

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE POSGRADO



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN DERECHO CON MENCIÓN EN DERECHO CONSTITUCIONAL

**“La muerte digna y el principio de libre autodeterminación de la
persona”**

Área de investigación
Constitucional

AUTORA:

Br. Neira Chávez Enma Noemi

Jurado Evaluador:

Presidente: Ms. Luis Gustavo Gutiérrez Ticse

Secretario: Ms. Nadia Doménica Palomino Fernández

Vocal: Alan Roverd Yarrow Yarrow

Asesor:

Dra. Díaz Cabrera, Melissa Fiorella

Código Orcid: (<https://orcid.org/0000-0001-7254-7409>)

Trujillo – Perú

2021

Fecha de sustentación: 17/12/2021

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO

ESCUELA DE POSGRADO



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN DERECHO CON MENCIÓN EN DERECHO CONSTITUCIONAL

“La muerte digna y el principio de libre autodeterminación de la
persona”

Área de investigación
Constitucional

AUTORA:

Br. Neira Chávez Enma Noemi

Jurado Evaluador:

Presidente: Ms. Luis Gustavo Gutiérrez Ticse

Secretario: Ms. Nadia Doménica Palomino Fernández

Vocal: Alan Roverd Yarrow Yarrow

Asesor:

Dra. Díaz Cabrera, Melissa Fiorella

Código Orcid: (<https://orcid.org/0000-0001-7254-7409>)

Trujillo – Perú

2021

Fecha de sustentación: 17/12/2021

DEDICATORIA

A mis padres Adriano Neira y Santos Chávez, por su apoyo y su amor incondicional, por ser mi motivo y mi motor para seguir superándome cada día como persona y profesional.

A mis hermanas, Ysabel, Micaela, Nery y Angélica que siempre están conmigo, apoyándome en todo, disfrutando cada logro y superando cada obstáculo que se me presenta.

Enma Noemí

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a la Universidad Privada Antenor Orrego y a quienes contribuyeron, que este trabajo cumpla con su cometido.

Un agradecimiento especial a la Dra. Díaz Cabrera, Melissa Fiorella, por el asesoramiento y los conocimientos impartidos en el desarrollo de la presente investigación para poder culminar la presente tesis.

Enma Noemí

RESUMEN

La presente tesis se titula “La muerte digna y el principio de libre autodeterminación de la persona” la cual tuvo el objetivo de determinar si resulta necesario la regulación del derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano, para la cual se formuló la pregunta ¿Cuáles son los fundamentos jurídicos que justificarían la regulación del reconocimiento del derecho a la muerte digna en el ordenamiento peruano?; en base a este contexto la hipótesis fue: “La regulación del derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano se justificaría en los siguientes fundamentos: El caso de ortotanasia un tipo de eutanasia que consiste en un tratamiento paliativo para el evitar el sufrimiento en enfermos terminales. El principio de bioética: Autonomía del paciente en enfermos terminales cuyo tratamiento no responde a su satisfacción ni disminución del dolor. El principio de libre autodeterminación del paciente debidamente informado sobre los tratamientos médicos que no amortiguan ni disminuyen la calidad de vida del paciente enfermo terminal”. Se utilizó el método dogmático y comparativo para analizar los resultados. Asimismo, se utilizó técnica documental y análisis de contenido con los instrumentos ficha de investigación bibliográfica y protocolo de análisis de contenido. El resultado fue, que en los países analizados la regulación del derecho a la muerte digna está basada en la autonomía que tiene el paciente terminal para tomar la decisión respecto al tratamiento a recibir; en el respeto a la dignidad de la persona y el acceso a cuidados paliativos. Por lo tanto, la conclusión es que la regulación del derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano se puede fundamentar en el caso de ortotanasia, en donde la muerte puede ocurrir sin miedo, mediante el uso de cuidados paliativos destinados a aliviar el dolor y brindar comodidad al paciente; por consiguiente, el derecho a la muerte digna es permitir que la muerte ocurra en el momento adecuado; para la cual es importante tener en cuenta los principios de bioética en especial el de autonomía del paciente, para que los médicos respeten la decisiones que tome el paciente sobre su enfermedad y eviten la obstinación terapéutica, tratándolos como lo que son (ser humano); aunado a todo esto, está el principio de libre autodeterminación del paciente, su derecho a decidir si desea o no recibir tratamientos, después de haber sido debidamente informado sobre los riesgos, complicaciones, consecuencias de un tratamiento. En consecuencia, no se trata de dejar morir, sino “permitir” que la muerte suceda con el mínimo de dolor posible, preservando al máximo el derecho a la autodeterminación de la persona enferma.

ABSTRACT

This thesis is entitled "The dignified death and the principle of free self-determination of the person" which had the objective of determining if the regulation of the right to a dignified death in the Peruvian legal system is necessary, for which the question was formulated What are the legal bases that would justify the regulation of the recognition of the right to a dignified death in the Peruvian system ?; Based on this context, the hypothesis was: "The regulation of the right to a dignified death in the Peruvian legal system would be justified on the following grounds: The case of orthothanasia, a type of euthanasia that consists of palliative treatment to avoid suffering in terminally ill. The principle of bioethics: Autonomy of the patient in terminally ill patients whose treatment does not respond to their satisfaction or decrease in pain. The principle of free self-determination of the patient, duly informed about medical treatments that neither dampen nor diminish the quality of life of terminally ill patients". The dogmatic and comparative method was used to analyze the results. Likewise, a documentary technique and content analysis were used with the bibliographic research sheet instruments and content analysis protocol. The result was that in the countries analyzed the regulation of the right to a dignified death is based on the autonomy that the terminal patient has to make the decision regarding the treatment to be received; in respect for the dignity of the person and access to palliative care. Therefore, the conclusion is that the regulation of the right to a dignified death in the Peruvian legal system can be based on the case of orthothanasia, where death can occur without fear, through the use of palliative care aimed at alleviating pain. and provide patient comfort; Consequently, the right to a dignified death is to allow death to occur at the right time; for which it is important to take into account the principles of bioethics, especially that of patient autonomy, so that doctors respect the decisions that the patient makes about their disease and avoid therapeutic obstinacy, treating them as what they are (human being); In addition to all this, there is the principle of free self-determination of the patient, his right to decide whether or not to receive treatments, after having been duly informed about the risks, complications, consequences of a treatment. Consequently, it is not a question of letting die, but rather "allowing" death to happen with the least possible pain, while preserving the sick person's right to self-determination as much as possible.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARATULA	i
CONTRA CARATULA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	11
1.1. Problema	11
1.1.1. Realidad problemática	11
1.1.2. Enunciado del problema	15
1.2. Hipótesis	15
1.3. Variables	15
1.3.1. Variable 1	15
1.3.2. Variable 2	15
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivo específico	16
1.5. Justificación	16
1.6. Antecedentes	17
1.6.1. A nivel internacional	17
1.6.2. A nivel nacional	18
CAPITULO II: BASES TEÓRICAS	20
SUBCAPÍTULO I: PRINCIPIO DE DIGNIDAD	20
1.1. Dignidad como pilar fundamental de los derechos	20
1.2. Definiciones	21
SUBCAPÍTULO II: MUERTE DIGNA	23

2.1. Definiciones	23
2.1.1 La dignidad es constitutiva hasta el final de la vida	24
2.2 Argumentos en contra de la muerte digna	25
2.2.1 La eutanasia es una falacia	25
2.2.2 Argumento religioso	26
2.2.3 Argumento médico	26
2.3 Argumentos a favor de una muerte digna	27
2.4 Tipos de eutanasia	28
2.4.1 Eutanasia directa	28
2.4.2 Eutanasia indirecta	29
2.5 Otros conceptos relacionados	29
2.5.1 Distanasia	29
2.5.2 Ortotanasia	29
2.5.3 Cacotanasia	31
2.6 Factores para aceptar la muerte digna	32
SUB CAPITULO III: CUIDADOS PALIATIVOS	32
3.1 Definición	32
3.2 Enfermo terminal	33
3.3 Principios básicos de un tratamiento terapéutico	34
3.4 Principios de cuidados paliativos	34
3.5 Los profesionales de la salud en los cuidados paliativos	37
SUBCAPÍTULO IV: EL PRINCIPIO DE LIBRE AUTODETERMINACIÓN DE LA PERSONA	38
SUBCAPÍTULO V: PRINCIPIO DE BIOÉTICA	41
5.1 Principios de bioética	41
5.2 La dignidad humana como primer principio bioético	44
5.3 Principio de autonomía y responsabilidad individual	44
5.4 Principio de consentimiento	45

SUBCAPÍTULO VI: MUERTE DIGNA (ORTOTANASIA) EN EL DERECHO COMPARADO	47
6.1 A nivel Europa	47
Francia	47
Italia	51
España	53
6.2 A nivel Latinoamérica	56
México	56
Argentina	58
Brasil	62
Uruguay	64
Perú	68
CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODOS	70
3.1. Material	70
3.1.1. Población	70
3.1.2. Muestra	70
3.1.3. Unidad de análisis	70
3.2. Método	70
3.2.1. Tipo de estudio	70
3.2.2. Diseño de investigación	71
3.2.3. Variables y operativización de variables	71
3.2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	71
3.2.5. Procedimiento	72
3.2.6. Análisis estadístico de datos	72
CAPITULO IV: RESULTADOS	74
CAPITULO V: DISCUSIÓN	86
CAPITULO VI: PROPUESTA	103
6.1 PROTOCOLO PARA ACCEDER A LA MUERTE DIGNA	103
CAPITULO VII: CONCLUSIONES	121
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Fundamentos jurídicos para legislar la ortotanasia según legislación europea	74
Tabla 2	
Fundamentos jurídicos para legislar ortotanasia según legislación América Latina	76
Tabla 3	
Fundamentos facticos para legislar la ortotanasia según jurisprudencia europea	78
Tabla 4	
Fundamentos facticos para legislar ortotanasia según jurisprudencia de América Latina	80
Tabla 5	
Regulación de ortotanasia a nivel de Europa y América Latina	82
Tabla 6	
Principios de bioética que se utilizan para decidir la regulación del derecho a la muerte digna	84

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Problema

1.1.1 Realidad Problemática.

La muerte está estrechamente relacionada con la vida que es imposible separarlas y comprender una sin la otra, con la vida se da inicio a la existencia y con la muerte se pone fin a dicha existencia, aceptar el fin de la existencia, es aceptar a la muerte como una última etapa de la vida y esto permite ver a la muerte como un proceso natural en todo ser viviente. Por otro lado, la dignidad es inherente a la vida, desde este punto de vista la dignidad debe permanecer hasta el último minuto de la existencia (muerte), tal como lo prescribe la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que se establece que la dignidad es inherente a la persona y constituye la base de los derechos fundamentales, por lo que se ha convertido en el valor fundamental que subyace en la construcción de los derechos de la persona como sujeto libre. Así mismo, en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se declaró promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad; en su Artículo 3°, prescribe “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”, este artículo le da primacía a la vida, pero debemos rescatar que también reconoce el derecho a la libertad y seguridad dejando un margen estrecho a la libre disposición de la misma por el titular y en su artículo 26° inc. 1, “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado”. Entonces si una persona no tiene un nivel de vida adecuada, estaría vulnerando este derecho, como por ejemplo en el caso de los pacientes con enfermedades terminales, personas que muchas veces se encuentran en hospitales, y con todos los avances en medicina y tecnología permite prolongar la vida, a veces, a partir del mantenimiento de las funciones vitales hasta límites extremos (respiradores artificiales), estar bajo la administración de medicamentos unido a los avances tecnológicos, y por más cuidados que reciban es innegable aceptar que estén dentro de una vida adecuada o digna, todo lo contrario, con el avance tecnológico en medicina conlleva en la mayoría de casos a un sufrimiento del mismo paciente y de la familia; así mismo, conlleva a negar el dolor y la misma muerte; por ende, existe un debate en muchos países sobre la muerte digna. También, la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH), reconoce derechos y libertades, en su artículo 1°, “La dignidad humana es inviolable, será respetada y protegida”. Artículo 3° “Toda persona

tiene derecho a su integridad física y psíquica. En el marco de la medicina y la biología. Al consentimiento libre e informado de la persona de que se trate”. De esto se desprende, que la dignidad es la base de todos los derechos fundamentales; por lo tanto, no puede ser socavada, no se puede actuar en su contra, incluso si restringe un derecho, además todas las personas tienen derecho a la vida, sin embargo, no todo derecho es absoluto, y existen excepciones, y por ende no se verá vulnerado en los casos necesarios como en la defensa legítima y también en caso de una enfermedad terminal podría ser una excepción.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Recomendación 1418 (25 de junio 1999), reconoció la regulación del derecho a la muerte digna, al mencionar que la dignidad del paciente se ve vulnerado cuando se prolonga la vida por medio de la tecnología y sobre todo continuar con tratamiento sin el consentimiento del paciente, conllevando que el paciente se vuelva un ser dependiente, obligándolo a sentirse una carga para la familia; pero sobre todo este derecho a la muerte digna se recalca en la recomendación que hace la asamblea a los Estados miembros, a proteger el derecho de la autodeterminación de las personas en fase terminal o moribundas, brindar un tratamiento adecuado para el dolor, independientemente de que el tratamiento signifique acortar la vida; informar sobre el estado de salud de forma veraz y completa, no tratar al paciente contra su voluntad, respetar si el paciente rechaza un tratamiento médico específico, cuando ha formulado un testamento vital, voluntad anticipada o directivas previas.

