filosófica que tiene por objeto el estudio y la reflexión acerca de la moral.

Según el Boletín del comité de bioética del centro médico del occidente (2004), la dignidad humana no se considera un postulado social y o jurídico sino ético-religioso. De hecho y de antiguo la dignidad humana no fue considerada atributo de las especies si no privilegio de clases y sujeta a restricciones de índole moral.

Según Torres (2011), la muerte puede asumirse como la conclusión del proceso vital. Para la medicina, existen dos tipos de muerte una que ocurre tempranamente y otra que ocurre a tiempo al final de la vida en la cercanía de esperanza de vida más probable para una sociedad en un momento histórico y en condiciones de vida específica en la primera es donde el quehacer médico debe centrarse en cómo luchar contra la muerte en el cumplimiento de su misión, en la segunda en la que con frecuencia se encuentra referencias como muerte natural, es la muerte que se sucede en las cercanías de una esperanza de vida a consecuencia de una enfermedad que lleva el deceso a quien sufre. El morir comprende el conjunto de cambios que comienza a suceder en lo orgánico, lo emocional y lo espiritual de un ser humano una vez que se está ante la presencia cierta de la propia muerte a causa de una enfermedad que ha rebasado la capacidad de la medicina y de los servicios de salud para ser controlada y que por tanto conduce a quien padece su muerte.

Según Bear (2003), el término de tanatología” la ciencia de la muerte”, fue considerada una rama de la medicina forense que trataba de la muerte de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico- legal en 1930 como resultado de grandes avances en la medicina empezó un periodo que confinaba la muerte a los hospitales y en la década 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias de modo que la sociedad de la época escondió la muerte en un afán de hacerla menos visible para no recordar los horrores de la guerra que acababa de terminar.

Después de la década de 1960 se realizaron estudios serios que muestra que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuida a solo un 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte es algo sin importancia ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado de tal manera que fue relegada y se le considero insignificante.

La doctora Elisabeth Kubler Ross se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan al enfermo en fase terminal durante el proceso de muerte por lo que define a la tanatología moderna como una “instancia de atención al moribundo” por ello es considerada la fundadora de esta nueva ciencia. Con su labor dicha psiquiatra hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad y para tal fin crea clínicas y hospitales cuyo lema es “ayuda a vivir a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.

#### **4.2 Determinar los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana**

En la actualidad, la mayoría de las personas no mueren de una manera brusca e inesperada, sino que lo hacen en las camas de los hospitales o en su domicilio, siendo tratadas por profesionales de la salud.

Los cuidados médicos en pacientes en estado terminal son uno de los temas más discutidos, no sólo en la literatura médica reciente, sino también en el campo jurídico, político, ético y en los medios de comunicación.

Hasta finales del siglo pasado, poco podía hacer el médico por su paciente cuando éste se enfrentaba con una probable muerte. La mayoría de las personas moría por infecciones intratables: neumonía, tuberculosis, etc. Desde hace unas décadas la situación ha cambiado de modo radical; aquellas enfermedades han sido controladas y ahora las causas de muerte son principalmente enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales ““como las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares o el cáncer, que se presentan en personas de edad, suelen ser progresivas durante varios años antes de la muerte y son susceptibles de diversos tratamientos que prolongan a veces la vida por largos periodos. Hoy día el personal sanitario puede ejercer un control más eficaz en las situaciones límite, pero también a veces puede prolongar inútilmente la vida de estos

pacientes. Estos hechos han ocasionado una serie de problemas hasta hace unos años impensables.

Siendo pues un hecho frecuente la atención sanitaria de los pacientes terminales, generalmente en centros hospitalarios, sorprende la incomodidad del médico y de la enfermera ante este tipo de pacientes. Ciertamente, cuando la actuación no está orientada a curar la enfermedad o prolongar la vida, el personal sanitario parece encontrarse sin contenido. Se invocan diversas razones para explicar esta actitud frente al enfermo terminal: ausencia de preparación, reacciones personales (ansiedad, sentimiento de culpa, rechazo personal, incapacidad vocacional) y dedicación preferente a otros enfermos con mejores perspectivas. También contribuyen factores institucionales como la relación coste-resultados, la planificación social, etc. De esta manera se produce un vacío asistencial en la atención a estos enfermos, originándose un grave problema para la Medicina actual, no siempre bien resuelto.

No es de extrañar que se hayan presentado diversas soluciones. Una de ellas ha sido la de reclamar la legalización de la eutanasia, que puede considerarse como la acción u omisión que, por su propia naturaleza, o en sus intenciones, procura la muerte, con la finalidad de eliminar todo dolor y sufrimiento.

#### **4.3 Proponer la regulación de la distanasia en nuestra legislación nacional en razón a la dignidad de la persona.**

##### **5.3.1 El respeto a la autonomía del paciente a partir de la dignidad humana**

El análisis tiene que permitirnos conocer dos conceptos fundamentales por un lado el concepto de autonomía y por otro el de dignidad humana. Ambos conceptos serán desarrollados con el apoyo de la bioética y los derechos humanos.

La dignidad humana es un aspecto que está ligado a la persona, entendiéndose a esta todo individuo de la raza humana, es decir que todo ser humano es persona. La dignidad es la excelencia, decoro, importancia y distinción de la que gozan las personas, es inherente al ser humano y está vinculada con el actuar de cada individuo.

Martínez habla también de dignidad como una característica que tiene el ser humano por el solo hecho de ser tal, y que es previo a la dignidad. Entonces todos los seres humanos

son igualmente dignos, y a pesar de que la dignidad se relaciona directamente con el obrar, una persona nunca deja de ser digna, o es menos digna que otra.

Dentro de la doctrina se distinguen dos tipos de dignidad aquella que es intrínseca y la que es de carácter extrínseca. La dignidad intrínseca u ontológica es aquella que se considera universal y común a todas las personas es inherente e inalienable al ser humano; mientras que la dignidad extrínseca o moral a pesar de tener su fundamento en la dignidad ontológica, necesita ser reconocida es decir que es ganada a través de la interacción social.

La bioética gira en torno a cuatro principios: el principio de beneficencia; no maleficencia; justicia y autonomía. Estos principios sirven como una guía para el actuar de los profesionales.

Ossorio, en su Diccionario de Ciencias Jurídicas políticas y sociales, define la autonomía de la siguiente manera: Condición del individuo de que nadie depende en ciertos aspectos. Es decir que la autonomía se refiere a aquellas acciones o decisiones que una persona realiza sin influencia externa, haciendo uso de su propio razonamiento y conciencia. Según Beauchamp existen dos elementos importantes que componen a la autonomía, por un lado la libertad, que es la independencia de influencias que puedan controlar las decisiones de una personas y por otro lado la agencia entendida esta como la capacidad para actuar intencionalmente.

Entonces se puede decir que la autonomía en derecho se asimila a la capacidad legal. La definición de capacidad legal se encuentra en el inciso 2 del artículo 1461 del Código Civil como “el poder de una persona para obligarse por sí misma y sin el ministerio o la autorización de otra”.

En el mismo cuerpo legal se determina que toda persona es capaz, excepto aquellas que la ley declara como incapaces. Los incapaces se dividen en dos grandes grupos: por un lado incapaces relativos son aquellos cuyos actos surten efectos jurídicos bajo ciertas circunstancias; por otro lado incapaces absolutos son las personas cuyos actos no surten efecto jurídico alguno.

La autonomía viene dada en grados y se relaciona directamente con el tipo de decisiones que la persona deba tomar en otras palabras una persona puede estar capacitada o no para tomar determinadas decisiones.

Una de las teorías utilizada como modelo por la bioética para medir el grado de capacidad del paciente viene dada por J. Drane y se denomina “escalamóvil” ya que depende de una serie de condiciones. La escala móvil tiene tres niveles determinados en función del riesgo y consecuencias de las decisiones que tomara el paciente: 1. Conciencia de la situación y asentamiento sobre las opciones propuestas al paciente. 2. Comprensión de la situación y tratamiento médico y capacidad de elección basada en expectativas y 3. Comprensión de la enfermedad y tratamiento y decisión racional basada en consideraciones relevantes como creencias y valores morales.

Esta escala permite evaluar al nivel del estado mental del paciente y sirve para determinar la capacidad o incapacidad para tomar ciertas decisiones pertenecientes a cada nivel.

Finalmente el vínculo existente entre la dignidad humana y la autonomía del paciente fue dictada por Kant quien considera que la autonomía es el fundamento de la dignidad humana. Aquel vincula se evidencia con las decisiones que el paciente toma sobre sí mismo, teniendo en cuenta aquello que le es favorable y aquello que no lo es. Respetar las decisiones del paciente es también respetar su dignidad, es un límite para evitar que la medicina y la biotecnología tomen decisiones torcidas. El respeto a la dignidad comprende que si bien cada ser humano es igual por naturaleza también dentro de ese universo, cada ser humano es único.

#### **4.3.2 Límites a la disposición de la vida humana**

Realizando un análisis para comprender de mejor modo los límites a la disposición a la vida humana, primero se debe determinar en qué consiste la vida.

La vida como bien lo explica Flores, va más allá del hecho biológico de la simple existencia comprende también el sentido que se le da a esta partiendo del cumplimiento de necesidades de índole natural y social.

La vida es un bien jurídico objeto de protección Constitucional en nuestro país el hablar de vida nos referimos a un derecho fundamental del que se desprenden otros varios como el derecho al agua a la alimentación y el derecho a la salud entre otros todos estos dirigidos a preservar la vida humana y la calidad de vida de las personas.

En concordancia con lo establecido en líneas anteriores la declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 5 menciona que ninguna persona será sometida a torturas ni a tratos crueles inhumanos o degradantes (Declaración Universal de Derechos Humanos) dicho de otra manera en el referido instrumento se prevé la protección contra atentados a integridad personal.

Es acertado decir que el derecho a la vida y la calidad de vida guardan un vínculo muy estrecho es por eso que Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado las condiciones que hacen posible el desarrollo personal basadas en la calidad de vida.

Como conclusión a lo referente al derecho a la vida se puede decir que una combinación de varios factores. Por un lado es necesario proteger la integridad personal en su acepción física, psíquica y moral por otro lado también es indispensable dotar a la persona de aquellas condiciones que hacen posible el ejercicio de una buena calidad de vida.

Una vez esclarecido el derecho a la vida cabe la siguiente pregunta, ¿está el ser humano obligado a vivir? Para responder esta incógnita es necesario determinar en qué consiste un derecho y en que consiste un deber conceptualizando jurídicamente Lastra en su artículo Conceptos Jurídicos:

Un deber consiste en la obligación jurídica que tiene el individuo de comportarse de cierta manera.