Así mismo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), en base al margen de apreciación, con sus sentencias, por ejemplo, el caso Haas vs. Suiza en el año 2011, planteó una manera más contundente que el hombre tiene derecho a decidir la forma en que quiere terminar con su vida.

Siempre que esté en disposición de formar libremente su propio juicio y actuar en consecuencia; constituye uno de los aspectos protegibles del derecho a la vida privada. Sin embargo, en un contexto legislativo en que el suicidio asistido se encontraba despenalizado, el TEDH subrayó que no existe un consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa acerca de la existencia de un derecho del ciudadano a decidir cuándo y por qué medios terminar con su vida. En esta sentencia concluyó que las autoridades suizas no violaron sus obligaciones positivas en relación con el derecho a la vida privada al negarse a administrar, sin

receta médica, una dosis letal de un compuesto farmacéutico a un ciudadano aquejado por un trastorno bipolar afectivo para que pudiera suicidarse de una manera digna, segura y desprovista de sufrimientos innecesarios. (Cañamares, 2016, p. 342)

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ha ido dando su posición respecto a la regulación del derecho a la muerte digna, desde su inicio que denegó la demanda por dar primacía a la vida, para posteriormente cambiar esta decisión respecto al derecho a la vida privada, que el paciente tiene el derecho a decidir cuándo acabar con su vida, siempre que esté listo para formar un juicio libremente y actuar en consecuencia; es uno de los aspectos del derecho a la privacidad que vale la pena proteger. En 2015, el TEDH confirmó la decisión de un tribunal francés de permitir que Lambert deje de recibir el soporte vital, permitiéndole morir, sin embargo, el TEDH estableció algunas garantías adicionales al afirmar que no es suficiente suspender el tratamiento, cuando el paciente está inconsciente o cuando ha perdido su autonomía de manera irreversible, lo que recalca y se rescata de la última sentencia es la importancia de valorar la voluntad del paciente de ponerle fin a su vida.

En nuestro país, la constitución de 1993 en el artículo 1º, prescribe “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”; la dignidad es el eje de la interpretación de las normas y la razón de ser el derecho, por lo tanto, en base a la dignidad, el derecho debe evolucionar y ser dinámico para adaptarse de acuerdo a la realidad social y desafíos en materia de derechos, en especial en los casos de minorías como por ejemplo el derecho a elegir una muerte digna. El Tribunal Constitucional que es el máximo intérprete de la constitución hasta la fecha no ha emitido sentencia alguna referente a la regulación del derecho a la muerte digna o morir con dignidad, y tampoco existe ninguna ley referente a este tema. Por otro lado, en el Código Penal en el artículo 112º, prescribe sobre el “homicidio piadoso: El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años”. Seguido del artículo 113º “El que instiga a otro al suicidio o lo ayuda a cometerlo, será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años”. Sin embargo, ninguno de los

artículos permite interpretar algo referente a una muerte digna, eutanasia y/o muerte asistida.

El derecho a la muerte digna no está regulado en el ordenamiento jurídico peruano, pero si tiene reconocimiento en otros tribunales constitucionales internacionales y cabe cuestionarse si su regulación puede alcanzar a todos los tipos de solicitudes que puedan darse así por ejemplo la ortotanasia, suicidio asistido, eutanasia activa, eutanasia pasiva; se busca justificar la regulación del derecho a la muerte digna, específicamente la ortotanasia, la misma que se trata de dejar que la muerte suceda en su momento, cuando debería suceder, aunado al principio de libre autodeterminación de la persona, es el paciente quien toma la decisión cuando poner fin a su existencia, es decir si continua con vida o no; por lo tanto, todo individuo debe ser tratado como ente autónomo, porque una persona es un fin y nunca un medio, y su libertad debe respetarse enfermo o no, poder elegir de forma libre una muerte digna como un derecho individual es una reivindicación considerado típico de las sociedades actuales, además la ortotanasia no se limita exclusiva y únicamente a evitar los protocolos de tratamiento en situaciones desafortunadas para el paciente y a prolongar su existencia precaria cuando existe una declaración de la voluntad anticipada del paciente, sino que se basa en el derecho al tratamiento terapéutico según el principio de justicia en caso de necesidad simultánea, sentido moral básico según el cual cada ser humano debe ser respetado y cuya dignidad está protegida por la ley.

Actualmente ha despertado la polémica la paciente Ana Estrada, quien ha solicitado ponerle fin a su vida, por cuanto:

Padece de polimiositis, enfermedad degenerativa que, poco a poco, le ha ido paralizando los músculos de todo el cuerpo. Esto ha ocasionado que dependa de un respirador artificial y del cuidado de profesionales para continuar con su vida. Actualmente, ella exige la legalización de la eutanasia para que un/a médico especializado/a pueda suministrarle un medicamento letal y así consiga la muerte digna que desea (Estrada, 2019).

Ana Estrada solicita la regulación del derecho a la muerte digna a fin de evitar problemas posteriores a la decisión que tome en sus plenas facultades; por lo tanto, la decisión libre y voluntaria de permanecer con vida es un derecho del paciente y su familia, y debe ser respetado.

Como se puede evidenciar, el mantener la vida de manera artificial en condiciones dolorosas, cuya supervivencia, generalmente, va acompañada de una pobre calidad de vida y denigra la dignidad de la persona; por lo tanto, se debe buscar morir con dignidad, además toda persona desearía morir sin sufrimiento, una muerte digna sucede en términos que cada persona determine. Rescatando la decisión de TEDH, a favor de la regulación del derecho a la muerte digna, en base a la autonomía personal, estableció que toda persona tiene derecho a decidir sobre su propia vida y muerte y que los demás deben respetar su propia decisión. Entonces bajo este comentario, se trata de investigar si se puede elegir el derecho a finalizar la vida relacionado con el principio de libre autodeterminación de la persona, en donde, es la misma persona quien decide excluyendo a terceros; siendo necesario que el Estado regule del reconocimiento del derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano.

1.1.2 Enunciado del Problema.

¿Cuáles son los fundamentos jurídicos que justificarían la regulación del reconocimiento del derecho a la muerte digna en el ordenamiento peruano?

1.2 Hipótesis

La regulación del derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano se justificaría en los siguientes fundamentos:

- a. El caso de ortotanasia un tipo de eutanasia que consiste en un tratamiento paliativo para evitar el sufrimiento en enfermos terminales.
- b. El principio de bioética: Autonomía del paciente en enfermos terminales cuyo tratamiento no responde a su satisfacción ni disminución del dolor.
- c. El principio de libre autodeterminación del paciente debidamente informado sobre los tratamientos médicos que no amortiguan ni disminuyen la calidad de vida del paciente enfermo terminal.

1.3 Variables

1.3.1 Variable 1: Regulación del derecho a la muerte digna

1.3.2 Variable 2: El principio de libre autodeterminación de la persona

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar cuáles son los fundamentos jurídicos que justificarían la regulación del reconocimiento del derecho a la muerte digna en el ordenamiento peruano.

1.4.2 Objetivo específico

- Establecer los fundamentos jurídicos para el reconocimiento del derecho a la muerte digna como institución jurídica en el ordenamiento peruano.
- Establecer los fundamentos fácticos para el reconocimiento del derecho a la muerte digna como institución jurídica en el ordenamiento peruano.
- Explicar las clases de eutanasia anotadas en la doctrina y legislación comparada que la aprueban.
- Explicar los alcances de los principios de Bioética que pueden servir para fundamentar la regulación del derecho a la muerte digna.
- Proponer la regulación de protocolo para aplicación del procedimiento de la muerte digna en el Perú.

1.5 Justificación

- **Conveniencia:** Esta investigación es conveniente para tener nuevas luces respecto al derecho de la muerte digna, y analizar la doctrina y jurisprudencia de otros países, para evaluar la necesidad de legislar el derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano.
- **Relevancia social:** La relevancia de esta investigación radica en que el derecho debe evolucionar y ser dinámico para adaptarse de acuerdo a la realidad social y desafíos en materia de derechos, en especial en los casos de minorías, como el derecho a elegir una muerte digna que evita sufrimientos y dolores a personas con enfermedades terminales; por lo tanto, los beneficiarios serán esta población.
- **Valor teórico:** La presente tesis es de utilidad para reconocer el derecho a la muerte digna, a partir del principio de libre autodeterminación de la persona y la libertad de decisión como derechos fundamentales, ya que hasta ahora, continua siendo un tema de discusión en muchos países y aquí en Perú todavía no se discute

este tema tan controversial, por ende está muy lejos de nuestra legislación y no permite que personas en situaciones con enfermedades terminales decidan ponerle fin a su existencia y así evitar un sufrimiento innecesario solo por dar primacía a la vida; y, con las conclusiones nos permitirá realizar una propuesta referente al derecho de muerte digna.