En conclusión de la definición que se ha dado se puede destacar que un derecho es de carácter facultativo mientras que un deber se refiere a una obligación. Entonces respondiendo a la pregunta formulada en párrafos anteriores la vida es un derecho ya que nadie puede obligar a una persona a continuar con su vida. No obstante la vida se vuelve en un deber para aquellos que están encargados de mantenerla en este caso los médicos.

Por lo tanto las personas no tienen la obligación de vivir, pero tienen la obligación de respetar la vida de terceros.

#### **4.4 La dignidad como característica principal del Estado Constitucional de derechos y justicia**

La primera actitud que sugiere la consideración de la dignidad de todo ser humano es la de respeto y rechazo de toda manipulación: frente a él no podemos comportarnos como nos conducimos ante un objeto, como si se tratara de una "cosa", como un medio para lograr nuestros fines personales.

##### **Principio de Respeto**

En toda acción e intención, en todo fin y en todo medio, trata siempre a cada uno - a ti mismo y a los demás- con el respeto que le corresponde por su dignidad y valor como persona.

Todo ser humano tiene dignidad y valor inherentes, solo por su condición básica de ser humano. El valor de los seres humanos difiere del que poseen los objetos que usamos. Las cosas tienen un valor de intercambio. Son reemplazables. Los seres humanos, en cambio, tienen valor ilimitado puesto que, como sujetos dotados de identidad y capaces de elegir, son únicos e irremplazables. El respeto al que se refiere este principio no es la misma cosa que se significa cuando uno dice "Ciertamente yo respeto a esta persona", o "Tienes que hacerte merecedor de mi respeto". Estas son formas especiales de respeto, similares a la admiración. El principio de respeto supone un respeto general que se debe a todas las personas. Dado que los seres humanos son libres, en el sentido de que son capaces de efectuar elecciones, deben ser tratados como fines, y no únicamente como meros medios. En otras palabras: los hombres no deben ser utilizados y tratados como objetos. Las cosas pueden manipularse y usarse, pero la capacidad de elegir propia de un ser humano debe ser respetada. Un criterio fácil que puede usarse para determinar si uno está tratando a alguien con respeto consiste en considerar si la acción que va a realizar es reversible. Es decir: ¿querrías que alguien te hiciera a ti la misma cosa que tú vas a hacer a otro? Esta es la idea fundamental contenida en la Regla de Oro: «trata a los otros tal como querrías que ellos te trataran a ti».

**Principios de No-malevolencia y de Benevolencia**

«En todas y en cada una de tus acciones, evita dañar a los otros y procura siempre el bienestar de los demás».

**Principio de doble efecto**

«Busca primero el efecto beneficioso. Dando por supuesto que tanto en tu actuación como en tu intención tratas a la gente con respeto, asegúrate de que no son previsibles efectos secundarios malos desproporcionados respecto al bien que se sigue del efecto principal» El principio de respeto no se aplica sólo a los otros, sino también a uno mismo. Así, para un profesional, por ejemplo, respetarse a uno mismo significa obrar con integridad.

**Principio de Integridad**

«Compórtate en todo momento con la honestidad de un auténtico profesional, tomando todas tus decisiones con el respeto que te debes a ti mismo, de tal modo que te hagas así merecedor de vivir con plenitud tu profesión». Ser profesional no es únicamente ejercer una profesión sino que implica realizarlo con profesionalidad, es decir: con conocimiento profundo del arte, con absoluta lealtad a las normas deontológicas y buscando el servicio a las personas y a la sociedad por encima de los intereses egoístas. Otros principios básicos a tener presentes son los de justicia y utilidad.

**Principio de Justicia**

«Trata a los otros tal como les corresponde como seres humanos; sé justo, tratando a la gente de forma igual. Es decir: tratando a cada uno de forma similar en circunstancias similares». La idea principal del principio de justicia es la de tratar a la gente de forma apropiada. Esto puede expresarse de diversas maneras ya que la justicia tiene diversos aspectos. Estos aspectos incluyen la justicia substantiva, distributiva, conmutativa, procesal y retributiva.

**Principio de Utilidad**

«Dando por supuesto que tanto en tu actuación como en tu intención tratas a la gente con respeto, elige siempre aquella actuación que produzca el mayor beneficio para el mayor número de personas». El principio de utilidad pone énfasis en las consecuencias de la acción. Sin embargo, supone que has actuado con respeto a las personas. Si tienes que

elegir entre dos acciones moralmente permisibles, elige aquella que tiene mejor resultado para más gente.

#### **4.5 Utilización del consentimiento informado como una manera de ejercer el derecho a la muerte digna**

El consentimiento informado puede definirse “como la conformidad o asentimiento del paciente (y/o padre, tutor o encargado) a recibir un procedimiento médico o intervención quirúrgica luego de haber recibido y entendido toda la información necesaria para tomar una decisión libre e inteligente”, o también “es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. El sujeto participante expresará su consentimiento por escrito o, en su defecto, de forma oral ante un testigo independiente del equipo de investigadores, que lo declarará por escrito bajo su responsabilidad”.

El Manual de Ética del Colegio de Médicos de Estados Unidos (1984), sostiene que el consentimiento informado “consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente ser seguida sin coerción; el médico o especialista no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”.

En la actualidad “está bien establecido desde el punto de vista ético y legal que el paciente tiene el derecho a ser informado sobre el tratamiento, sus alternativas, los riesgos y los beneficios, para así poder tomar las decisiones que le atañen, lo que incluye su negativa a cualquier tratamiento, incluso cuando esa negativa pueda tener como consecuencia su muerte”.

##### **4.5.1 Historia del consentimiento informado**

Los derechos del enfermo no siempre fueron respetados en la historia de la medicina. En muchos sentidos, hubo épocas donde lo que más interesaba era la perspectiva médica independientemente de los resultados, positivos o negativos, que hubiese en el paciente.

Muchos son los acontecimientos que han ocurrido, que han llevado a plantearse el tema del consentimiento informado como un derecho, algunos de sus principales hitos son:

- 1773: Se escribe la Declaración de Filadelfia, donde se presentan los primeros antecedentes del derecho a la decisión terapéutica y del consentimiento por parte de los pacientes.
- 1803: Thomas Percival escribe su *Ética Médica* donde expresa que el médico debe asegurarse de que el paciente y los familiares tengan la información adecuada sobre el estado del enfermo para proteger de esta manera sus intereses.
- 1905: Un tribunal norteamericano, en el juicio *Mohr vs Williams* falló en favor de Anna Mohr, quien autorizó la intervención quirúrgica de su oreja derecha, sin embargo, fue operada en la izquierda. La enferma tuvo pérdida en su capacidad auditiva. El tribunal condenó al médico Williams por agresión, y sentenció que “ningún médico podía violar la integridad corporal del paciente sin mediar su consentimiento”.
- 1906: En otro caso, ocurrió también en Estados Unidos, un juez rechazó el alegato de un médico que sostenía que su paciente, una vez bajo su cuidado, estaba obligada a aceptar el procedimiento que él determinase aplicar, en el caso tratado, la extirpación del útero. En este caso no existía autorización expresa ni conocimiento por parte de la paciente. El médico fue condenado por agresión.
- 1914: Se produjo en el Tribunal de Nueva York una de las sentencias jurídicas emblemáticas en relación a este tema. A un paciente le fue extirpado un tumor fibroide del abdomen, era una operación diagnóstica (una laparotomía exploradora), previamente el paciente, de manera explícita había expresado que no quería ser operado. En el fallo se estableció que “todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se pueden reclamar legalmente daños”.
- 1931: Irónicamente en Alemania, se sentaron bases de jurisprudencia al establecerse que los médicos tenían la obligación de obtener el consentimiento de los pacientes para realizar experimentos científicos con ellos, situación que los

médicos nazis ignoraron completamente en su praxis profesional, especialmente con prisioneros de campos de concentración.

- 1947: A raíz de los crímenes cometidos en el Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial y de los campos de concentración de la Alemania nazi se estableció el denominado “consentimiento voluntario”. Además, ese mismo año a propósito de los juicios de Nuremberg, se estableció el primer documento sobre procedimientos y reglas internacionales donde se relacionó específicamente ética médica y Derechos Humanos. El documento fue adoptado por las Naciones Unidas en 1948.
- 1957: Se introduce por primera vez el término “consentimiento informado” a raíz de la sentencia del caso *Salgo vs Stanford* en Estados Unidos.
- 1962: Después que nacieran más de 8.000 bebés deformes, a consecuencia de que sus madres habían tomado una píldora tranquilizante llamada “talidomida”, se estableció un Proyecto de Ley de Derechos del Consumidor que señalaban el derecho a la seguridad, el derecho a ser informado, el derecho a elegir y el derecho a ser oído.
- 1964: Se establecieron las Declaraciones de la Asociación Médica Mundial reunidas en Helsinki. Las mismas que fueron ratificadas y ampliadas en Tokio (1975) y en Manila (1980). Con dichas declaraciones se estableció que los varones y mujeres no pueden ser un simple medio de instrumento de análisis científico.
- 1972: En el Distrito de Columbia, específicamente a raíz del juicio *Canterbury vs Spence*, se afirma el consentimiento informado no se proporcionó adecuadamente al paciente.
- 1981: La Corte Suprema de Canadá estableció jurisprudencia en un sonado caso de mala información a un paciente al establecer que “los defectos relativos al consentimiento informado del paciente cuando se trata de su elección libre e informada sobre el sometimiento o el rechazo a un adecuado y recomendable tratamiento médico, constituyen infracciones del deber de cuidado exigible al médico”.
- 1989: La Corte Suprema del estado de Missouri, reconoció el derecho de un paciente a rechazar un tratamiento amparado en el derecho al consentimiento informado.
- 2006: Una investigación en Gran Bretaña, señala que la mayoría de los pacientes firma el consentimiento informado, más como un acto protocolar formal, antes que

entendiendo lo que implica. El informe señala que falta más compromiso médico en el tema y mayor conocimiento de los enfermos sobre sus derechos.

Como se puede apreciar, se han dado pasos gigantes desde el paternalismo vertical de la medicina, hasta la participación informada del paciente.

#### **4.5.2 El proceso de toma de decisiones: participación de pacientes, doctores y familiares**

##### **1. Autonomía del paciente**

La autonomía es un concepto introducido por Kant en la ética. Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la Ética Kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En bioética tiene un sentido más concreto y se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo y por lo tanto la vida y la muerte de los seres humanos. Este concepto se nutre de diversas disciplinas que se interesan por el respeto del ser humano, de sus derechos y de su dignidad.

La autonomía es una expresión de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos. El problema actual que algunos autores norteamericanos tratan de resolver es equilibrar en el análisis bioético los principios de autonomía con los de justicia y beneficencia, en un sistema que ha privilegiado de modo unilateral la autonomía del paciente. Se busca ahora una “beneficencia no paternalista” que pueda sustentar un sistema de salud más humanizado, y una medicina que no esté simplemente a la defensiva ante los derechos cada vez más exigentes de los pacientes.

Es así, que la situación se ha transformado, de una relación verticalista, de médico a enfermo de arriba abajo, a una de médico a enfermo de tipo transversal. En el ordenamiento actual de grados de jerarquías ahora el paciente es quien decide y el profesional es quien mejor sabe para aconsejar.

Las opiniones en relación a la autonomía de los pacientes es diversa, siendo inclusive totalmente opuestas, así Sureda, M. et al opinan que, la hipertrofia del principio de autonomía ha favorecido diferentes formas de aislamiento o evasión como conductas

marginales, drogadicción o los diversos tipos de suicidio. Frente a la falsa concepción de libertad como fuga patológica del compromiso (“que cada uno haga lo que quiera” es en realidad una actitud egoísta), la genuina solidaridad adquiere un compromiso real y personal en la mejora de las condiciones del paciente.

Contrariamente, T. Szasz opina que, “No hace mucho tiempo los ciudadanos de a pie creían que la masturbación, la homosexualidad, el sexo oral y otros “actos antinaturales” eran problemas médicos de cuya solución se encargaba la medicina. Nos llevó mucho tiempo sorprendentemente largo recuperar estas conductas de manos de los médicos y aceptarlas con comodidad, hablar de ellas con tranquilidad y distinguir claramente entre hechos y juicios de valor, entre descripción y denuncia. (...) debemos desmedicalizar y desestigmatizar la muerte voluntaria y aceptarla como un comportamiento que siempre ha formado y siempre formará parte de la condición humana. Querer morir o suicidarse es a veces digno de reproche, otras veces digno de elogio y otras, ninguna de las dos cosas; pero nunca es una justificación adecuada para la coerción estatal”.

## **2. Directrices Anticipadas**

Se entiende por directriz anticipada a aquella declaración o conjunto de declaraciones por medio de las cuales un individuo, dotado de plena capacidad, expresa su voluntad sobre los tratamientos médicos a los que desearía o no ser sometido en la eventualidad de una enfermedad, trauma imprevisto o advertido, vejez o simplemente incapacidad, en consecuencia de los cuales no estaría en condición de expresar su propio consentimiento informado (u oposición al mismo). Es una manifestación, por lo general escrita, realizada en presencia de testigos o notario por una persona en plenitud de sus facultades mentales, en la cual se especifican las condiciones de su tratamiento, en caso de encontrarse en imposibilidad de decidir sobre la propia salud.

Las voluntades anticipadas, instrucciones previas o el también llamado “testamento vital” se han incorporado a imitación de Estados Unidos en algunas legislaciones europeas, y también ahora se plantea su inclusión en el Proyecto de Ley de los derechos y deberes de las personas en la atención de salud, en Chile, en algunos proyectos de Ley en Colombia, Argentina y México, y existen publicaciones y propuestas de

documentos de voluntades anticipadas, en el ámbito de la Bioética, en algunos países de Latinoamérica.

Su utilización en el ámbito de la relación clínica entre el paciente y el equipo de salud se ha extendido en Estados Unidos especialmente, algo menos en Europa, y muy poco aún en Latinoamérica. No es algo habitual en nuestros hospitales, sino muy excepcional, encontrar un paciente con un documento de voluntades anticipadas. Sí es habitual, sobre todo en el caso de enfermos crónicos y oncológicos, que exista un largo proceso de relación médico-paciente donde el médico proporciona información clínica relevante y el paciente expresa también sus deseos, temores o sugerencias para cuando la situación pueda ser más crítica en el futuro.

En una declaración de voluntades anticipadas se puede hacer referencia a:

1. La expresión de los valores personales, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y orientar a los médicos en el momento de tomar decisiones clínicas.
2. Las instrucciones sobre los cuidados y tratamientos relacionados con nuestra salud que deseemos o no recibir.
3. Podemos nombrar un representante que actuará como interlocutor ante el médico responsable o el equipo sanitario para que se cumplan las instrucciones contenidas en la declaración.
4. También podemos incluir nuestra decisión respecto a la donación de órganos. En estos casos no se requerirá la autorización de la familia para la extracción o utilización de los órganos donados.

### **3. El Paternalismo Médico**

El Diccionario de la Real Academia Española define “paternalismo” como, la “tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc.”; a lo que añade que es frecuentemente usado con carácter peyorativo.

“Desde los tiempos de Hipócrates, los médicos han sido los encargados de conceptuar qué puede y qué debe ser la salud humana, de velar por ella, y de desarrollar la tecnología para eliminar la enfermedad y restablecer la salud...”. Pero esta situación

está cambiando, así la relación médico paciente ha pasado de ser un modelo tradicional a una relación donde el paciente tiene decisión, tiene autonomía. Las características de ambos modelos se describen a continuación:

### **A. Modelo tradicional de la relación médico-paciente**

Indudablemente es una relación de características asimétricas, basada en el modelo hipocrático donde el enfermo por el solo hecho de estarlo estaba incapacitado de tomar decisiones (enfermo = incapaz). En este modelo la beneficencia, es ejercida a través del paternalismo, a veces benevolente, otras veces autoritario.

El paciente en el modelo tradicional es:

- Obediente.
- Deposita confianza absoluta.
- No tiene capacidad de decidir, por falta de conocimientos o por la propia enfermedad.
- Pasivo, acrítico, sumiso, disciplinado.
- Se podría decir que se basa en la plena vigencia de: “una confianza frente a una conciencia”, sin cuestionarse nada de lo que el médico decide.

El Médico en el modelo tradicional es:

- Benefactor.
- Paternalista
- Capaz de ejercer la autoridad, frecuentemente represivo aunque a favor de la salud de “su” enfermo.
- Puede caer sin quererlo en la llamada omnipotencia médica.

### **B. Modelo actual de la relación médico-paciente**

Es evidente que existe hoy en día un cambio profundo en la Relación Médico-Paciente. El cambio social ha generado nuevo tipo de paciente: el “usuario”. Tal vez también un nuevo médico: “prestador de servicios”.

El nuevo modelo cuestiona la asimetría del anterior. El paciente tiene comportamientos de consumidor, selecciona ofertas, busca paquetes, acecha oportunidades, compara precios y servicios y elige según un mercado (pero a su vez el mercado de los servicios

de salud es imperfecto y puede ser seducido por superficialidades, promociones engañosas e informaciones tendenciosas).

El nuevo modelo, además ha permitido el surgimiento de una variedad de pacientes críticos, desconfiados y beligerantes (posiblemente en respuesta a insatisfacciones propias o de allegados).

El nuevo modelo es reconocedor y respetuoso de los derechos del paciente, permite segundas y hasta terceras consultas u opiniones antes de decidir. Consultan bases de datos para ver si lo que le indicaron es correcto y cuestionan. Demandan cuando se sienten dañados. Se organizan para sus exigencias en asociaciones, impensables anteriormente (Asociaciones de Usuarios).

De esta manera como afirma el British Medical Journal, la época del paternalismo médico, está llegando a su fin. Incluso en un sistema tan público como es el británico, se da por hecho que el paciente tiene que participar activamente en las decisiones que le proponga su galeno. Tanto las de índole terapéutica como las diagnósticas. Se supone que el médico sabe perfectamente lo que tiene que hacer, con su paciente pero sólo éste conoce cómo reacciona ante la enfermedad, cuáles son sus circunstancias sociales, sus hábitos y su comportamiento.

### **3.1 Aspectos éticos jurídicos y comportamiento del medico**

El universalmente conocido y respetado Juramento Hipocrático (460 a. C.) constituye la gran piedra miliar de la historia de la Deontología Médica. Este reconocimiento universal depende no sólo de su encanto, fuerza y perfección literaria, sino de su lenguaje actual, a pesar del paso del tiempo.

La Organización Mundial de la Salud señala que la supervivencia del Código Hipocrático como piedra angular de la Deontología Médica radica fundamentalmente en la solidez de las bases establecidas para la relación médico-enfermo, así como para las interprofesionales, en cuanto que la ética médica tiene que abarcar siempre y en todo lugar esas dos verdades de los deberes del médico con sus pacientes y colegas: “Al maestro que sabiamente me enseñó este arte le veneraré como a mis propios padres”.

Su influencia y difusión han sido enormes. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la O.M.S., formula los ideales hipocráticos en términos actuales: “Guardaré el máximo respeto a la vida humana desde su comienzo”.

En la Guía Ética Europea, al inicio del capítulo primero se lee “El respeto a la vida y a la persona humana resume lo esencial de la ética médica”.

De los diferentes códigos deontológicos de la Historia se desprende que la función del médico es siempre la de curar o aliviar a sus pacientes, pero nunca provocarles la muerte.

Este principio fundamental de la Deontología médica se recoge en el artículo 4.1. del Código español de Ética y Deontología médica actualmente vigente: “La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico”. Este artículo contiene una doctrina densa hasta el punto de que se puede afirmar que en él se recapitulan los grandes principios de toda la Deontología.

En relación al tema que nos ocupa, se dice también en el artículo 27:

“1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso, el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.

2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

La eutanasia es sobre todo una cuestión médica, que afecta a médicos y enfermeras solamente, pues los rasgos propios de la eutanasia, lo que la diferencia de las otras formas de muerte provocada son: el modo médico de inducirla y la intencionalidad “compasiva” o “liberadora”.

Por ser la técnica y la compasión atributos muy propios del médico y de la enfermera competente, se explica que la reprobación deontológica de la eutanasia sea tan fuerte. Cuando el médico rechaza la eutanasia y la colaboración al suicidio, no está simplemente siguiendo sus convicciones éticas o los preceptos de una tradición profesional milenaria: está siendo fiel a lo más genuino de la profesión.

La muerte deliberada no puede considerarse como un remedio genuinamente médico de ninguna situación clínica; la eutanasia es una actitud que no congenia con el ser propio de la Medicina, que está al servicio de la vida.

Respecto a su posible regulación, señalar tan sólo que poner unos límites firmes contra la violación de la vida humana hace posible que las relaciones con nuestro semejante sea dignas, sobre todo cuando su estado de necesidad o incapacidad ponen a prueba nuestra paciencia. No podríamos tener una relación auténtica con una persona si tuviéramos la potestad de acabar con su vida.

### **Principios éticos del acto médico**

Los principios del acto médico son: la Beneficencia o búsqueda del bien del paciente; la no maleficencia (*primum non nocere*), obligación de no producir daño, prevenir el daño, eliminar lo que está haciendo daño y promover lo que hace bien al paciente; la autonomía que es el respeto por las decisiones del paciente informado; tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a su personal proyecto de vida y código de valores; la Justicia es que todas las personas deben ser tratadas por igual; nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.