1.6 Antecedentes

1.6.1 A nivel internacional

Aaron y Suarez (2019), en su tesis denominada “*Tratamiento jurisprudencial de la corte constitucional sobre los requisitos para ejercer el derecho a la muerte digna en Colombia*”. Concluyeron lo siguiente: Las condiciones para una vida digna incluyen implícitamente las condiciones para una muerte digna, porque la muerte, aunque es un evento que marca el final de la existencia, es parte de la vida. El derecho a morir con dignidad (eutanasia) se basa en eso. Es necesario que la norma establezca los parámetros a seguir si su aplicación es necesaria, ya que la jurisprudencia constitucional y la resolución del Ministerio de Salud no definen la categoría de ley, lo que permite emitir opiniones esencialmente basadas en hechos y No derechos. En Colombia, no existe una ley legal que regule el asunto, ni ninguna ley o marco ordinario que establezca los procedimientos a seguir para el ejercicio de la ley, ya que, como ya se mencionó, su desarrollo ha sido considerando que, según la jurisprudencia, el legislador que se abstiene de regular un derecho con una categoría de derechos fundamentales impidió que su ejercicio sea directo, rápido y efectivo porque quienes tienen la intención de ejercerlo, la mayoría de las veces, deben recurrir a mecanismos judiciales, porque los proveedores de servicios de salud públicos y privados niegan o impiden el servicio alegando falta de regulación. (p. 69)

Martínez (2017). En su tesis “*Derecho a una muerte digna: la necesidad de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en México*”. La autora concluyó que:

En México, es necesario promover la cultura de las decisiones al final de la vida, para lo cual, en primer lugar, es necesario que la población en general esté abierta al debate. Es necesario legislar sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Si bien los avances en las opciones al final de la vida útil han sido útiles, no son suficientes para darles dignidad a los mexicanos. Este derecho humano, como el resto de ellos, es indivisible. Por lo tanto,

es necesario abrir la opción de la eutanasia y el suicidio asistido a aquellos que deciden poner fin a sus vidas y, al mismo tiempo, no descuidar el progreso temprano en los testamentos y cuidados paliativos. (p. 82)

Flemate (2015). En su tesis “*El derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico mexicano*”, el autor concluyo:

En México, la eutanasia activa directa es un comportamiento ilegal en el sentido criminal, descrito como un delito de suicidio asistido (artículo 312 de la CPF); sin embargo, la eutanasia pasiva e indirecta es una conducta legal en el sentido de la Ley General de Salud y las diversas leyes de la voluntad anticipada; no obstante lo anterior, México aún tiene un largo camino por recorrer en este sentido, ya que los Estados que han legislado al respecto ni siquiera representan la mitad de los Estados de la Federación. El derecho a morir con dignidad en México es un verdadero derecho fundamental, que no apunta específicamente a la muerte, sino al modo de muerte, que debe ser coherente con la dignidad de la persona. Por lo tanto, morir con dignidad significa "morir racionalmente y en el pleno uso de la libertad personal, el titular de las condiciones y con el respeto de los demás con respecto a su voluntad". Si fuera necesaria la creación de una ley federal que regulara el derecho a morir en la legislación nacional, debería ponerse en práctica y legalizarse bajo ciertas circunstancias y de acuerdo con los procedimientos establecidos que garanticen un mínimo de errores. (p.329)

Rodríguez (2016). En su tesis “*El derecho a una muerte digna y la necesidad de legalizar la eutanasia en el Ecuador*”. El autor concluye:

La sociedad avanza a un ritmo acelerado de la misma manera que la vida de los seres humanos, por lo que las circunstancias actuales muestran que la cuestión de la muerte es parte de la vida, lo mismo que la dignidad humana. La autonomía y la autodeterminación, los derechos consagrados en la Constitución y en la Declaración Universal de Derechos Humanos, dan paso a la eutanasia o la muerte con dignidad legalizada en nuestro sistema legal. (p.76)

1.6.2 A nivel nacional

Elguera (2016). En su tesis “*Derecho a morir dignamente como causal que justifica despenalizar la eutanasia activa para enfermos en situación terminal en el Perú*”, el autor concluye: La eutanasia es, por lo tanto, un derecho que se basa esencialmente en el derecho innato de cada persona a su dignidad humana, que se convierte en un elemento sustractivo de todo lo que se vuelve contrario a los actos normales de una persona. Y esta acción normal se ve comprometida cuando la enfermedad terminal sufre un gran sufrimiento. Sabiendo que su futuro es la muerte, lo más preciso es aceptar la eutanasia. Queremos que la ley despenalice estos parámetros, es la eutanasia activa; teniendo como prueba la expresión expresa de la voluntad de una persona. (p. 152)

Cusma y Gonzales (2018). En su tesis “*La eutanasia y el reconocimiento al derecho a morir dignamente en el Perú – 2018*”, los autores concluyeron que:

Si fuera posible legalizar la eutanasia en Perú, esto serviría como base legal para promover el reconocimiento de un derecho a la muerte digna de ese nombre a nivel constitucional, en beneficio de las personas con una enfermedad terminal. Que los fundamentos de la eutanasia se consideran un sustento lógico y razonable que debe tenerse en cuenta, luego la indignidad de la vida del paciente después de la enfermedad terminal que padece y la falta de autonomía, decidir sobre el propio cuerpo y evitar el sufrimiento extremo del paciente, estos son motivos lógicos y razonables para promover la legalización de la eutanasia en el Perú. (p. 128)

Torres (2018). En su tesis “*El ejercicio de la libertad individual y la existencia de fundamentos constitucionales del derecho a una muerte digna*”, el autor concluye que:

Los supuestos que respaldan el reconocimiento del derecho a la muerte asistida, encontramos en el derecho a vivir con dignidad, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, así como el derecho a ejercer nuestra capacidad de toma de decisiones, respaldada en la Constitución Política, en sus artículos primero y segundo. Del mismo modo, debe existir un procedimiento para acceder al ejercicio del derecho a morir por asistencia. Se propone: determinar el sufrimiento de una enfermedad terminal en el solicitante; determinación de la aplicación de la institución del derecho a la asistencia a la muerte; determinación de la fecha en que esta decisión será efectiva; determinación de consecuencias civiles, si corresponde. (p. 93)

CAPITULO II: BASES TEÓRICAS

SUBCAPÍTULO I: PRINCIPIO DE DIGNIDAD

1.1 Dignidad como pilar fundamental de los derechos.

La dignidad es una base y un pilar fundamental de los derechos que se encuentra establecido en las normas internacionales y nacionales, tales como:

La declaración universal de los derechos humanos (1948), en el preámbulo, literalmente prescribe “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca (...)”, Considerando que la Carta de las Naciones Unidas ha reafirmado su creencia en los derechos humanos, la dignidad, el valor de la persona y en la igualdad entre hombres y mujeres; y decidió promover el progreso social e incrementar el nivel de vida, pero dentro de un concepto más amplio de libertad; tal como prescribe en el artículo 1º “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (...)” (p.1).

Asimismo, el pacto internacional de derechos civiles y políticos, (1966) y el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, resaltan en el preámbulo, en concordancia “Con los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, (...), reconociendo que estos derechos se derivan de la dignidad inherente a la persona humana” (p.1). Una vez más, estos instrumentos internacionales toman como base la dignidad para desarrollar dichos pactos.

En la misma línea, la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH), reconoce derechos y libertades, y en su artículo 1º que prescribe, “La dignidad humana es inviolable, será respetada y protegida”. Haciendo alusión que los derechos son innatos al ser humano; por lo tanto, deben ser respetados, protegidos y sobre todo están exentos de violaciones.

También, la asamblea parlamentaria del consejo de Europa, en su recomendación 1418 (25 de junio 1999), precisa, “La vocación del consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella”, al referirse a los derechos que nacen de ella; es decir, que se desprenden de la dignidad humana, se puede mencionar

algunos derechos como la vida digna, la libertad, la integridad, educación, salud, etc. y por supuesto el derecho a una muerte digna.

A nivel nacional, está la constitución vigente de 1993, que en el artículo 1º, prescribe “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”; esto frase se entiende, que si la persona y su dignidad son el fin supremo de la sociedad y el Estado, pues el Estado está en la obligación a través de sus instituciones y ordenamiento jurídico hacer que esto sea una realidad y no una simple escritura en un papel, o quede como una falacia; es decir, hacer de la dignidad el eje de la interpretación de las normas y la razón de ser el derecho.

1.2 Definiciones

Dignidad proviene del latín dignitas, que se refiere al valor personal, considerar a la persona como un fin en sí mismo racional y libre; al respecto, Dibarbora (2014), refiere que:

En caso de una persona al comienzo de su vida, antes o poco después del nacimiento, esta dignidad no se expresa en la plena autonomía y libertad para determinar su propia vida, sino en el mandamiento ético de quienes lo rodean de tratarla como fin en sí mismo. Como podemos ver, la base de la dignidad surge necesariamente del concepto de la persona que ha generado controversia sobre lo que debe considerarse la calidad de vida mínima para ser considerado digno. (p.105)

La dignidad humana es un "valor común" fundamental a partir del cual los Estados se estructurarían ideal y políticamente, conjuntamente con los demás valores y principios, el hecho de pensar en algunos valores básicos (dignidad humana) que resultarían de una supuesta herencia moral y que tendrían que estar legalmente incorporados, resultando la dignidad un concepto "híbrido" entre moralidad y derecho, más precisamente desde un punto de vista moral, dos dimensiones que serían importantes para el área legal y que son "igualdad" y "universalidad" (Pele, 2017, p. 2521). Es decir, la dignidad es como un puente entre en lo moral y el derecho, además articula y desarrolla la idea de universalidad e igualdad de derechos. Por otro lado, la democracia y el estado de derecho son dos principios legales y políticos que permiten defender y desarrollar aún más estos valores;

viendo a las personas como el "centro de sus acciones", afirmando implícitamente la idea de la dignidad humana.

Cuando se habla de "dignidad humana", hay un elemento central que no es comparable, esto es lo que la intuición de Kant expresaría, "que hay algo propio, que no puede usarse como un medio, como un instrumento, sino que siempre es un fin en sí mismo". Esta condición humana es su dignidad, todas las cosas pueden ser intercambiadas y tienen un precio; pero el hombre tiene dignidad; esta dignidad humana no existe en diferentes grados; sería absurdo decir que los hombres son más o menos explotables, más o menos utilizables, ya que las cosas se pueden usar en general (Vial & Rodríguez, 2009, p.58). Es decir, la dignidad es como un núcleo, como algo básico, está ahí o no; pero no puede haber un hombre que no lo tenga, porque se adquiere con la existencia y se pierde con la muerte, ante esto la dignidad no está relacionada con sus cualidades morales, físicas o intelectuales, sino simplemente con el hecho de ser un individuo, una persona, el hecho de que es individuo de la especie humana.

También, López (2018), refiere que la dignidad humana tiene su origen en el pensamiento clásico, fundamentalmente en las ideas del estoicismo, de donde se rescatan cuatro elementos para reconstruir la figura de la dignidad en la era moderna, "el Cuidado de sí", el "Sapere aude", el "Carpe diem" y la noción de "Ciudadano del mundo". Así mismo, el autor menciona al filósofo Carlos Santiago Niño, quien restaura la dignidad basada en el concepto de autonomía y libertad y propone una base jurídica que resulta de la valoración de la autonomía del individuo. Esta idea de la dignidad de la persona será contraria al principio del determinismo normativo. En este sentido, el Estado no tiene que intervenir en el proyecto de vida de la persona, sino limitarse a "diseñar las instituciones que faciliten la búsqueda individual de ese proyecto de vida" para garantizar el cumplimiento del principio de inviolabilidad de la persona humana; por lo tanto, se puede confirmar que el concepto de dignidad humana no se agota por la garantía negativa de no injerencia, sino también por el libre desarrollo de la persona, entendiendo a la libertad en un sentido positivo, como la ausencia de obstáculos que impiden posibles decisiones y actividades, así como obstáculos en el camino que un hombre elige caminar.

En base a esto, el Estado regula la convivencia pacífica y social a través de un ordenamiento jurídico, pero no puede pretender ingresar en el ámbito de autonomía personal como un proyecto de vida, el Estado brinda las facilidades, pero es la persona que decide qué camino tomar, es esa dignidad, que como seres sociables nos relacionamos y esa relación funciona a través de jurídico, ética, política para cumplir con un deber ser de la dignidad, pero desde la autonomía que implica libertad de elección, y gracias a esas decisiones se logra desarrollar una capacidad comunicativa, racional y social; como se puede rescatar para hacer referencia a la dignidad se debe considerar la autonomía expresada o materializada en libertad e igualdad. (Heler, 2010), afirma:

La dignidad humana es un indicador de la condición limitada de una persona cuando se enfrenta con otras personas equivalentes, pero al mismo tiempo muestra el valioso carácter de la persona. El valor constitutivo de la dignidad es un concepto relacional: en efecto, algo vale para otro que sí mismo. Por lo tanto, el término dignidad es relacional e implica libertad e igualdad. (p.23)

SUB CAPITULO II: MUERTE DIGNA

2.1 Definiciones

García Falconi (como se citó en Torres, 2018), refiere “La tanatología (deriva del término griego thanatos), se ocupa de la muerte, debe declararla en un proceso completamente natural que se desarrolla de acuerdo con leyes fijas, claras y comprensibles”.