### **Tipos de responsabilidad médica**

1. Responsabilidad civil, en la que se obliga la indemnización de los daños y perjuicios.  
SI se daña se debe reparar, afecta al patrimonio.
2. Responsabilidad penal surge del interés del estado y de los particulares, interesados en sostener la armonía jurídica y el orden público; por lo que las sanciones (penas) son las que impone el código penal (prisión, reclusión, multa).
3. Administrativa:
  - a) no tiene nada que ver con las dos anteriores responsabilidades,
  - b) la pena que se aplica es el apercibimiento o la inhabilitación.

De acuerdo a la Técnica Jurídica:

4. Responsabilidad objetiva: es la que surge del resultado dañoso, no esperado, que el accionar del médico puede provocar, independientemente de la culpa que le cabe.  
Responsabilidad subjetiva: es la que surge de la subjetividad del médico, puesta al servicio de una determinada acción penada por ley, (por ejemplo abortos, certificados falsos, violación del secreto profesional).
5. Responsabilidad Contractual: es la que surge de un contrato, no necesariamente debe ser escrito (puede ser tácito o consensual), y cuyo incumplimiento puede dar lugar a la acción legal.
6. Responsabilidad Extracontractual: es la que no surge de contrato previo. Su aplicación en el campo médico es excepcional, por ejemplo asistencia médica inconsulta por su estado de inconsciencia (TEC, shock), o por alienación mental.

### **Ética en las situaciones de enfermedad incurable y terminal**

En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del ser humano.

Establece la obligación del médico de asistir al paciente incurable y moribundo y cuidarle en la fase terminal de su enfermedad. La distansia o encarnizamiento terapéutico es antiético. El abuso tecnológico causa en el paciente y en los familiares, sufrimiento, humillación e indignidad.

En otras palabras, la responsabilidad médica significa la obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios dentro de ciertos límites, y cometidos en el ejercicio de su profesión. Es decir, el médico que en el curso del tratamiento ocasiona, por culpa, un perjuicio al paciente, debe repararlo y tal responsabilidad tiene un presupuesto en los principios generales de la responsabilidad, según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento (capacidad), intención (voluntad) y libertad, genera obligaciones para su autor en la medida en que se provoque un daño a otra persona.

### **Causalidad**

Para ser inculcado judicialmente debe existir una relación causa-efecto (médico-daño/muerte) que debe ser directa, próxima y principal del resultado.

Ejemplos:

- Realizar actos positivos o negativos que provoquen daño
- Omisión o no aplicación del tratamiento adecuado, que prive al enfermo de su posibilidad de curación
- Falta de rapidez en una intervención médica o quirúrgica
- Cuando mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulta de las consecuencias posibles de los hechos.
- No hay delito si el daño se produce por culpa de la propia víctima o de terceros.
- Cuando se ha adoptado todas las precauciones, no se puede reprochar penalmente negligencia, no obstante el resultado dañoso.

### **La distansia y los códigos de ética médica**

Para definir los Comités de Bioética, es necesario el concepto previo de bioética, término acuñado por Potter en 1971 como una propuesta de una nueva disciplina que sirviera como un puente entre dos culturas: la científica, en torno a la vida y el medio ambiente, y la humanista centrada a la ética.

No existe una sola manera de definir a la bioética, la prestigiosa Encyclopedia of Bioethics define la bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del ciudadano sanitario, en cuanto que tal conducta se

examina a la luz de los valores y de los principios morales”. En la actualidad abarca no solo aspectos tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, con los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, desarrollo sostenible, etc.

Un código de ética médica (CEM) puede ser definido como el conjunto sistemático de los padrones de conducta moralmente permisibles esperado de los médicos por el grupo social elaborador, en determinado momento histórico. Un CEM posee diferentes funciones: mantener, promover y preservar el prestigio profesional; proteger la unión profesional; garantizar a la sociedad padrones de práctica; establecer valores, deberes y virtudes profesionales.

Un comité de bioética se encarga de abordar sistemáticamente y de forma continua la dimensión ética de a) las ciencias médicas y de la salud, b) las ciencias biológicas y c) las políticas de salud innovadoras. El término “comité de bioética” denota un grupo de personas que se reúnen para abordar cuestiones no solo factuales, sino también de carácter normativo. Es decir, que no se reúnen para determinar sin más el estado de la cuestión en una determinada esfera de interés. Un comité no se preocupa sólo de la dimensión factual de los datos empíricos; se crea para responder por igual a la pregunta “¿Qué decisión debo adoptar y cómo debo actuar?” y a la pregunta más general “¿Qué decisión debemos adoptar y como debemos actuar?”. De ese modo, pasamos de la ética, que tradicionalmente es una rama de la filosofía, a la política. “¿Cómo ha de actuar un gobierno?”.

Aunque los comités de bioética han sido creados para asesorar a los círculos médicos y a los profesionales de la salud sobre la conducta que han de adoptar con respecto a controversias morales concretas que a veces parecen irresolubles, es más frecuente esperar que estos asesoren a los responsables de formular políticas, a los políticos y a los legisladores, y no sólo a quienes practican profesiones médicas o son expertos en ciencias biológicas.

Así se comprende el concepto de Comités de Bioética: “Son instancias o estructuras de diálogo y decisión bioética, que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional o razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica”. Son grupos interdisciplinarios para debate y decisión, en búsqueda de la solución más adecuada para una gran cantidad de conflictos éticos que se

están generando en la prestación de servicios de salud de alta tecnología en la actualidad. El mantenimiento artificial de las condiciones vitales, el trasplante de órganos, la procreación asistida, la terapia génica entre otras tecnologías ya en aplicación, han permitido hacer frente a muchas alteraciones de las condiciones de salud antes invencibles e inclusive permitirse modificar su misma evolución natural.

Sin embargo existe un aspecto que se afecta en forma colateral, positivamente o negativamente, y es el efecto de estas intervenciones sobre la condición de persona humana de los pacientes, cuya esencia es ser “sujeto de derecho, de razón y de libertad, apta para su autonomía y para una relación de trascendencia”. La medicina de hoy en muchas ocasiones se encuentra ante la disyuntiva de escoger entre utilizar sus recursos o limitarlos en favor del respeto a la persona humana, conflicto por el cual han surgido disciplinas como la bioética, siendo una de sus herramientas principales los Comités de Bioética.

A continuación, se expone lo que estipulan los Códigos de Ética, en nuestro país y en otros países vecinos en relación a la práctica de la Obstinación terapéutica o Distanasia.

<p><b>PERÚ</b>  <b>CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA</b>  <b>COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ</b>      Aprobado en Octubre 2007</p>	<p><b>TÍTULO II</b>  <b>Capítulo 2. Del Respeto de los Derechos del Paciente</b>  <b>Art. 63°</b> El médico debe respetar y buscar los medios más apropiados para asegurar el respeto de los derechos del paciente, o su restablecimiento en caso que éstos hayan sido vulnerados. El paciente tiene derecho a:      m) Que se respete el proceso natural de su muerte, sin recurrir a una prolongación injustificada y dolorosa de su vida.  <b>Capítulo 3. De la Relación Médico-Paciente.</b>  <b>Art. 71°</b> Cuando exista la posibilidad de recuperar la salud del paciente, el médico debe emplear todos los procedimientos y tratamientos a su alcance. No está obligado a utilizar medidas desproporcionadas en casos irrecuperables; en este caso, debe propiciar el empleo de las medidas paliativas que proporcionen al paciente la mejor calidad de vida posible.  <b>Art. 72°</b> El médico no debe propiciar el encarnizamiento terapéutico. Ha de entenderse por</p>
--	--

	<p>tal, la adopción de medidas terapéuticas desproporcionadas a la naturaleza del caso. El médico debe propiciar el respeto a las directivas anticipadas del paciente en lo referente al cuidado de su vida. El médico no debe realizar acciones cuyo objetivo directo sea la muerte de la persona.</p>
<p><b>CHILE</b> CÓDIGO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE AÑO 2006</p>	<p><b>TÍTULO III. DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS PACIENTES.</b> 1. Reglas generales de comportamiento <b>Art. 23.</b> Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos. El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida. Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito que el médico, en conciencia, tome la decisión de no aplicar tratamiento que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días.</p>
<p><b>COLOMBIA</b> LEY 23 DE 1981</p>	<p><b>Capítulo I. de las Relaciones del Médico con el Paciente.</b> <b>Art. 10.</b> El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de la salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Parágrafo. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.</p>
<p><b>VENEZUELA</b> CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA DE LA FEDERACIÓN MÉDICA VENEZOLANA.</p>	<p><b>Capítulo Primero. Deberes Generales de los Médicos.</b> <b>Art. 26.-</b> El médico debe evitar la indicación de exámenes injustificados, (...). Evitará también la reclusión en las UCI para el tratamiento de afecciones susceptibles de ser atendidas en Unidades de Cuidado Intermedio y para la atención de enfermos en la fase final de una afección irreversible. (...) <b>Art. 52.-</b> El médico evitará los actos profesionales innecesarios y deberá participar al enfermo o a sus familiares que sus servicios ya no son necesarios en el momento en que así lo considere. <b>Art. 69.-</b> El enfermo tiene derecho a:</p>

	<p>Rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas siempre que se trate de un adulto mentalmente competente. El derecho a la autodeterminación no puede ser abrogado por la sociedad a menos que el ejercicio interfiera a los derechos de los demás. Si tal decisión pone en peligro la vida del enfermo, debe el médico exigir la presencia de testigos que den fe de la decisión del mismo y anotar la información pertinente en la correspondiente historia clínica.</p> <p><b>Capítulo Cuarto. Del Enfermo Terminal.</b></p> <p><b>Art. 77.-</b> El moribundo tiene derecho a exigir se le permita morir sin la aplicación indiscriminada de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida, respetándose también su decisión de que no le sean aplicadas medidas de reanimación.</p> <p>El desatender este deseo puede considerarse como una violación a los derechos del enfermo de morir en paz.</p> <p>La interrupción de las medidas extraordinarias no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y suministrarle la ayuda necesaria para mitigar la fase final de su enfermedad.</p> <p><b>Art. 79.-</b> El enfermo tiene derecho a exigir que durante su tránsito final no exceda la “ciencia” el “arte” de la medicina. En otras palabras: que el conocimiento científico y las habilidades técnicas del médico no excedan en momento alguno el carácter humano de la ayuda profesional.</p> <p><b>Art. 81.-</b> El médico que atiende enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos, de ser posible, oír la opinión de otro u otros profesionales de la medicina. (...)</p>
<p><b>BRASIL</b> NUEVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, EN VIGENCIA DESDE ABRIL DE 2010.</p>	<p><b>Capítulo IV. Derechos Humanos</b> El médico está prohibido:</p> <p><b>Art. 25.</b> No denunciar práctica de tortura o procedimientos degradantes, deshumanos o crueles, practicarlos, o ser tolerante con quien las realice o proporcionar medios, instrumentos, sustancia o conocimientos que las faciliten.</p> <p><b>Capítulo V. Relación con Pacientes y Familiares.</b> El médico está prohibido:</p> <p><b>Art. 32.</b> Dejar de usar todos los medios disponibles de diagnóstico y tratamiento, científicamente reconocidos y a su alcance, en favor del paciente.</p> <p><b>Art. 41.</b> Abreviar la vida del paciente, aunque sea a pedido de éste o de su representante legal.</p>