La tanatología es disciplina que facilita la comprensión y la transición de la vida a la muerte. Un problema que está estrechamente relacionado con la muerte y el sufrimiento que puede acompañarlo es la enfermedad. Actualmente, la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina han desarrollado varios métodos para curar y tratar enfermedades y, como resultado, prolonga la vida de las personas pero la muerte sigue siendo inevitable, porque, después de todo, aunque ahora hay medios que permiten este proceso de transición y exactamente donde se presenta uno de los nuevos problemas de ética y, por supuesto, el respeto a la dignidad: ahora la medicina que tiene el poder de prolongar la vida y desafiar la muerte, hasta cierto punto debe saber en qué medida y cómo intervenir, y antes de este nuevo poder debe haber nuevos límites para que se mantenga el respeto por la dignidad humana; es decir, la posibilidad de acortar la vida de alguien o de otros cuando ya no es deseable debido al cansancio o el agotamiento, el sufrimiento o el dolor

causado por una enfermedad o simplemente por el deterioro de las condiciones físicas en las que uno vive. La regulación del derecho a la muerte digna, es una práctica que adquiere nuevas dimensiones y oportunidades, y es por eso que es un debate profundo y duradero en nuestras sociedades (Martínez Bullé, 2013, p. 17).

2.1.1 La dignidad es constitutiva hasta el final de la vida, el deber humano más básico es ayudar al prójimo. Si la vocación personal tiene un significado central en nuestra vida, tiene un máximo significado cuando la vida expira. Si casi no hay características de las cualidades que resaltan al individuo, es el lugar donde más brilla la dignidad pura. El valor de la recepción como condición básica para tratar a las personas se vuelve muy pasivo. Cuando las personas se desmayan para reclamar sus derechos, irradia la fuerza de nuestra responsabilidad hacia ellas. La acogida y la responsabilidad son dos pilares de la sociedad humana. La muerte de todos, nos trae una lección sobre estas virtudes (Vial y Rodríguez, 2009, p. 58).

La muerte es un "proceso" porque, aunque la muerte misma es un momento instantáneo, esa acción inmediata está precedida por un período de tiempo que se integra a la muerte misma, el proceso se acompaña de una agonía más evidente cuando el proceso provoca que el miedo o la tristeza se encuentren o perciban el final cercano de la existencia humana, en estos casos, intentamos terminar este período, eliminando o evitando los procesos que nos llevan a ese último momento: la muerte. Este hecho de evitar o acortar este período, promoviendo activamente el resultado final, es visto por la sociedad como un medio de dignidad para la muerte, de ahí el término "muerte digna". Si se analiza el término "muerte" (sustantivo) y "digno" (adjetivo calificativo) por separado, encontraremos que calificamos un hecho natural, real, universalmente irreversible, inanimado y constante, como la muerte, en el contexto de la personalización, la misma muerte; el acto "la muerte misma" nunca es digna; siempre será indigno, porque su naturaleza es la extinción de lo que no se puede repetir: la vida humana; la dignidad de una persona es compatible con su estado de voluntad antes de la muerte inminente. Podemos llamar a esta actitud "dignidad moral". Esta dignidad moral debe distinguirse de la ontología, que surge solo de la condición humana y, por lo tanto, nunca se pierde. Este deseo personal de dominar el proceso de muerte en sí mismo lo hace digno o indigno de la moral pública. El deseo de dejarse llevar por el proceso o de canalizarlo en beneficio

de otros es lo que lo distingue. Por el contrario, resulta indigno para una persona querer manipular estos momentos justificando la autonomía basada en las libertades personales. De esta forma, honraríamos el suicidio con el pretexto de la autonomía, lo cual no es tan cierto desde la perspectiva de la moral pública. Lo que no es digno es que el hombre intenta, por su propia voluntad, hacer frente a este destino y sus consecuencias para su propio beneficio (para evitar el sufrimiento) (Arrieta, 2012, P.3).

2.2 Argumentos en contra de la regulación del derecho a una muerte digna

2.2.1 La eutanasia es una falacia

Con el derecho a la muerte digna, se busca como un propósito o medio con una intención aparentemente buena: aliviar el dolor o el sufrimiento; se administran dosis mortales de drogas o venenos o cuando se suprimen las medidas de soporte que salvan vidas. Sin embargo, para Giraldo-Cadavid (2008), la eutanasia es seriamente ilegal porque,

En la búsqueda de la muerte como fin o medio, amenaza la vida de la persona humana que posee una dignidad y un valor intrínseco que requiere un respeto incondicional por la vida. Además, esta dignidad y el valor intrínseco de la persona humana no se ven alterados por las limitaciones que tienen o por las circunstancias específicas de sus vidas; por lo tanto, a las personas no se les permite buscar justificación para poner fin a sus propias vidas o las de los demás y ni le es permitido emprender acciones con ese fin. Por otro lado, la intención de justificar la eutanasia: eliminar el dolor o el sufrimiento es una falacia: se elimina a la persona que sufre sin ser atacada la causa del dolor o sufrimiento. (p.164)

Teniendo en cuenta las palabras del autor, nos indica que, existen personas con circunstancias específicas, que pueden ser ciertas limitaciones, malformaciones, sin embargo, poseen muchas o importantes características de la persona, y deben ser vistas con comprensión y afecto y merecen un respeto especial. En lugar de disminuir su dignidad, las circunstancias en las que se encuentran nos obligan a tener un mayor respeto por ellos y a acompañarlos para ayudarlos a sobrellevar el sufrimiento y vivir una vida lo más normal posible, en estas circunstancias se concuerda con el autor y no es necesario buscar alguna justificación para poner fin a la vida; no obstante, sabemos que la muerte digna es para las personas (pacientes) con enfermedades terminales, es decir que

efectivamente tengan un verdadero sufrimiento y amerite una justificación la decisión de poner fin a la vida, por esto, contradecimos su comentario y diremos que el derecho a la muerte digna no es una falacia.

2.2.2 Argumento religioso

Las iglesias, la religión son movimientos muy enérgicos en oponerse a la regulación del derecho a una muerte digna, Juan Pablo II (como se citó en Trevijano Opinión 03 julio 2018), afirmo:

“De acuerdo con el magisterio de mis predecesores y en comunión con los obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita”

Asimismo, parafraseando a Juan Pablo II, refiere que la eutanasia, es un acto perverso sobre todo cuando se lleva a cabo por los familiares, si se supone que ellos son los que deberían cuidar con amor y mucha paciencia al familiar enfermo; o cuando se lleva a cabo por los médicos, si por su profesión son los llamados a cuidar de sus pacientes incluso en las condiciones más penosas.

Para la iglesia en representación de Juan Pablo II, la regulación del derecho a una muerte digna es inaceptable, basándose en la ley natural en donde existe un Dios que es el único que puede disponer de la vida, y que, por ningún motivo el hombre puede intervenir, o decidir ponerle fin a su existencia porque estaría desafiando al mismo Dios, ahora si los familiares llevaran a cabo este procedimiento, es completamente inmoral ante los ojos de la iglesia y de Dios, porque se convertiría en un colaborador o cómplice de un hecho repudiable para la iglesia, porque significaría un rechazo a la justicia y caridad que se debe tener para con los demás. Por otro lado, el argumento de Juan Pablo, cuando se refiere a que la eutanasia es una violación a la ley de Dios, podemos inferir que hace referencia a la vida como algo sagrado, que desde su nacimiento hasta el final es por obra de creación de Dios y por lo tanto se merece respeto absoluto.

2.2.3 Argumento médico

Finalmente otro argumento en contra de la regulación del derecho a una muerte digna, está la opinión de los médicos o profesionales de la salud, así por ejemplo se cita al libro “Doctor no haga todo lo posible” de Requena (2018); quien afirma que en base al fundamento ético de la medicina, la eutanasia, “no es parte de la medicina”; sin embargo, mencionó que una adecuada estrategia de cuidados paliativos acabaría tan mencionada polémica; asimismo, en su libro lo acompaña varios autores como: Gómez, quien explica el problema es la comunicación entre médico y paciente porque “el médico tiene miedo a hablar de la muerte y lo toma como un fracaso profesional”; en la misma línea Rodríguez, reafirma que “es preciso una adecuada relación médico-paciente donde la comunicación tiene un papel central en la tarea del sanitario” y Altisent, expresa que “es una irresponsabilidad legislar la eutanasia en estos momentos, porque existe una insuficiencia asistencial y académica, debido a que en muy pocas Facultades de Medicina se enseña bien a los médicos a atender al enfermo en situación terminal”.

En base a este contexto, podemos mencionar que de acuerdo con la ética de los médicos, por su juramento hipocrático, que no están de acuerdo con la regulación del derecho a la muerte digna o eutanasia, por el mismo hecho que juran defender la vida; por lo tanto, para ellos todo paciente tiene derecho a vivir, el tiempo que le queda de vida, de la mejor manera y es antiético adoptar acciones u omisiones que conlleven a la muerte, es actuar en contra de los principios de la ética, y si la finalidad de la eutanasia es compasión por un paciente terminal, solamente estaría disminuyendo una responsabilidad jurídica que deviene de una acción que es matar a alguien; es decir, para los profesionales de salud la eutanasia es una práctica antimédica porque no es el objetivo de la profesión médica causar la muerte, sino todo lo contrario.

2.3 Argumentos a favor de la regulación del derecho a una muerte digna

Rescatando algunos puntos importantes del artículo “eutanasia y legislación” de Padovani Cantón & Clemente Rodríguez (2008, p.5), se describe algunos argumentos:

- El derecho de disponer de la vida: argumento de cierta solidez, el derecho de todos a tener a disponer de sus vidas debe ser respetado dentro del marco legal y, por lo tanto, quienes ejercen este criterio proponen la despenalización de la eutanasia.

- El derecho a una muerte digna: un argumento fuerte de los defensores de la eutanasia, es morir con dignidad, su argumento radica en que no es digno pasar las últimas etapas de la vida atormentados de dolor y con sufrimiento, sobretodo haciendo sufrir a los familiares; por tal motivo, morir con dignidad significaría morir con la ayuda médica necesaria, con los medios necesarios para aliviar los síntomas, en condiciones que permitan hacerlo en privado y, no donde haya curiosidad pública, se hace de la muerte una muerte justa y rodeada de quienes nos aman y de quienes amamos. Es decir, morir con dignidad, no es acelerar el proceso normal de la muerte.
- El evitar el sufrimiento de paciente: un argumento importante; sin embargo, acelerar la muerte no es la única forma de aliviar dicho sufrimiento, hay otras formas como el cariño de las personas, quizás uno de los más importantes.
- El evitar que los miembros de la familia sufran durante la agonía: la agonía es a menudo una forma de preparar a los miembros de la familia para aceptar la muerte, a menudo se observa que la muerte inesperada de un ser querido daña la psique más que una muerte lenta, en la que se acostumbra y acepta la idea de la muerte; los familiares que realmente aman están tratando de compartir la agonía y esta es una forma de mostrar amor.
- El Ahorro de recursos: es un argumento práctico, si una paciente muere, los recursos se guardan para que puedan ser utilizados por otras personas que podrían obtener más beneficios; por otro lado, utilizar recursos inútiles (sabiendo que de todas maneras va a morir) solo conlleva a prolongar la agonía, y agotar dichos recursos que son escasos y a privar de ellos a aquellos que puedan necesitarlos después.
- La muerte digna como un derecho fundamental a la autonomía individual. En su estrategia que promueven la identificación de una muerte digna, como única alternativa posible de un pilar muy sólido, del deseo de no ser una carga para los demás, y la capacidad de autodeterminación para decir por la propia vida (González, 2007)

2.4 Tipos de eutanasia

2.4.1 Eutanasia directa, significa acciones que conducen directamente al final de la vida, en otras palabras, eventos en los que se espera el momento de la muerte como una

enfermedad incurable que representa sufrimiento y dolor inhumano para el paciente. Este método lo implementa un médico y permite dos clases:

Eutanasia directa activa: consiste en la administración de sustancias letales que provocan la muerte.

Eutanasia directa pasiva: debido a la omisión de medidas médicas, la supresión de procedimientos, medicamentos o sustancias vitales para el paciente con el único propósito de causar la muerte.

2.4.2 Eutanasia indirecta, tiene un propósito similar; este procedimiento consiste en calmar el sufrimiento del paciente en un estado final e indirectamente causar la muerte. Se lleva a cabo a través de tratamientos terapéuticos y farmacéuticos que ayudan a aliviar el dolor causado por la enfermedad. En algunos casos, los medicamentos utilizados tienen efectos secundarios que alteran las funciones vitales. También reciben apoyo psicológico y moral que facilita la aceptación de la muerte. Esta práctica puede calificarse como "cuidados paliativos".

2.5 Otros conceptos relacionados

2.5.1 Distanasia: Etimológicamente, proviene del griego dis (dificultad o anomalía) y thánatos (muerte); es retrasar la muerte de un paciente que causa un dolor agonizante o sufrimiento adicional, secundario a los efectos adversos de las terapias aplicadas y es el resultado de una lucha excesiva contra la muerte. También se conoce como obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutica (Giraldo-Cadavid, 2008, p.165). Es decir, se trata de realizar acciones excepcionales para preservar una vida que ya se ha perdido decididamente; es decir, aplicar medidas de reanimación a un paciente terminal, como intubar, usar respiradores artificiales, etc., incluso teniendo conocimiento que dichas acciones solo extiende la agonía del paciente y no evitara la muerte. Al respecto Padovani & Clemente (2008, p.8), afirma: "Es una acción extraordinaria a fin de conservar una vida, de un paciente en fase terminal aplicar medidas de resucitación cuando falle el corazón, aun conociendo que esto solo prolongará la agonía y no salvará de la muerte". A diferencia de la eutanasia, la distanasia o la persistencia terapéutica requieren todos los medios necesarios para evitar la muerte, realiza todos los procedimientos que le permitan al paciente continuar viviendo, en esta práctica, se es

consciente del sufrimiento que puede surgir para el paciente, pero aún necesita proporcionar unos pocos días u horas de vida (Delgado, 2017, p. 233).

2.5.2 Ortotanasia; La palabra ortotanasia, deriva del vocablo griego, orthos cuya acepción es derecho o recto, y thanatos que significa muerte.

Es la medida correcta contra la muerte: ayudar al paciente y a su familia a enfrentarla, aliviar el dolor, el sufrimiento y otras quejas que el paciente tiene con una enfermedad incurable y apoyarlo de cerca durante sus últimos días, este comportamiento respeta plenamente la dignidad humana y ayuda a enfrentar el momento crucial de la muerte (Giraldo-Cadavid, 2008, p.165).

La ortotanasia es detener las acciones extraordinarias en un paciente que cree que esto solo prolongaría la agonía y no salvaría al paciente ni prolongaría significativamente la vida. No puede dejar de adoptar comportamientos comunes como comer, tomar medicamentos o aliviar el dolor, ya que esto sería una eutanasia pasiva, es una decisión médica, no legal (Padovani Cantón & Clemente Rodríguez (2008, p.8). Es decir, se trata en lo posible, que la muerte ocurra en el momento apropiado sin acelerar, pero sin prolongar, lo que se refleja en la práctica cuando se utilizan todos los recursos necesarios que pueden beneficiar al paciente, pero no prolongando la agonía, respetando y tratándolo como ser humano que es, esto permite calmar las preocupaciones de los familiares de los pacientes enfermos terminales.

Asimismo, Delgado (2017, p. 233), refiere que la ortotanasia, significa "muerte correcta" o "muerte digna" y es similar a la eutanasia pasiva, dicho procedimiento evita el uso de tecnología médica que ayude al paciente a extender su vida, se intenta evitar el sufrimiento sin obstaculizar el camino que conducirá a la muerte, esta práctica no garantiza el alivio del dolor y, a veces, las condiciones no son notadas por el médico y/o expresadas por el paciente.

Para Goldim (como se citó en Morato) enfatiza “la ortotanasia no anticipa el final, sino que acepta la mortalidad en el momento adecuado y proporciona la atención necesaria y los medios regulares para que los pacientes terminales no sufran”. Asimismo, Villas-

Bôas (como se citó en Morato), refiere sobre ortotanasia, "el deseo no es matar, sino evitar la prolongación excesiva de la situación de agotamiento físico". (2019, párr. 4)

Hablar de ortotanasia, no significa que el paciente pueda morir debido a negligencia o falta de atención. Cuando se habla de ortotanasia, estamos hablando de una situación en la que el paciente ya ha recibido tratamiento, pero su muerte es inevitable a los ojos humanos y el prolongar la vida prolongaría el sufrimiento, y la misma muerte; en ese contexto, si se permite que un paciente en estado terminal con una muerte inminente, muera, no se priva el derecho a la vida, y no se viola la indisponibilidad del derecho a la vida, pero se garantiza su dignidad. Por lo tanto, no debemos entender que la ortotanasia daña la falta de disponibilidad del derecho a la vida; porque, se está en casos de pacientes donde la terapia simplemente "extiende" la vida útil, sin ningún beneficio concreto. Sin embargo, al paciente no se le pueden negar los cuidados paliativos. De hecho, el paciente y su familia necesitan ser tratados para prepararse para el momento de la muerte (Schmaltz, 2016, párr. 5).

En otras palabras, ortotanasia es aceptación y respeto por el proceso vital, permitiendo que la vida continúe su curso regular sin tener que suspender los tratamientos normales que se adaptan al paciente. Es decir, la ortotanasia tiene como objetivo lograr la muerte de la manera más natural posible para aliviar el dolor del paciente sin tener que recurrir a medios extraordinarios. Ante esto Vivanco (como se citó en Soto), refiere que la ortotanasia es sinónimo de una muerte digna, tiene una connotación más positiva que la eutanasia porque "es una muerte, en su momento sin acortar la vida o impulsar la muerte. Del mismo modo, en el último proceso no hay una extensión de la vida ni un retraso en la muerte". (2016, p.12)

Asimismo, Soto citando al Instituto Mexicano de Tanatología (2016), describe que la ortotanasia también se llama tanatología y se refiere al arte de morir bien, se considera "El estudio de la vida que incluye la muerte". Esta práctica proporciona ayuda a los pacientes que están a punto de morir para que su calidad de vida no se deteriore de manera exacerbada, es la ayuda en el morir, pero no la ayuda a morir.

2.5.3 Cacotanasia, es similar a la eutanasia voluntaria y se realiza sin tener en cuenta la voluntad del paciente, de modo que un tercero pueda autorizar al médico a detener, inyectar o suspender el tratamiento, medicamento o procedimiento requerido para prolongar la vida del paciente (Delgado, 2017, p. 233).

2.6 Factores para aceptar la regulación del derecho a la muerte digna

Fonnegra (2006) (como se cita en Ávila de la Torre, 2017, p.18), describe factores fundamentales, a tener en cuenta:

- Intención de terminar la vida de una persona, debe haber una justificación científica que pruebe los beneficios tanto para el paciente como para sus familiares.
- sufrimiento intenso e insoportable que ningún tratamiento es capaz de controlar; es decir, cuando los médicos hicieron todo lo que estaba a su alcance y las posibilidades se agotaron.
- Estado terminal: el paciente debe estar en la última fase de su vida y no cuando todavía hay esperanzas de recuperación.
- Petición consciente y repetida del paciente para poner fin a su sufrimiento: el paciente exige que se le otorgue poder para morir a través de la dignidad y la autonomía.

SUB CAPITULO III: CUIDADOS PALIATIVOS

3.1 Definición: La Organización Mundial de la Salud (OMS). Indica que los cuidados paliativos se basan en "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a problemas de enfermedades mortales, al prevenir y aliviar el sufrimiento, mediante la detección temprana de factores desfavorables y problemas psicológicos o espirituales adicionales". López, Reyes Miranda y Reyes Nieto (2010, p.38)

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, definió a los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria; asimismo, subrayó que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.

Pessini y Bertachini (2006) (como se citó en Fernández et ál., 2019. p. 7). Refieren que los cuidados paliativos son recomendables en caso de enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, en presencia de muchos síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y mutados; en presencia de un gran impacto emocional en el paciente, la familia y los cuidadores asociados con la presencia o la ausencia expresa de muerte; y espera una vida inferior a seis meses, en efecto, los hospitales reciben pacientes que no tienen curación y brindan un tratamiento inadecuado, enfocándose en tratar de sanar con métodos invasivos y de alta tecnología, que a menudo son exagerados, inadecuados y ocasionan más dolencias, cuando estas personas desean aliviar el dolor que sienten.

Ante este comentario, se debe cuestionar la tecnología, y evitar perder ese estatus de persona humana y tener más conciencia respecto a la muerte y fomentar la búsqueda de un equilibrio entre la tecnología y la dignidad humana para encontrar en lo posible una muerte en paz, no se debe aferrar a un conocimiento científico por miedo a la muerte, porque con ello nos olvidamos de ese proceso natural y normal que es la muerte como etapa final de la vida, el cual, los humanos deben experimentar, pero de manera digna con la ayuda de los cuidados paliativos para lo cual fueron creados, y tratar al paciente desde la esfera biopsicosocial, como debe ser, un ser humano digno de recibir esos cuidados.

Asimismo, la organización mundial de la salud (OMS, s.f.), afirma: Para que los cuidados paliativos sean efectivos, se debe utilizar un enfoque multidisciplinario integral que involucre a la familia y utilice los recursos disponibles en la comunidad. Se pueden implementar de manera efectiva, incluso cuando los recursos son limitados, y se pueden implementar en centros terciarios, centros de salud comunitario e incluso en el hogar.

3.2 Enfermo terminal

Según la Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL, s.f., p.4), precisa que “Para la situación de una enfermedad terminal concurren varias características que son relevantes, no solamente para definirla, sino para establecer la terapia adecuada”. Tales como: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos

problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte y un pronóstico de vida menos a 6 meses.

3.3 Principios básicos de un tratamiento terapéutico

- Atención integral; se trata de una atención individual y continua, teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- Familia y enfermo son una unidad a tratar; se debe considerar que la familia es un núcleo fundamental de apoyo para el enfermo, sobre todo en una atención domiciliaria, por lo tanto, la familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- Promocionar la autonomía y dignidad del paciente, este principio se verá concretizado si los objetivos terapéuticos se elaboran con el enfermo, se trata que la autonomía y la dignidad del enfermo tienen que regir las decisiones terapéuticas.
- Concepción terapéutica activa terapéutica, que incluye una actitud de rehabilitación y activa que conlleve a superar el "no hay nada más que hacer", nada más lejos de la realidad y muestra ignorancia y una actitud negativa en esta situación.
- Importancia del "ambiente", una atmósfera de respeto, comodidad, apoyo y comunicación tiene una influencia decisiva en el control de los síntomas. La creación de este entorno depende de las actitudes de los profesionales de la salud y la familia, así como de las medidas organizativas que ofrecen seguridad y promueven la comodidad del paciente.

3.4 Principios de cuidados paliativos: la organización mundial de la salud (OMS, s.f.), redacta los siguientes principios:

- Aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No están tratando de acelerar o retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente.
- Proporcionar un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte;
- Ofrecen un sistema de apoyo que ayuda a la familia a adaptarse durante la enfermedad y el duelo del paciente.