	<p>Parágrafo único. En casos de enfermedad incurable y terminal. El médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas, llevando siempre en consideraciones la voluntad expresa del paciente o, en su imposibilidad, la de su representante legal.</p>
<p><b>URUGUAY</b> Código de ética médica año 1995</p>	<p><b>Capítulo V. Problemas Éticos Específicos V.2. La terminación de la vida humana.</b> <b>Art. 43.</b> En caso de muerte encefálica el médico no tiene obligación ética de emplear técnicas, fármacos o aparatos cuyo uso sólo sirva para prolongar este estado. En enfermos terminales, aliviar sufrimientos físicos y mortificaciones artificiales, ayudando a la persona a morir dignamente, es adoptar la decisión éticamente apropiada.</p>
<p><b>ESPAÑA</b> CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, Madrid, 10 de setiembre de 1999</p>	<p><b>Capítulo VII. De la muerte.</b> <b>Art. 27.</b> El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. (...) El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el medico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni si quiera en caso de petición expresa por parte de éste.</p>
<p><b>ESPAÑA</b> CÓDIGO ÉTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC)</p>	<p><b>3. Respecto a la autonomía del paciente</b> 3.c Derecho a morir con dignidad El servicio de Medicina Intensiva y Críticos (SMIC) prestará especial atención al tratamiento y cuidados del final de la vida, disponiendo de protocolos o guías de práctica clínica, respetando los deseos del paciente siempre que sea posible. (...) <b>4. Respecto a la calidad de la asistencia sanitaria.</b></p>

	<p>4. h. Futilidad entendida como la aplicación de tratamientos que se han demostrado inútiles. La SEMICYUC entiende que el debate sobre la futilidad debe hacerse teniendo en cuenta criterios profesionales basados en la mejor evidencia disponible y en los principios de la bioética. El médico no tiene ninguna obligación de iniciar o continuar con un tratamiento fútil. (...)</p> <p>La SEMICYUC ampara, bajo el punto de vista científico y ético, la práctica de LET siempre y cuando se ajuste a los requisitos expuestos en dicha publicación y al conocimiento científico actual. (...).</p>
<p><b>ESPAÑA</b> SANTA CRUZ DE TENERIFE1 COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS</p>	<p><b>CAPÍTULO VI. REPRODUCCIÓN. RESPETO A LA VIDA Y A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA</b></p> <p><b>Art. 28 inc. 2.</b> En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre.</p>

Todos los Códigos de Ética revisados coinciden en que es deber del médico buscar la curación del paciente y si esto no es posible, entonces, debe respetar el proceso natural de muerte del enfermo terminal evitando acciones terapéuticas o diagnósticas inútiles que solo conseguirán una prolongación injustificada y dolorosa de la vida del mismo.

Si bien es cierto que la ética y el derecho no son una misma cosa, también debe admitirse que ambas disciplinas tienden a converger en un proceso en el que la ética social se traslada al derecho, la polémica que las directrices anticipadas plantea está evidente influencia por la todavía persistente tesis clásica beneficentista contraria el principio de la autonomía del paciente. Esta tesis beneficentista o paternalista, que considera al paciente como un niño mientras no recupere su pleno estado de salud, ha podido ocultar el auténtico sentido de la ética.

#### 4. Cuidados Paliativos

La OMS define los cuidados paliativos de la siguiente manera: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”. Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias. Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos a un. “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”. La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o

radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Existe actualmente una gran aceptación de esta filosofía de los cuidados paliativos y hay cientos de miles de iniciativas de implementación en todas partes del mundo, especialmente en los países más avanzados, como Estados Unidos y Francia. La filosofía de los cuidados paliativos es parte del sistema normal de cuidados de salud, legalmente constituido por los gobiernos. Aumentan en los países pobres las iniciativas para que se siga acogiendo enfermos de cáncer, pero se prioriza a los enfermos víctimas del virus HIV/AIDS en vista de su urgencia y necesidad. En partes del mundo no anglosajón, incluso Brasil, existen al menos treinta programas de cuidados paliativos en instituciones de salud y programas de atención en domicilio. Esta filosofía de los cuidados es el origen de la medicina paliativa, reconocida en 1987 como una especialidad médica, por ejemplo en el Reino Unido. Siempre hay algo que se puede hacer a favor del paciente en medicina paliativa. Su énfasis en el cuidado apropiado para el paciente, en contraste con la obstinación terapéutica, apartará el debate sobre teorías abstractas y lo acercará a acciones prácticas, hará que cuidadores y pacientes se acerquen en diálogo respetuoso para resolver, de modo constructivo, los dilemas éticos de la asistencia y el cuidado al final de la vida.

La Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP) se formó el 15 de setiembre de 2003 en la ciudad de Lima con proyección hacia las demás ciudades del país y siempre con el deseo de trabajar por el desarrollo científico y la investigación. Su responsabilidad es proporcionar cuidados asistenciales, humanos y cálidos a aquellos pacientes que requieren, por su delicado diagnóstico, el control y alivio de los síntomas que aquejan como resultado de la progresión de su enfermedad.

#### **4.6 Identificar los aspectos legales que fundamentan la defensa del derecho a la vida y de los derechos humanos en correlación con la distanasia, según el ordenamiento jurídico peruano.**

Según la Constitución de la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La Constitución Política del Perú, en su artículo 7°, reconoce el derecho que tiene toda persona a la protección de su salud así como el deber estatal de contribuir a la

promoción y defensa de ésta. En la STC recaída en el Exp. N.º 2945-2003-AA/TC, caso Azanca Alhelí Meza García, el Tribunal, refiriéndose al derecho a la salud, señaló que ésta puede ser entendida como “el funcionamiento armónico del organismo tanto del aspecto físico como psicológico del ser humano”. En ese sentido, la STC recaída en el Exp. N.º 00925-2009-PHC/TC, caso Roxen Luis Gálvez Mendoza, el Tribunal igualmente señala que “el derecho a la salud se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado armónico. Lo que implica, en consecuencia, el deber de que nadie, ni el Estado ni un particular, lo afecten o menoscabe. Hay, desde tal perspectiva, la proyección de la salud como un típico derecho reaccional o de abstención, de incidir en su esfera. Pero también, como en la mayoría de derechos constitucionales, el de la salud presenta una dimensión positiva que lo configura como un típico derecho “programático”, vale decir, un derecho cuya satisfacción requiere énfasis en el artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”.

El Derecho a la protección de la salud también se encuentra contemplado en el artículo II del título preliminar de la Ley General de Salud de nuestro país.

Como lo manifestara el psicólogo César Gordillo Pech, se ha cambiado el término de “Derecho a la Salud”, por el de “Derecho a la Protección de la Salud”, ya que el primero se refiere a un concepto general que orienta lo que debe entenderse por ello, dejando de lado al sujeto a quien le corresponde la protección del mismo, mientras que el término Derecho a la Protección de la Salud además de incorporar este aspecto, contempla ya, la existencia de una obligación por parte del Estado en la procura de bienestar de los ciudadanos en el aspecto de salud.

Y dentro de este contexto, es la Misión del médico, según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, proteger la salud de la población. Y para cumplir esta misión, el médico de hoy cuenta con nuevas formas de tratamiento que le permiten resolver situaciones patológicas que años antes hubiera sido imposible siquiera de imaginar y que han mejorado la sobrevivencia y calidad de vida en muchos casos, los que de otra manera hubieran muerto irremediablemente. El tratamiento médico ha cambiado radicalmente en la segunda mitad del siglo XX con el desarrollo técnico aplicado a la medicina. Estos avances, fueron una de las premisas del surgimiento de la bioética. Así, sucesos como el desarrollo de nuevos métodos de

asistencia respiratoria, el progreso en el conocimiento de la fisiología cardíaca y respiratoria y su aplicación para el monitoreo y el tratamiento de situaciones como el infarto del miocardio, cirugía cardiovascular, el estado de choque y los traumatismos y los primeros pasos de la trasplantología fueron peldaños que condujeron a la generalización de una nueva modalidad de atención médica donde el sostén de las funciones vitales permitía intervenir en los procesos de la vida y la muerte. Es decir existe una coincidencia temporal y no causal entre el reconocimiento de la terapia intensiva como especialidad y el surgimiento de la bioética.

Actualmente, la mayoría de las personas no mueren de una manera brusca e inesperada, sino que lo hacen en las camas de los hospitales. La muerte y el proceso del morir han pasado de ser un evento natural, aceptado desde el punto de vista social, familiar religioso, el que generalmente ocurría en el seno de la familia, rodeado de sus cuidados y afecto, a un evento tecnificado que cada vez con más frecuencia ocurre en los hospitales, en los cuales el paciente es sometido a los más diversos procedimientos diagnósticos terapéuticos, la muerte se ha medicalizado, los enfermos se encuentran aislados, en un ambiente frío, rodeados de personas extrañas y sofisticados aparatos, que en lugar de seguridad le producen miedo, incertidumbre y angustia. Una de las áreas donde es frecuente apreciar este panorama es en las UCIs, lugar donde se dan los sistemas médicos de mantenimiento artificial de las funciones del cuerpo humano, por ejemplo, aparatos como el ventilador mecánico, el cual sustituye la función pulmonar; las máquinas de hemodiálisis, que sustituyen las funciones del riñón; las técnicas de reanimación cardíaca las que permiten recuperar el funcionamiento del corazón, entre otras.

Estas nuevas formas de tratamiento que permiten al médico resolver situaciones patológicas que años antes hubieran sido imposible siquiera de imaginar, han permitido también un nuevo tipo de situación no esperables ni por el propio médico, las cuales son situaciones de alargamiento del proceso de la muerte, y estas situaciones son justamente las que han motivado la realización, del presente trabajo de investigación.

El derecho a la vida, es el derecho humano básico porque su reconocimiento posibilita todos los demás derechos. El derecho a la vida, exige que nadie pueda ser privado de ella arbitrariamente, pues ello constituiría la privación de la existencia misma de la

persona y de sus posibilidades de acceder al resto de las condiciones que la hacen plenamente humana.

La declaración universal señala que: todo individuo tiene derecho a la vida.

(Art.3)

La convención Americana de derechos humanos, manifiesta que; toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y en general a partir de la concepción nadie puede ser privado de ella arbitrariamente. (Art.4, 6). Delos instrumentos nombrados, solo la Convención Americana en su Art.4 n°1, contiene un a disposición con relación al momento en el cual se inicia la vida y en consecuencia la obligación “estará protegida por la ley en general a partir de la concepción”.