- Utiliza un enfoque de equipo para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional para el duelo, si corresponde.
- Mejoran la calidad de vida y también pueden tener un impacto positivo en el curso de la enfermedad.
- Se pueden administrar al inicio de la enfermedad junto con otros tratamientos que prolongan la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen la investigación necesaria para comprender y tratar mejor las complicaciones

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, describió algunos principios como:

- Obligación de respetar y proteger la dignidad que deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida.
- El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad.
- El ser humano que comienza su vida en la debilidad y la dependencia, necesita protección y apoyo en el morir.

Asimismo, la Asamblea exhorta a incorporar protección legal y social contra amenazas que enfrentan los enfermos terminales como:

- Morir sometidos a síntomas insoportables (dolor, ahogo, etc.).
- Prolongar el proceso de la muerte contra la voluntad del paciente terminal.
- Morir en aislamiento social y la degeneración.
- Morir bajo el miedo de ser una carga social.
- Restricción a medios de soporte vital por razones económicas.

Además, exhorta a proteger y respetar la dignidad del enfermo terminal:

A) Proteger el derecho a los cuidados paliativos integrales del enfermo terminal:

- Asegurar que el cuidado paliativo es un derecho legal e individual.
- Proporcionar acceso equitativo a los cuidados paliativos a todo paciente terminal.
- Garantizar que familiares y amigos del enfermo terminal reciban apoyo profesional.
- Asegurar asistencia paliativa a domicilio en el caso que esté indicado.
- Asegurar que el paciente terminal reciba adecuado tratamiento del dolor, incluso si este tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida.

- Impulsar centros de investigación y capacitación en cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinar.
- Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades de cuidados paliativos.

B) Proteger el principio de la autodeterminación del paciente terminal a:

- Dar eficacia al derecho a una información veraz y completa sobre el estado de salud, respetando, el deseo del paciente a no ser informado.
- Respetar y hacer posible que el paciente terminal consulte a otro médico distinto.
- Garantizar que ningún enfermo terminal sea tratado contra su voluntad.
- Respetar el rechazo a un tratamiento específico recogido en estamento vital.
- Definir criterios de validez sobre estamentos vitales o directivas avanzadas, así como sobre el representante para decidir en lugar del enfermo.
- Garantizar que, en un tratamiento terapéutico, se tiene en cuenta el deseo expresado por el enfermo terminal, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

Si uno de los principios de los cuidados paliativos es aliviar el dolor o el sufrimiento y apoyar en la transición de la vida a la muerte, no se debe olvidar de los cuidados ordinarios, a los que hizo mención Juan Pablo II, en su discurso: Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo, en donde preciso: Se deben tomar medidas naturales para preservar la vida, como la alimentación y la hidratación, así como otras medidas de cuidado básico, como la higiene, el calentamiento y medidas simples para evitar complicaciones (cambios de posición), rehabilitación y monitorización de signos clínicos de posible recuperación; asimismo, con respecto a la alimentación y la hidratación, enfatizó que la administración de agua y alimentos, incluso si se hace artificialmente, sigue siendo una forma natural de mantener la vida, no un procedimiento médico. Por lo tanto, su uso debe considerarse, en principio, ordinario y proporcionado y, como tal, moralmente obligatorio, siempre y cuando logre su propio propósito, es decir, en este caso, proporcionar al paciente alimentos y aliviar su sufrimiento (...) (Giraldo-Cadavid, 2008, p.9).

En base a este contexto, se entiende que la atención normal y apropiada para pacientes con una enfermedad incurable, se debe enfatizar la importancia legítima de no

interrumpir incluso si la muerte es inminente, el uso de analgésicos y otros tratamientos, incluso si reducen los días de vida del paciente como un efecto secundario, es éticamente legal si la muerte no se concibe como un fin ni como medio, solamente según lo esperado y tolerado como efecto inevitable y desventajoso de la terapia; además se le debe permitir, según sus creencias, un asesoramiento espiritual para ayudarlos a sobrellevar el sufrimiento y facilitar la transición de vida a muerte.

Los cuidados paliativos, cuyo objetivo es aliviar y proteger la dignidad de los pacientes que se encuentran agonizando y evitar el sufrimiento físico tanto como sea posible, juega un papel importante con el instrumento legal conocido como "directivas anticipadas", que consiste en un documento establecido por cada persona en la que: indica qué tipo de atención desea recibir, si se encuentra en una situación en la que no puede expresar por sí mismo. Este documento intenta respetar la autonomía y la dignidad de las personas incluso en el momento de su muerte (Martínez, 2013, p.26).

3.5 Los profesionales de la salud en los cuidados paliativos

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la calidad de vida, ya que esto no es suficiente para sobrevivir: el tiempo restante debe utilizarse con dignidad. Para hacer esto, es necesario que los profesionales que han cuidado a alguien en los últimos días desarrollen habilidades y conocimiento de los síntomas y signos físicos. También debe ser capaz de responder a las necesidades mentales y emocionales del paciente, atributos del arte de la atención, que pueden ser muy apropiados en esta situación. Prolongar el sufrimiento de una vida incurable es muy sensible e implica decisiones delicadas que requieren un conocimiento complejo del proceso, una observación cuidadosa del comportamiento y un diálogo honesto en la toma de decisiones por parte de los involucrados. La educación médica tradicional tiende a "entrenar" a profesionales de la salud para salvar al paciente a toda costa, ya que el "enemigo a vencer" es la muerte. El profesional está preparado para la vida y no para la muerte. Este objetivo parece pasar por alto la idea de que esta supervivencia debe ser experimentada con dignidad. Si no hay más comportamientos posibles que puedan curar a la persona, se deben utilizar los cuidados paliativos para reducir el sufrimiento en esta fase importante y final de la vida y para garantizar la dignidad del paciente. Por eso es necesario "educar" sobre la etapa final, que se ve como una forma de crecimiento personal integral que implica el

desarrollo subjetivo durante la vida y también en la preparación para la muerte. Sin embargo, este término no es constante en pacientes. Algunos expertos entrevistados encontraron que algunas personas mayores no temen a la muerte, pues existe la necesidad de intervenciones humanas finitas efectivas para desarrollar políticas y estrategias para manejar el proceso de muerte y la muerte misma con dignidad (Poletto, Bettinelli, & Santin, 2016, p.591).

Dentro de la escala de valores, la vida es uno del más alto en dicha escala, pero no es absoluto. La misma Iglesia Católica refiere: "La moral exige el respeto de la vida corporal, pero no hace de ella un valor absoluto". En base a esto, el honor, moral, religioso y legal, promueven la vida, también es necesario mantener este razonamiento hasta el final y generar respeto por una muerte digna, sin persistencia médica o familiar por actos inútiles que causen sufrimiento, y solo si prolonga unos días, o tal vez horas, el fin que atribuimos a nuestro estado natural como mortales en el futuro natural. Interrumpir un tratamiento médico costoso, peligroso, inusual o desproporcionado puede ser legítimo. Interrumpir estos tratamientos significa rechazar la "encarnizamiento terapéutico". Esto no debería conducir a la muerte; sino aceptar que no se puede evitar. El paciente debe tomar decisiones si tiene competencia y capacidad, o si no la tiene, quienes tienen derechos legales, siempre respetando la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente (Dibarbora, 2014, p. 106).

El Comité de Ética de SECPAL (2002, p. 39), (como fue citado en Delgado, 2017, p. 233), refiere que la sociedad española de cuidados paliativos defiende la idea de solidaridad cuando considera que la dignidad humana de una persona en un estado final debe aislarse del deterioro de su calidad de vida porque debe tratarse como un valor independiente que proporciona la mejor atención humana por parte de los médicos científicamente, lo que da a sus pacientes la sensación de que están recibiendo un apoyo especial digno de su condición.

SUBCAPÍTULO IV: EL PRINCIPIO DE LIBRE AUTODETERMINACIÓN DE LA PERSONA

En palabras de Valverde (s.f., p.23), el derecho a la autodeterminación de los seres humanos se basa en el valor de la libertad que tienen todos los individuos. Libertad significa ser libre; y ser libre significa, entre otras cosas, poder elegir, decidir, hacer, actuar, movilizarse sin violar los mismos derechos de otras personas. Por lo tanto, el ser humano con una enfermedad terminal tiene derecho a la autodeterminación al igual que otros humanos. El problema es que en la dimensión de su ego o en la ilusión del poder, las personas sienten que pueden controlar el destino de los demás sin respetar la voluntad de los demás para determinar lo que quieren.

Asimismo, Spadaro (2015, p. 7), refiere que "autodeterminación" deriva del hecho de que, aunque la palabra "libertad" es tradicional y aparentemente inofensiva, por así decirlo, el término "autodeterminación" es un matiz psicológico de "voluntariedad; por lo tanto, en lugar de libertad, a menudo hablamos de autodeterminación del individuo, no obstante, cada libertad individual no es un valor absoluto, sino que siempre tiene un carácter relativo e intrínsecamente relacional, y en consecuencia conlleva aun "límite".

El concepto de "autodeterminación" individual parece indicar el ejercicio de una voluntad precisa e inevitable: mientras la idea de "libertad" evoca un hecho y en ella necesariamente existe también la idea del límite: implícitamente, las libertades siempre están mutuamente limitadas. En la idea de "autodeterminación" es la necesidad de actuar para defender un estado amenazado o uno que aún no se ha disfrutado (o que aún no se disfruta plenamente) y, por lo tanto, nace la idea de voluntad y decisión. En el mejor de los casos, incluso podríamos ver la autodeterminación como un tipo de libertad más amplia, un ejemplo particular de libertad: más asertivo, pero siempre con referencia a la "responsabilidad". Desde un punto de vista puramente jurídico-constitucional, es realmente difícil imaginar un poder, incluso si se refiere solo a sí mismo, que de ninguna manera implique una cierta forma de responsabilidad hacia los demás (Spadaro, 2015, p.8).

Todas las declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos; es decir, aquellos que promueven, protegen y garantizan la vida humana, las condiciones y la calidad de vida, se basan en principios universales de igual valor y dignidad humana, autonomía personal y respeto por la diversidad cultural. El enfoque del derecho a la muerte digna enfatiza principalmente los principios de autonomía personal y dignidad humana, de la cual se desprende la pregunta: ¿Es justa o injusta la restricción legal a la autonomía personal en relación a una muerte digna?, el principio de autonomía personal establece que las personas son libres de diseñar su propio proyecto de vida y establecen objetivos que los ayudan a desarrollarse plenamente, guiados por valores que atribuyen a situaciones, objetos y personas que les brinden felicidad.

El uso legalmente justificado del poder estatal es obligatorio para prevenir la violación del derecho universal. Kant explicó que cualquier acción es justa (si está justificada) si el libre albedrío de cada persona puede coexistir con la ley universal de cada sujeto. Se deduce que el principio de justicia es universal; es decir, para todo el universo de seres que comparten la condición humana, pero que su práctica es individual y valorada por las acciones que todos expresan en la práctica social. La ley universal de justicia dice: “Actúa externamente de tal manera que el libre uso de tu voluntad sea compatible con la libertad de cada individuo de acuerdo con la ley universal”. Por lo tanto, la libre externalización de la voluntad es responsable de una moral individual que sea compatible con el trato digno que todo miembro de la humanidad merece como ser moral (ley universal). El principio de la dignidad humana estipula que todas las personas tienen un valor intrínseco que está por encima de todos los precios y no permite un equivalente. La dignidad humana es la fuente de libertad y paz en las relaciones interpersonales, en particular los derechos y deberes civiles y políticos que requieren un trato justo (en el sentido correcto) (Baum, 2017).

El Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago de Chile (2011, p.645), (como fue citado en Delgado, 2017, p. 233), describen que, hay personas que creen que el principio de autonomía personal es una puerta para acabar con el sufrimiento prolongado, las irregularidades patológicas y las discapacidades que les impiden llevar una "vida digna". Afirman que la vida como un derecho fundamental no simboliza un deber irrenunciable. Para limitar este principio, el médico puede determinar y especificar

en qué casos se puede practicar y/o hacer uso del derecho a la muerte digna, teniendo en cuenta la importancia de la autonomía personal, y así evitar alguna petición fuera de la naturaleza jurídica y médica.

Los autores anteriormente citados, coinciden que el principio de autodeterminación, les permite a los seres humanos tener una salvedad y se puede regir por su voluntad, no solo por su capacidad legal sino también por sus habilidades intelectuales para tomar decisiones referentes a ellos mismos, sin involucrar terceros, por ejemplo en el caso concreto, que se está desarrollando, una persona puede sufrir una enfermedad grave y aun así elegir no visitar un centro médico para recibir tratamiento, ya sea que sepan o no lo que es mejor para ellos. Dicha elección se fundamenta en la capacidad que tiene para decir por sí mismo, sin que esas decisiones tengan repercusiones sobre otros; es decir, la decisión es muy personal; no obstante, cuando un paciente ingresa a un centro médico, este pasa a estar bajo el juramento hipocrático que todos los profesionales de la salud han hecho, hacer todo lo posiblemente humano para velar por la salud y la vida, por otro lado, vista la autodeterminación como una libertad mucho más amplia que implica la voluntad y la decisión de la persona; o lo mismo que decir libertad y autonomía, dos fundamentos básicos que permite a las personas determinar la dirección de su existencia, y además son los dos pilares fundamentales sobre los que descansa la dignidad humana. Dignidad humana que es el eje de la interpretación de las normas y la razón de ser el derecho, y en un Estado democrático hay derechos que, debido a su importancia fundamental, se consideran inherentes a las personas. Los llamados derechos personalísimos (derecho de autodeterminación) solo pueden ser ejercidos por su titular, en este caso por la decisión y voluntad del mismo paciente terminal.

SUBCAPÍTULO V: PRINCIPIO DE BIOÉTICA

5.1 Principios de bioética, los principios que rigen la bioética son cuatro según López, et ál. (2010, P. 40):

- No maleficencia: prohíbe el mal y obliga al profesional hacer su trabajo correctamente; el resultado son protocolos que cumplen los requisitos de una buena práctica clínica, el tratamiento debe ofrecer al paciente más beneficios que riesgos o peligros. Este principio tiene que ver con el juramento hipocrático de los

profesionales de salud; por lo tanto, el personal de salud está obligado a no causar daño al paciente; por lo consiguiente, no pueden, terminar con la vida del enfermo, causar sufrimiento o daño, causar incapacidades, privar de la vida a aquellos que lo aprecian.

- Justicia: se compromete a ofrecer a todos los pacientes igualdad de oportunidades en el orden social, sin discriminación, segregación o marginación y buena gestión de los recursos de salud, sobre todo el sistema público.
- Autonomía: es la capacidad de las personas para llevar a cabo acciones conociendo la causa, con información suficiente y sin restricciones internas o externas. Un paciente terminal competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento o de delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre si no puede.
- Beneficencia: requiere hacer el bien de acuerdo con los buenos criterios del potencial beneficiario. El cuidado debe ayudar al paciente a controlar y reducir los efectos de la enfermedad; es decir, este principio obliga a hacer el bien, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos, como proteger y defender los derechos de los demás, prevenir los daños causados por otros; eliminar las condiciones que pueden dañar a los demás, ayudar a las personas en peligro y con discapacidad.

De igual manera Moreno & Aguilar (2019, p. 71), mencionan cuatro principios que los médicos deben tener en cuenta en las unidades de emergencia:

- Beneficencia, el medico de una unidad de emergencia tienen como objetivo prevenir la muerte o minimizar el daño de alguna patología, por la cual su actuación es bajo el principio de beneficencia. Además, proteger la privacidad del paciente, mantener la confidencialidad de la información que dé y la obtenida por medio de la historia clínica, también es actuar con beneficencia.
- No maleficencia, el médico no deben iniciar tratamientos que puedan causar más daño que beneficio y deben procurar maximizar los beneficios del tratamiento y minimizar el riesgo de daño.
- Autonomía, el paciente adulto con capacidad para tomar decisión tiene derecho a aceptar o rechazar la atención médica recomendada, y el médico tiene el deber de respetarla, no sin dar información precisa sobre su estado de salud, así como las

opciones de diagnóstico y tratamiento; se materializa con el consentimiento informado; de lo contrario, si el paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones, el médico debe respetar también las decisión médicamente apropiadas tomadas por el representante del paciente.

- Justicia, el médico tiene el deber de justicia para proporcionar atención al paciente independientemente de raza, color, credo, género, nacionalidad, dar a cada persona lo que es debido; el médico tiene el deber en la justicia de actuar como administrador responsable de los recursos de atención de salud que se les confían.

En la misma línea, los Servicio Andaluz de Salud (2019), describen los principios fundamentales de la bioética en el código deontológico de la enfermería y son:

- Principio de beneficencia, los profesionales tienen la obligación de hacer el bien, a actuar en beneficio del paciente, desde la perspectiva ética de la atención sanitaria, el bien interno de la sanidad es el bien del paciente. Un conocido paternalismo médico sería todo lo contrario a este principio.
- Principio de autonomía, le da al paciente el derecho a ser respetado como persona, por él y por sus creencias, opiniones y decisiones, su postura del paciente se manifiesta a través del consentimiento informado.
- Principio de justicia, conocido como distribución equitativa y se refiere a la distribución equitativa de los recursos para que el tratamiento se trate por igual sin discriminación.
- Principio de no maleficencia, en casos donde el bien no es posible, los profesionales deben preceder a tener cuidado de no causar cualquier daño, "primum non nocere". Algunas situaciones asociadas serían la seguridad del paciente y la prevención de la iatrogenesis.

Que se continúe discutiendo problemas en bioética alrededor de la vida y la muerte, que se busque la formulación de los derechos en que todos los hombres encuentren cumplido el imperativo de respetar la vida y de considerar al hombre como fin y no como medio, es una muestra de que aún no se ha alcanzado la formulación deontológica deseada, de que somos hombres llenos de pasiones, afectos, sentimientos, raciocinios que nos hacen limitados y pobres en nuestros logros. La proclamación de la dignidad como fundamento de todo derecho, el reconocimiento de que los derechos humanos tienen carácter absoluto

en cuanto están sostenidos sobre el valor del ser humano como tal, permite entablar un diálogo respetuoso con otra cultura (Heler, 2010, p.24)

Y junto con la cuestión del acortamiento de la vida, encontramos el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales, para que su dignidad no se vea afectada en esta fase final, por un lado, para evitar la llamada crueldad terapéutica, si el médico sabe que el uso de los tratamientos ya no sirve para mejorar al paciente, sino solo para prolongar su sufrimiento, pero también para evitar que el paciente se vaya, que puede enfrentar su sufrimiento sin ayuda asistencial.

5.2 La dignidad humana como primer principio bioético

La bioética siempre abordará el tema de la dignidad humana, ya sea porque se trata de situaciones en las que puede verse comprometida o dañada, lo que a menudo se expresa en términos de derechos humanos, así, cuando se formulan los derechos de los pacientes, donde el derecho a un "trato digno con respeto a las convicciones personales y morales, principalmente con respecto a sus condiciones socioculturales, género, modestia y vida privada", es considerado uno de los principios fundamentales, además se afirma que la bioética se ocupa del cuidado de la vida en general, pero como disciplina moral se centra en valores como la libertad, la autonomía, la igualdad y, por supuesto, dignidad personal (Martínez, 2013, p. 29).

En la declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO (2005), confirma que la dignidad humana es un principio primordial de dicha declaración tal como lo prescribe en el artículo 3º, "dignidad humana y derechos humanos", en donde precisa, "se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad".

Según este artículo la dignidad humana es la referencia fundamental del texto y determina los límites de la acción; en concordancia con el artículo 28º, que prescribe sobre la "salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana"; es decir, propone como criterio para guiar el trabajo de interpretación en su conjunto, por lo tanto, para hacer una

interpretación correcta, no solo se debe recurrir a las normas del derecho internacional, sino se debe tener en cuenta la dignidad humana como principio rector cuando un derecho este en conflicto.

5.3 Principio de autonomía y responsabilidad individual

Asimismo, en el artículo 5°, de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, especifica que la autonomía y responsabilidad individual es un principio que se debe respetar:

Respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Este artículo, hace referencia a la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su enfermedad, pero esto presupone que hay información disponible sobre las consecuencias de las medidas a implementar; asimismo, este mencionado principio implica respeto por las personas, por lo tanto, deben ser tratadas como lo que son (ser humano), y para mantener esta autonomía del paciente significa, considerar al paciente con capacidades para tomar sus propias decisiones sin ser coaccionado o persuadido, para la cual es importante la información brindada, esclarecer dudas para que el mismo paciente cuente con mayor argumentación para tomar una decisión informada referente a su salud. Además, de este principio, se puede inferir que la decisión del paciente debe ser respetada y acatada siempre y cuando no alcance a los demás y se mantenga en el ámbito estrictamente personal; por lo tanto, el alcance de este principio es absoluto al mencionar “Respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones” y desconocería alguna normatividad que se imponga ante este principio.

5.4 Principio de consentimiento

De acuerdo a la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, prescribe en el artículo 6° que:

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser

expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. (...).

Con respecto a las personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento, en el artículo 7º, prescribe que a estas personas se les debe brindar protección especial:

a) la autorización para proceder (...) a prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada (...) Sin embargo, la persona debería (...) adoptar la decisión de consentimiento, así como la de su revocación;

b) se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada (...).

Cuando se trata del consentimiento informado, esto es esencial en la relación entre el paciente y el médico para evitar malentendidos y, por lo tanto, mejorar la comunicación entre los dos. La comunicación es fundamental entre paciente y médico, con la finalidad de entender lo que cada parte imparte, pero, siempre considerando, en la medida posible de comprender la decisión del paciente o de sus allegados, además de brindarle información debidamente detallada respecto a su enfermedad, sea favorable o no, pero informar siempre.

De acuerdo con Vera (2016, p.61). El consentimiento informado debe contar con cuatro elementos fundamentales:

- Información suficiente, el formulario de consentimiento debe incluir los detalles de la intervención, incluidos los beneficios, las alternativas, los criterios utilizados por el médico, los riesgos, los efectos secundarios, incluida la posibilidad de ampliar la información y cambiar la decisión si así lo decide el paciente.
- Libertad de elección, el consentimiento otorgado por el paciente debe ser libre y voluntario; es decir, sin coacción, ni influencias externas, manipulaciones o persuasiones.

- Capacidad de toma de decisiones, el paciente debe ser capaz de comprender las explicaciones del médico y elegir con madurez y libertad. En este caso hay tres tipos de pacientes: ancianos y capaces; personas con trastornos mentales; y menores de edad; los dos últimos generalmente requieren un representante legal que pueda firmar el documento
- Comprender este elemento está directamente relacionado con la capacidad del paciente para absorber la información recibida.