#### **4.6.1 La distanasia y las normas legislativas vigentes**

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define “Ley” como: Precepto dictado por la suprema autoridad, en que manda o prohíbe algo en consonancia con la justicia y para el bien de los gobernados, esto quiere decir, que lo expresado por la ley debe cumplirse, el artículo 38 de nuestra Constitución Política establece que, “Todos los peruanos tienen el deber (...) de respetar, cumplir y defender la Constitución y el ordenamiento jurídico de la Nación”; y a su vez el artículo 1° del código Civil Chileno menciona que,” La ley es una declaración de la voluntad soberana que manifestada en la forma prescrita por la Constitución manda, prohíbe o permite”, así que “ Nadie podrá alegar ignorancia de la ley después de que esta haya entrado en vigencia” tal como lo señala el artículo 8° del mismo digo.

A continuación se presentan las leyes de salud de algunos países del mundo los cuales se han manifestado sobre la práctica de la Distanasia empezando con la de nuestro país.

#### **4.6.2 Leyes generales de salud**

##### **PERÚ**

En el Perú, la Ley N° 26842, Ley General de Salud (LGS), data de julio de 1997, la cual básicamente establecía someramente los derechos de los pacientes en su Artículo 15°. En ese entonces, se tomaba en cuenta el derecho que tenían los pacientes al

respecto de su dignidad, a la información, y señalaba la importancia de del consentimiento antes de ser sometidos a algún manejo de tipo médico (ver los derechos de los pacientes, Capítulo II de esta investigación).

En setiembre de 2003, tuvo lugar la primera modificación del artículo 15° de la LGS. En esta modificatoria, se determinó con mayor precisión cuáles son los derechos de los pacientes, notándose la importancia que se le daba a la autonomía del paciente para decidir un determinado procedimiento o tratamiento previa información completa sobre el cuadro que lo aquejaba. En relación al tema de la presente investigación, se puede apreciar que esta Ley establecía en el inciso o) que el paciente tiene el derecho a “Que se respete el proceso natural de su muerte, sin incurrir ni a un abusivo acontecimiento de la vida (eutanasia) ni a una prolongación justificada y dolorosa de la misma (distanasia)”. Se manifestaba expresamente sobre las dos conductas que no deben aplicarse a los pacientes, siendo que la primera está tipificada en nuestro Código Penal vigente, en el artículo 112°, y sobre la segunda conducta (Distanasia), dejaba entrever que había un grado de preocupación por las prácticas de obstinación terapéutica atentatorias contra los derechos del paciente en estado terminal de enfermedad.

El Proyecto de Ley 205/2006 CR, cuya autoría proviene de la iniciativa de la ciudadanía, después de recolectar más de cien mil firmas de las cuales cincuenta mil fueron válidas por el Jurado Nacional de Elecciones, fue presentado en el año 2006 por el congresista liberteño Alberto Escudero Casquino y las bancadas Nacionalistas y Unión por el Perú (UPP). En este proyecto de Ley, en cuanto al tema en estudio, inexplicablemente fue cambiado el tenor del literal referido al respecto del proceso natural de la muerte, quedando la redacción del mismo, así:

### 15.3 Atención y recuperación de la salud

(...)

e) a que se respete el proceso natural de su muerte, como consecuencia del estado terminal de las enfermedades.

Este proyecto fue observado por el Ejecutivo señalando, en cuanto al literal en referencia, que debe merecer una precisión adicional, a efectos de que quede claramente establecido para evitar interpretaciones que inclusive podrían derivar en

el “derecho de la eutanasia”. Es así que los congresistas se allanaron a la observación quedando la Ley 29414 que estableció los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud de la siguiente manera:

e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho.

Dicha norma fue publicada en el Diario Oficial del Peruano el 02 de octubre de 2009, estando vigente hasta la fecha.

Con esta modificación, se puso énfasis a los derechos de los pacientes al acceso a los servicios de salud, al acceso a la información, a la atención y recuperación de la salud y al consentimiento informado. Pero, en lo que corresponde al tema de investigación, se puede apreciar que se toca en forma incompleta el derecho que tiene el paciente al respecto del proceso natural de su muerte sin las adecuadas especificaciones que existían en la Ley del 2003; se remiten al Código Penal para las acciones punibles que corresponden a la vulneración de este derecho. Como bien se sabe, en el Código Penal vigente, se encuentra tipificado únicamente el homicidio piadoso; por ello, considerado que la Ley 29414, al no tomar en cuenta la Distanasia, un problema que vulnera derechos fundamentales de la persona y en este caso de una persona con enfermedad en etapa irreversible, queda desamparada y se suma al sufrimiento que le produce la enfermedad aquel a consecuencia del alargamiento de su agonía. Además, esta norma no cumple con los requisitos señalados por el Tribunal Constitucional (Exp. N° 0191-2003-AC. Fundamento 6) que señala en cuanto a las características mínimas comunes de la norma legal “(...) debe tratarse de un mandato que sea de obligatorio cumplimiento, que sea incondicional y, tratándose de los condicionales, que se haya acreditado haber satisfecho las condiciones; asimismo, que se trate de un mandato cierto o líquido, es decir, susceptible de inferirse indubitablemente de la ley o del acto administrativo que lo contiene y, (...) que se encuentra vigente”.

A continuación se presenta esquemáticamente la legislación que existe en otros países en relación a la Distanasia.

<p>MEXICO LEY GENERAL DE SALUD Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el / de febrero de 1984. Últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010 TEXTO VIGENTE</p>	<p>CAPÍTULO II. De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal. Art. 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. CAPITULO IV. De los derechos, facultades y obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario. Art. 166 Bis 15. Los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán las siguientes obligaciones: VII. Procurar las medidas mínimas necesarias para preservarla calidad de vida de los enfermos en situación terminal. Art. 166 Bis 17. Los Médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementarán medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento. Art. 166 Bis 18. Para garantizar una vida de calidad y el respeto de la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.</p>
<p>BOLIVIA DECRETO LEY 15629. CÓDIGO DE SALUD. Aprobado por Decreto Ley N° 15629 de 8 de Julio de 1978</p>	<p>TÍTULO PRELIMINAR. DISPOSICIONES GENERALES. CAPÍTULO ÚNICO Art. 5°.- el derecho a la salud del habitante boliviano consiste en: d) A no ser sometido a exámenes, tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios.</p>
<p>VENEZUELA LEY ORGÁNICA DE SALUD Gaceta Oficial. Caracas, 11 de noviembre de 1998 N° 36579</p>	<p>Título VII. De los Derechos y Garantías de los Beneficiarios. Art.69° Los pacientes tendrán los siguientes derechos: 4. Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales</p>

<p>LEY DE EJERCICIO DE LA MEDICINA Gaceta Oficial N° 3.0002 Extraordinario de fecha 23 de agosto de 1982</p>	<p>irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento. Capítulo IV De los Deberes Generales de los Médicos. Art. 28. El médico que atienda a enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos, de ser posible, oirá la opinión de otro u otros profesionales de la medicina. (...) Art. 29. El ingreso y permanencia de los enfermos en las UCI deberá someterse a normas estrictas de evaluación, destinadas a evitar el uso injustificado, inútil y dispendioso de estos servicios en afecciones que no las necesiten y en la asistencia de enfermos irrecuperables en etapa final de su padecimiento.</p>
<p>URUGUAY LEY N° 38.335. PACIENTE Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 5 de agosto de 2008</p>	<p>CAPÍTULO IV. DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA Art. 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a: D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de fecha 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.</p>
<p><u>COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA</u> LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE</p>	<p>Art. 21. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico. 1. El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica.</p>

	<p>2. Dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica de los que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.</p> <p>3. En cualquier caso, el médico o médica responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort.</p>
<p><b>FRANCIA</b> El Parlamento Francés aprobó definitivamente el proyecto de ley sobre el fin de la vida, que reconoce el derecho del paciente terminal a rechazar un tratamiento considerado ya inútil y dejar que llegue la muerte. Las principales disposiciones de la ley son:</p>	<p>Rechazo del encarnizamiento terapéutico. Cuando “los actos médicos resultan inútiles, desproporcionados o no tienen más efecto que el mantenimiento artificial de la vida, pueden ser suspendidos o no emprendidos”. Los médicos obtienen la seguridad jurídica de que no incurrirán en responsabilidad en esas situaciones.</p>

## B. LEYES ESPECÍFICAS

### ARGENTINA

#### a. PROVINCIA DE RIO NEGRO

En la Provincia de Río Negro fue promulgada en diciembre de 2007 la Ley N ° 4264, denominada la Ley de la “Muerte digna”, la que en su Artículo 2° señala que: “Toda persona que padezca de una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estado terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación, informada en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

De la misma forma toda persona y en cualquier momento –ya sea al ingresar a establecimiento asistencial o durante el tratamiento- puede manifestar su voluntad de que no se implementen o se retiren las medidas e soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

Asimismo es válida la manifestación de voluntad de toda persona capaz, realizada en instrumento público y por ante un escribano de registro en la que manifieste su voluntad en cuanto el rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado, en caso de que en un futuro le acontecieran los supuestos descriptos ut supra”.

#### **b. PROVINCIA DE NEUQUÉN**

En la Provincia de Neuquén, igualmente fe promulgada el 25 de setiembre de 2008 la Ley 2611, la misma que, en su Artículo 4º, menciona que se tendrá en cuenta, entre otros, los siguientes Principios básicos:

b) Derecho a resguardar la dignidad de la persona sana o enferma. El respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad debe orientar toda la actividad dirigida a mantener y restablecer su salud, o bien, a hacer tolerable su dolor, sea dicha actividad de orden profesional, técnico o administrativo, incluyendo la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

o) Considerando que al respeto por la vida corresponde el respeto por la muerte, los pacientes tienen derecho a decidir en forma previa, libre y fehaciente la voluntad de o prolongar artificialmente su vida a través de medios extraordinarios y/o desproporcionados y a que se reduzcan progresiva y/o irremediamente su nivel de conciencia.

## ESPAÑA

España es lo que se denomina un “Estado de Autonomías”, un país formalmente unitario pero que funciona como una federación descentralizada de comunidades autónomas, cada una de ellas con diferentes niveles de autogobierno. Es una nación organizada territorialmente en 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas. El año 1978 constituye un punto decisivo de la historia reciente de España, pues la aprobación de la Constitución española marca el fin, del paternalismo político, jurídico, moral y médico de ese país. Ello implica cambios muy sustanciales en los argumentos en torno al debate sobre la muerte digna.

En los años siguientes se plantearon diversos Proyectos, Anteproyectos y reformas parciales parecía que se acercaba el momento de redactar un Código Penal nuevo, acorde a las exigencias de la realidad democrática del país.

El Grupo de Estudios de Política Criminal, integrado por un numeroso grupo de Catedráticos y profesores de Derecho Penal, Magistrados y Fiscales, emitió un “Manifiesto a favor de la disponibilidad de la propia vida” y una “Propuesta alternativa al tratamiento jurídico de las conductas de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida”. Esta propuesta proponía una reforma de la Ley General de Sanidad, de la Ley de regulación del contrato de seguro y, por supuesto, del Código Penal, sin conseguir la reforma de este último.

En noviembre de 2002, se aprobó la “Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.

Esta ley supuso un hito decisivo en la configuración de las nuevas relaciones médico – paciente, pues coloca la idea de consentimiento informado como acto de participación en la toma de decisiones, como el eje principal de esa relación. Es cierto que ya algunas Comunidades Autónomas (Cataluña, Galicia) habían avanzado en esa dirección, pero el carácter de “básica” que tiene la ley obviamente la coloca en un plan superior de ordenamiento.

Así es, como en todas las comunidades autónomas está regulada la ley del denominado testamento vital, instrucciones previas, voluntades anticipadas o

manifestaciones anticipadas de voluntad siendo que Cataluña fue la primera autonomía en regular este derecho a través de la ley 21/2000 de 29 de diciembre.

La ley aprobada por el gobierno andaluz Ley 2/2010, “Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte”, señalada anteriormente, es la primera de esta característica a entrar en vigor en una comunidad autónoma de España. Sin embargo, otras normas anteriores ya hacen referencia a las voluntades de los enfermos y a la promoción de una muerte sin dolor y a la no extensión innecesaria del sufrimiento del paciente.

No obstante, al día de hoy no parece que ninguna de las autonomías tenga intención de secundar los pasos de la andaluza, rigiéndose únicamente por las Declaraciones Anticipadas o Testamento Vital, si bien, el Consejo Consultivo de Andalucía es el Superior órgano consultivo del Consejo de Gobierno y de la Administración de la Administración de la Junta de Andalucía en materia jurídica, su función es velar por la observancia de la Constitución, el Estatuto de Autonomía y el resto del ordenamiento jurídico. Sus dictámenes no tienen carácter normativo ni jurisprudencial, pero sí un enorme peso jurídico-doctrinal. Por ello facilitan al Gobierno y la Administración Autonómica poder tomar decisiones con una gran seguridad jurídica.

En la Comunidad Autónoma de Aragón se encuentra en trámite la Proposición de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, estableciendo en su Artículo 32, sanciones a las infracciones muy graves que son las relacionadas al tema en estudio, estableciendo multas cuyas cifras ascienden a un millón de euros.

En las leyes de salud anteriormente revisadas se puede apreciar claramente la negativa expresa a aplicar medidas extraordinarias propias de la Distanasia o encarnizamiento terapéutico a los pacientes en etapa final de la enfermedad, debiendo respetarse la dignidad de este tipo de pacientes.

A seguir, a manera de ilustración, se abordan diferentes proyectos y anteproyectos relacionados a los enfermos terminales planteados en países vecinos de los cuales algunos han sido archivados y otros se hallan en debate, notándose la enorme

trayectoria que han tenido en esos países los proyectos de ley, requerimientos, debates y más, sobre este tema que adquiere gran relevancia por estar relacionado a derechos fundamentales.

### **3. LA DISTANASIA Y LOS PROYECTOS DE LEY**

En el Anteproyecto de Reforma de la Parte Especial del Código Penal Brasileño presentado 24 de marzo de 1998, es el único respecto de los Códigos Penales revisados en los cuales está contemplada la Distanasia, aunque como “Exclusión de ilicitud” señalando en el inciso 4 del artículo 121 correspondiente al homicidio que, no constituye crimen dejar de mantener la vida de alguien por medio artificial, si previamente certificada por dos médicos, la muerte como inminente e inevitable, y desde que haya consentimiento del paciente, o en su imposibilidad, de ascendiente, descendiente, cónyuge, conviviente o hermano.

Pero, el dispositivo trae una incorrección técnica: la ortotanasia no es causa de justificación del homicidio, pues la omisión del médico en prolongar artificialmente la vida del paciente terminal no infringe ningún deber legal.

Se han dado los Proyectos de Ley por parte de Senado brasileño, así tenemos: el Proyecto de Ley N° 79 de 2003 de Delcídio Amaral, que dispone sobre los derechos de los pacientes en servicios de salud; el Proyecto de Ley N° 101 de 2005 de Pedro Simón que dispone sobre los derechos de los pacientes en servicios de salud, el Proyecto de Ley N° 103 de 2005 propuesto por PapaléoPaes que establece el Estatuto del Enfermo y el Proyecto de Ley N° 524 de 2009 que dispone sobre los derechos de la persona en fase terminal de enfermedad y en caso su texto es el siguiente:

Art. 5° Es derecho de la persona en fase terminal de enfermedad o acometida de grave e irreversible daño a la salud de ser informada sobre las posibilidades terapéuticas, paliativas o mitigadoras del sufrimiento, adecuadas y proporcionales a su situación.

Art. 1° Cuando, a consecuencia de enfermedad mental u otra situación que altere su estado de conciencia, la persona en fase terminal de enfermedad estuviera incapacitada de recibir, evaluar o comprender la información a que se refiere el encabezamiento, esta deberá ser prestada a sus familiares o a su representante legal.

Art. 2° Es asegurado a la persona en fase terminal de enfermedad, a sus familiares o a su representante legal el derecho de solicitar una segunda opinión médica.

Art. 6° Si hubiera manifestación favorable de la persona en fase terminal de enfermedad o, en imposibilidad de que ella se manifieste en razón de las condiciones a que se refiere el © 1° del art. 5, de su familia o de su representante legal, es permitida, respetando lo dispuesto en el © 2°, la limitación o suspensión, por el médico asistente, de procedimientos desproporcionales o extraordinarios destinados a prolongar artificialmente la vida.

Además se encuentran en trámite el Requerimiento N° 396 de 2010 autoría del senador InácioArruda de abril de 2010 que solicita que se tramiten juntos el PLS N° 79 de 2003, los PLS N° 101 y 103 de 2005 y el PLS N° 524 de 2009.

En 1999 el Gobernador del Estado de Sao Paulo promulgo la Ley 10.241/1999, ley de autoría del Diputado Roberto Gouvêla, que regula sobre los derechos de los pacientes, la misma que en el inciso XXIII del artículo 2° expresa que son derechos de los usuarios de los servicios de salud en el Estado de Sao Paulo, rechazar tratamientos dolorosos o extraordinarios para intentar prolongar la vida.

## **CHILE**

En la década de los noventa, en varios países de la Región de las Américas y el Caribe se iniciaron procesos de reforma social, comenzando a implementarse iniciativas de Reforma del Sector Salud y de Seguridad Social. El proceso de reforma a la salud chilena se intensifica a partir del año 2000.

En junio de 2001 el gobierno del Presidente Ricardo Lagos y siendo Ministra de Salud Michelle Bachelet Jeria redactó el Proyecto de Ley sobre los Derechos y Deberes de las Personas en Salud. Este proyecto de ley se empezó a tramitar en ese año, pero los parlamentarios nunca lograron acuerdo para aprobarlo y fue archivado en 2006. Ese proyecto en su párrafo 7°, correspondiente al consentimiento informado, señalaba lo siguiente:

Artículo 16.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su consentimiento para someterse a cualquier procedimiento invasivo, de cirugía mayor o compleja, y otros que defina el Ministerio de Salud, salvo que la negativa pueda implicar su muerte y siempre que no exista otro procedimiento alternativo.

## **4. JURISPRUDENCIA COMPARADA**

Se ha realizado una exhaustiva investigación de jurisprudencias en relación a la práctica y sanción de la Distanasia, tanto en nuestro país como en otros países tales

como Brasil, Colombia, Argentina, España, entre otros sin mayor éxito lo cual puede explicarse por lo relativamente nuevo que es el tema de la Distanasia. En esta parte pasaré a presentar un resumen de cada una de las tres sentencias encontradas.

### **ARGENTINA – BUENOS AIRES**

Se trata de una sentencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en esta oportunidad la parte médica no concuerda con la petición de los padres de una menor que también sufre de enfermedad progresiva e incurable, de someterla a ventilación mecánica, pese a haberlo decidido con anticipación y además haber presentado una medida cautelar en ese sentido. Durante el proceso se produce la necesidad de intubación y la niña es colocada en ventilación mecánica. En esta sentencia se aprecian las dos faltas que se cometen en contra del bienestar de la menor; la primera no toman en cuenta la ausencia de consentimiento por parte de padres para tal medida y en segundo lugar ignoran una decisión judicial que si bien rechaza la medida cautelar, se pronuncia en el sentido que debe respetarse la autonomía del paciente, en este caso representada por los progenitores de la menor. Durante el proceso tiene lugar el desenlace fatal confirmado lo desproporcionado que era la medida de ventilación mecánica para el caso en cuestión. La resolución judicial finalmente sanciona a todos los involucrados.

#### **4.7 Determinar la distanasia como un mecanismo de retrasar la muerte por todos los medios según el ordenamiento jurídico peruano**

En el orden de las ideas expuestas la distanasia es un medio por el cual al paciente que se encuentra en fase terminal de su vida se le mantiene vivo así sea por unas horas o unos días también es llamado “Encarnizamiento Terapéutico”, por ser una técnica tan agresiva de mantener al paciente vivo por cualquier medio sin importar que no exista cura para el padecimiento que presente este.

Con el devenir de los años se aferran a cualquier posibilidad de fe o esperanza, en este sentido la distanasia ocurre cuando el paciente que está en la fase terminal de su vida sin posibilidad de cura pide que se le administren tratamientos médicos exagerados que lo mantengan vivo así sea unos días o unas horas, se refiere a aquel esfuerzo más allá de lo

razonable sin importar que cause más daño en el mejor de los escenarios viviría unos días más.

La distanasia es ejercida en pacientes que no poseen una expectativa razonable de vida y de este modo es aplicable todos los mecanismos para mantenerlo vivo.

Siguiendo con lo anteriormente expuesto los médicos siempre han tenido una intervención importante en la aplicación de los mecanismos para retrasar la muerte debido a la toma de decisiones sobre el fin de la vida de ese paciente en fase terminal y actualmente es común suspender o no instaurar los tratamientos en determinados casos aunque esto lleve a la muerte de ese paciente.

Así mismo es de suma importancia la introducción del consentimiento informado en la relación médico- paciente y para estas situaciones la elaboración de documentos de voluntades anticipadas sería de buena manera de regular las actuaciones médicas frente a las situaciones hipotéticas donde los pacientes pierden de manera parcial o total su voluntad, su autonomía para decidir en el momento sobre las actuaciones médicas pertinentes a su estado de salud.

En el Perú la distanasia por nuestra debidamente regulada en nuestra legislación se debería crear los mecanismos necesarios para la determinación de la distanasia, ya que el mismo entrelazan varios aspectos tanto lo social, moral, religioso y jurídico por lo tanto debido a esa falta de regularización legal de estos procedimientos para la implementación de la distanasia en el Perú,

Según Torres (2011) en su glosario de Bioética, hace relación a la determinación de dejar morir tranquilamente al enfermo en fase terminal sin administrarle terapia o procedimiento alguno que pueda retrasar su muerte, es decir, suspensión de la prolongación artificial de la vida dejando que el proceso patológico termine con la vida del enfermo que está en fase terminal. Siguiendo con el orden de ideas expuestas desde siempre los médicos han participado en la toma de decisiones sobre el fin de la vida y actualmente es común suspender o no instaurar tratamientos en determinados casos aunque ello lleve a la muerte al paciente, sin embargo a veces los médicos toman decisiones si el paciente debe morir o no y provocan su muerte, rápida y sin dolor, es lo

que se conoce como limitación del esfuerzo terapéutico, limitación de tratamientos o simplemente eutanasia agresiva.

Así mismo la introducción del consentimiento informado en la relación médico- paciente y para estas situaciones la elaboración de un documento de voluntades anticipadas sería una buena manera de regular las actuaciones medicas frente a situaciones hipotéticas donde la persona pierde total o parcialmente su autonomía para decidir en el momento sobre las actuaciones medicas pertinentes a su estado de salud.

## CONCLUSIONES

1. En el presente trabajo de investigación se concluye, que la Distanasia, entendida como prolongar la agonía todo lo posible, utilizando todos los medios disponibles, incluso desproporcionados, aunque esto signifique causar dolor y padecimiento, en una persona cuya muerte de todas maneras es inminente. La manifestación de voluntad de los familiares al momento de tomar una decisión como de suspender los tratamientos médicos de un paciente que se encuentra en fase terminal.
2. Se concluye que en el proceso natural del ser humano en relación a la distanasia en el resultado de este estudio se relacionan los aspectos éticos de la vida y la muerte del ser humano, involucrados muchos factores culturales e históricos.
3. El derecho a la vida es un derecho fundamental es inalienable, es inherente al ser humano existiendo así diversos tratados que lo ratifican, el derecho a la vida no trata de impedir la muerte de una persona sino toda forma de maltrato que haga su vida indigna. En el Perú está consagrado en la Constitución Política en el artículo 2 establece el derecho a la vida y señala lo siguiente: Toda persona tiene derecho: A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.
4. Según el análisis de los resultados la distanasia se cataloga como un mecanismo de retrasar la muerte por todos los medios aunque no haya esperanza de vida alguna curación y aunque esto signifique infringir al paciente sufrimientos añadidos a los que ya padece para con esto aplazar la muerte horas o días. El encarnizamiento terapéutico por ser una técnica tan agresiva ya que se produce un ensañamiento para mantener vivo al paciente que se encuentra en fase terminal. Así mismo la humanidad al encontrarse con enfermedades incurables ha tenido que optar por medida distintas para crear mejores condiciones ante la inevitable llegada de la muerte sabemos que existe una preocupación por la vida en un mundo donde surgen nuevas enfermedades que muchas veces resultan ser incurables.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** En el Perú se necesita de nuevos avances con respecto a la distanasia ya que es de suma importancia para el conocimiento y acervo de los peruanos.

**SEGUNDA:** Crear las condiciones para el enfermo en fase terminal para que tenga una muerte digna ya que no se puede evitar la muerte cuando existen enfermedades incurables pero si se puede alargar algunos días u horas, esto siempre y cuando el paciente y los familiares estén de acuerdo.

**TERCERAS:** En el Perú no existe una ley que regule una protección al ciudadano o al enfermo cuando está en fase terminal, se recomienda que sea creada una ley que regule los derechos y garantías de la dignidad de la persona al momento de su muerte.

**CUARTA:** En este sentido tampoco existe un procedimiento legal para la aplicación de esta, se recomienda que se cree un procedimiento legal.

**BIBLIOGRAFÍA****TEXTOS Y REVISTAS**

AZULAY Taipero, A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An. Med. Interna (Madrid) v. 18n. 12 Madrid dic. 2001

BETANCOURT Betancourt. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión Bioética. Revista de Humanidades Médicas. URL disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>. Fecha de acceso 14 de abril del 2013.

BRODY H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment-recommendations for compassionate clinical management. N Engl J Med. 1997; 336: 652-7

DE LILLO L. Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. URL disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>. Fecha de acceso 10 de abril del 2013

DOMÍNGUEZ Márquez O. H. Objeción de conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal. Acta Bioethica 2009; 15(1):94-99

DOMINGUEZ Perera, Mario. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. RevCubMedIntEmerg 2003

MEDINA Sansón A., Adame Vivanco M.J., Scherer Ibarra A., Obstinación terapéutica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex 2006; 63 (5). URL disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462006000500001&script=sciarttext>. Fecha de acceso 19 de abril del 2013.

SANS Sabafren, Abel Fabre F. Obstinación terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión Plenaria de 28 de Junio de 2005. URL disponible en: [http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/20\\_1027.pdf](http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/20_1027.pdf). Fecha de acceso 19 de abril del 2013

SECPAL. Guía Médica. Cuidados Paliativos No Oncológicos. Enfermedad Terminal: Concepto y Factores Pronósticos

SMITH A.Nicol E. Teoría de los sentimientos morales. 1<sup>era</sup> edición. México 2004: 40-44.

URL disponible

en:<http://books.google.com.br/books?hl=es&lr=&id=hpX3duNnrFIC&oi=fnd&pg=PP1&dq=+Teor%C3%ADa+de+los+sentimientos&ots=YYywYzz-gt&sig=NGT6bzS0KpAYR9eGM9hY9Nm6VfU>. Fecha de acceso 12 de abril del 2013.

VALBUENA A. Dysthanasia. TheBiomedicalProgressParadox. N Artículo de Investigación, elaborado en la Universidad del Bosque. 2008: 145-198. URL disponible en: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista5/Articulo5.pdf>. Fecha de acceso 19 de abril del 2013

ZÚÑIGA Fajuri, Alejandra. Derechos del Paciente y Eutanasia en Chile. Revista de Derecho Vol.8, N°. 1 2008-1

HURTADO J. (2010) Metodología de la Investigación. Ediciones Quirón S.A, Bogotá-Colombia

ARIAS F (2006) El proyecto de Investigación. Caracas, Editorial Episteme C.A.

#### REVISTAS

RODRIGUEZ (2002). La revista ARS MEDICA de la universidad católica de Chile, la eutanasia ante el derecho, (12), 8-9 publico eutanasia y ensañamiento terapéutico.

#### CONSULTAS ELECTRÓNICAS

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.

<http://ciencia.glosario.net/biotecnologia/enferedad-10086.html>.

[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/).

[http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/trasplante/muerte\\_encefalica\\_publicacion\\_1\\_pdf](http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/trasplante/muerte_encefalica_publicacion_1_pdf).

<http://www.actualidadlaboral.com/biblioteca/legislacion/legislactualidad/28189.htm>.

[http://www.actualidadlaboral.com/biblioteca/legislactualidad/ds014\\_05\\_sa.htm](http://www.actualidadlaboral.com/biblioteca/legislactualidad/ds014_05_sa.htm).

#### LEYES Y DOCUMENTOS NACIONALES

Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, Octubre 2007

Código Penal del Perú de 1991, Jurista editores. Enero 2008

Constitución Política del Perú de 1993

Ley General de Salud, Ley N° 26842

LEYES Y DOCUMENTOS INTERNACIONALES

Código Ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

Convenio Europeo Para La Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 4 De Noviembre De 1950



**ANEXOS**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	UNIDADES	EJES	DIMENSIONES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	MARCO TEÓRICO
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b></p> <p>¿Cuáles son los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana y como debe estar regulado en nuestra legislación nacional?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana así como la manera en que debe estar regulado en nuestra legislación nacional.</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>La falta de una legislación nacional respecto a la distanasia desde el punto de vista del empirismo normativo ha provocado negativamente efectos jurídicos lo que conlleva a que se cometan atentados contra la dignidad de la persona al prolongar su muerte ante una enfermedad terminal del paciente por parte de los agentes de la salud.</p>					
<p><b>PROBLEMA ESPECÍFICO.</b></p> <p>PE1. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO.</b></p> <p>OE1. Determinar los efectos jurídicos de la distanasia considerando la influencia del empirismo normativo en la legislación peruana.</p>	<p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICO.</b></p> <p>HE1.- La legislación penal peruana sobre la distanasia al estar ausente provoca que exista empirismo normativo en el ámbito administrativo, ya que los agentes de la salud al prolongar la vida de un paciente con una enfermedad terminal lo único que provoca es el atentado contra la muerte digna y por ende existe violencia contra la persona.</p>	<p>1. Influencia del empirismo normativo en la legislación de la distanasia.</p>	<p>1.1. Aspectos Generales de la Distanasia</p> <p>1.2. Características de la distanasia</p> <p>1.3. Influencia del empirismo normativo.</p>	<p>1.1.1. Estado del Paciente.</p> <p>1.1.2. Historia Clínica del paciente.</p> <p>1.1.3. Diagnóstico y Pronóstico del paciente.</p> <p>1.1.4. Derechos Fundamentales de la persona.</p>	<p>- Técnica de análisis de contenido.</p> <p>- Ficha de análisis de contenido.</p>	<p>1.1. Muerte digna</p> <p>1.2. Distanasia</p> <p>1.3. Empirismo.</p>
<p>PE2. ¿Cómo debe estar regulada la distanasia en nuestra legislación nacional en razón a la dignidad de la persona?</p>	<p>OE2. Proponer regulación de la distanasia en nuestra legislación nacional en razón a la dignidad de la persona.</p>	<p>HE2.- Debe incluirse un tipo penal específicos en el código penal para regular la responsabilidad penal médica en casos de distanasia, así como también regular los límites de un prolongamiento de la vida con el único interés del respeto de la dignidad humana.</p>	<p>2. Fórmula legal que regula la distanasia en el código penal.</p>	<p>2.1. Exposición de motivos.</p> <p>2.2. Fórmula legal.</p>	<p>2.1.1. Exposición de motivos.</p> <p>2.1.2. Análisis de costo y beneficio.</p> <p>2.1.3. Impacto en la legislación nacional.</p>	<p>- Técnica de análisis de contenido.</p> <p>- Ficha de análisis de contenido.</p>	<p>2. Fuentes de la ley.</p> <p>2.1. Procedimientos administrativos para crear una ley.</p> <p>2.2. Tipos de ley.</p>