Asimismo, Vera (2016) menciona las funciones del consentimiento informado;

Promover la autonomía de los individuos, fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas, proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación, evitar el fraude y la coacción, alentar al auto evaluación y auto examen de los profesionales de la salud, disminuir recelos y aliviar temores e introducir en la medicina una mentalidad más probabilística y con mayor capacidad de hacer frente a la incertidumbre. En suma, defiende al paciente, al profesional y a la institución.
(p.60)

SUBCAPÍTULO VI: MUERTE DIGNA (ORTOTANASIA) EN EL DERECHO COMPARADO

6.1 A nivel mundial

Francia, no es legal la eutanasia, como antecedente se encontró que en el año 2005, un proyecto presentado por Leonetti, el mismo que se aprobó, y se denominó ley Leonetti, N° 370 (22 de abril de 2005) “sobre los derechos de los enfermos y el final de la vida”, en la cual existía la posibilidad de dejar que una persona muera en un estado de fase terminal irrecuperable, dicha norma especificó que la atención médica no debe prolongarse con una obstinación irrazonable y que si el tratamiento era desproporcionado, solo con efecto del mantenimiento artificial de la vida, puede suspenderse o no llevarse a cabo. Posteriormente en el año 2016 se actualizó la mencionada ley; por Ley N° 87 “Ley de fin de vida” en donde permite responder mejor a morir dignamente al enfrentar mejor el sufrimiento y aclarar el uso de sedación profunda y continua hasta la muerte en las etapas finales; asimismo permite la expresión de voluntad anticipada del paciente, las mismas que son vinculantes para los

médicos y si no hay instrucciones previas, se considere la expresión del paciente expresada a través del testimonio del familiar; además pueden usar una plantilla de directiva anticipada, con la ayuda de su médico, registrarla para facilitar la accesibilidad; y, el derecho del paciente a suspender o rechazar el tratamiento por completo; es decir, modificó y creó algunos artículos del código de salud pública francés, el mismo que al momento de redactar esta investigación estaba actualizado al 10 de abril del 2020.

Artículo L1110-5, modificado por Ley N° 87 (2016, 2 de febrero, art. 1)

Toda persona tiene, dado su estado de salud y la urgencia de las intervenciones que éste requiere, derecho a recibir, el tratamiento y cuidado más adecuado y a beneficiarse de los tratamientos cuya eficacia sea reconocida y que garanticen la mejor seguridad sanitaria y el mejor alivio posible del sufrimiento a la luz de conocimientos médicos comprobados.
(...)

Toda persona tiene derecho a un final de vida digno acompañado del mejor alivio posible del sufrimiento. Los profesionales de la salud utilizan todos los medios a su alcance para garantizar el respeto de este derecho.

Artículo L1110-5-1 creado por Ley N° 87 (2016, 2 de febrero, art. 2)

Los actos mencionados en el artículo L 1110-5 no deben ejecutarse ni continuarse cuando sean el resultado de una obstinación irrazonable. Cuando parezcan innecesarios, desproporcionados o cuando no tengan otro efecto que el único mantenimiento artificial de la vida, podrán suspenderse o no emprenderse, de acuerdo con la voluntad del paciente
(...).

La nutrición e hidratación artificiales constituyen tratamientos que pueden suspenderse de acuerdo con el primer párrafo de este artículo.

Cuando los actos mencionados en los dos primeros párrafos de este artículo se suspenden o no se llevan a cabo, el médico salvaguarda la dignidad del moribundo y asegura la calidad de su vida al brindarle los cuidados paliativos mencionados en el artículo L 1110-10.

Artículo L1110-5-2, creado por Ley N° 87 (2016, 2 de febrero, art. 3)

A pedido del paciente para evitar el sufrimiento y no sufrir una obstinación irracional, una sedación profunda y continua que causa una alteración de la conciencia mantenida hasta la muerte, asociada con la analgesia y el cese del todo. Los tratamientos de soporte vital se implementan en los siguientes casos:

1 ° Cuando el paciente que padece una afección grave e incurable y cuyo pronóstico vital se compromete a corto plazo presenta un dolor refractario a los tratamientos;

2 ° Cuando la decisión del paciente que sufre un afecto grave e incurable de suspender un tratamiento implica su pronóstico vital a corto plazo y es probable que cause un sufrimiento insoportable.

La sedación profunda y continúa asociada con la analgesia prevista en este artículo se implementa de acuerdo con el procedimiento colegiado definido por la regulación que permite al equipo de atención médica verificar de antemano que se cumplen las condiciones de aplicación previstas en los párrafos anteriores.

A pedido del paciente, se puede implementar una sedación profunda y continua en su hogar o en un establecimiento de salud.

Artículo L1110-8, modificado por Ley N° 41 (2016, 26 de enero, art. 175)

El derecho del paciente a la libre elección de su médico y de su establecimiento de salud y de su modo de asumir la responsabilidad, en forma ambulatoria o en el hogar, en particular cuando se trata de cuidados paliativos, es un principio fundamental de la legislación sanitaria.

Artículo L1110-10, creado por la Ley N° 303 (2002, 4 de marzo, art. 9)

Los cuidados paliativos son cuidados activos y continuos practicados por un equipo interdisciplinario en una institución o en el hogar. Su objetivo es aliviar el dolor, aliviar el sufrimiento mental, salvaguardar la dignidad de la persona enferma y apoyar a quienes lo rodean.

Artículo L1111-11, modificado por Ley N° 87 (2016, 2 de febrero, art. 8)

Cualquier adulto puede escribir instrucciones anticipadas en caso de que un día no puedan expresar sus deseos. Estas instrucciones anticipadas expresan la voluntad de la persona en relación con su final de vida con respecto a las condiciones para la continuación, limitación, interrupción o rechazo del tratamiento o procedimiento médico.

En cualquier momento y por cualquier medio, son revisables y revocables. (...). Las instrucciones anticipadas son vinculantes para el médico, intervención o decisión de tratamiento, excepto en el caso de una emergencia que ponga en peligro la vida durante el tiempo necesario para una evaluación completa de la situación y cuando las instrucciones anticipadas parezcan manifiestamente inapropiadas o no. consistente con la situación médica.

(...) Las directivas anticipadas se mantienen notablemente en un registro nacional que está sujeto a procesamiento automatizado de conformidad con la Ley N° 78-17, y un recordatorio se envía regularmente a su autor.

Artículo L1111-12, modificado por Ley N° 87 (2016, 2 de febrero, art. 10)

Cuando una persona, en la fase avanzada o terminal de un afecto grave e incurable, cualquiera que sea la causa, no puede expresar su voluntad, el médico tiene la obligación de preguntar sobre la expresión de la voluntad expresada por el paciente. En ausencia de las instrucciones anticipadas, recoge el testimonio de la persona de apoyo o, en su defecto, cualquier otro testimonio de la familia o parientes cercanos.

Artículo L1111-13, creado por la Ley N° 370 (2005, 22 de abril, art. 10)

Cuando una persona, en la fase avanzada o terminal, cualquiera que sea la causa, no puede expresar su voluntad, el médico puede decidir limitar o suspender el tratamiento innecesario, desproporcionado o que no tiene otro objeto que la única prolongación artificial de la vida de esta persona, después de haber respetado el procedimiento colegiado definido por el código de ética médica y haber consultado a familia. Su decisión razonada se ingresa en el archivo médico.

El médico salvaguarda la dignidad de los moribundos y garantiza la calidad de su fin de vida al proporcionar la atención a que se refiere el artículo L1110-10.

Como se puede inferir la ley 87- 2016, crea nuevos derechos para los pacientes y las personas al final de sus vidas, eludiendo principalmente del enfoque del suicidio asistido y la eutanasia, sin embargo, se logró legislar una extensión indudable del derecho a la autonomía del paciente, y fundamentalmente busca mejorar los servicios públicos en el área específica de los cuidados paliativos como una herramienta esencial para garantizar el final de la vida, o lo mismo que es una muerte digna.

En este país existe, el caso Lambert vs Francia, que, en el fallo del 2015 del tribunal europeo de derechos humanos, consideró que:

La “Guía sobre el proceso de toma de decisiones con respecto al tratamiento médico en situaciones de fin de vida” cita como marcos de referencia éticos y legales para el proceso de toma de decisiones los principios de autonomía (consentimiento libre, informado y previo del paciente), beneficencia y no maleficencia, y justicia (acceso equitativo a la atención médica). (...). (f.j.61)

El tribunal hizo hincapié en que el objetivo de la decisión médica no era poner fin a la vida, sino interrumpir una forma de tratamiento que el paciente había rechazado o, cuando el paciente no podía expresar sus deseos, que, constituido, en opinión del médico basado en factores médicos y no médicos, obstinación irrazonable. (...), al suspender el tratamiento, un médico no estaba quitándole la vida al paciente, sino que estaba decidiendo retirarse cuando no había nada más que hacer. (f.j.120)

El Tribunal observa que la Ley Leonetti no autoriza ni la eutanasia ni el suicidio asistido. Permite a los médicos, de acuerdo con un procedimiento prescrito, suspender el tratamiento solo si continuar demuestra obstinación irrazonable. (f.j.121)

En la audiencia del 14 de febrero de 2014 ante el *Conseil d'État*, el relator público citó las declaraciones hechas por el Ministro de Salud a los miembros del Senado que examinan el proyecto de ley de Leonetti: "Si bien el acto de retirar el tratamiento ... resulta en la muerte, la intención detrás del acto [**no es matar; es**] permitir que la muerte reanude su curso natural y aliviar el sufrimiento. Esto es particularmente importante para el personal de atención, cuyo papel no es quitarle la vida". (f.j.122)

No existe consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa a favor de permitir la retirada del tratamiento artificial de soporte vital, aunque la mayoría de los Estados parecen permitirlo. Si bien los arreglos detallados que rigen la retirada del tratamiento varían de un país a otro, no obstante, existe un consenso sobre la importancia primordial de los deseos del paciente en el proceso de toma de decisiones. (f.j.147)

En este ámbito relacionado con el final de la vida, (...), los Estados deben tener un margen de apreciación, no solo para permitir o no el retiro de la vida artificial. Mantener el tratamiento y los arreglos detallados que rigen dicha retirada, pero también en lo que respecta a los medios para lograr un equilibrio entre la protección del derecho de los pacientes a la vida y la protección de su derecho al respeto de su vida privada y su autonomía personal. (f.j.148)

Italia

La constitución italiana en Artículo 13:

La libertad personal es inviolable. No procederá ninguna forma de detención, inspección o registro personal ni otra restricción cualquiera de la libertad personal salvo por razonado de la autoridad judicial y únicamente en los casos y del modo previstos por la ley (...)

su artículo 32° prescribe:

La República protege la salud como derecho fundamental (...). Nadie podrá ser obligado a someterse a un tratamiento médico, a menos que así lo establezca la ley. La ley no podrá en ningún caso violar los límites que impone el respeto a la persona humana.

También existe la Ley N° 219 (2017, 22 de diciembre) Reglas sobre el consentimiento informado y las disposiciones de tratamiento anticipado.

Art. 1 Consentimiento informado

Inc. 1. Esta ley, de conformidad con los principios establecidos en los artículos 2, 13 y 32 de la Constitución y en los artículos 1, 2 y 3 de la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, protege el derecho a la vida, la salud, la dignidad y la autodeterminación de la persona y establece que ningún tratamiento de salud puede iniciarse o continuarse sin el consentimiento libre e informado de la persona interesada, excepto en los casos expresamente previstos por la ley.

Inc. 2. Se promueve y valora la relación de cuidado y confianza entre paciente y médico que se basa en el consentimiento informado en el que se encuentra cumplir con la autonomía y competencia en la toma de decisiones del paciente, (...).

Inc. 3. Toda persona tiene derecho a conocer sus condiciones salud y estar plenamente informado, (...) con respecto al diagnóstico, pronóstico, beneficios y riesgos (...).

Inc. 4. (...) El consentimiento informado, en cualquier forma expresada, se incluye en los registros médicos y registros electrónicos de salud.

Inc. 5. Toda persona capaz de actuar tiene derecho a rechazar, en total o parcialmente, (...), cualquier evaluación diagnóstica o tratamiento de salud (...).

Inc. 6. El médico está obligado a respetar la voluntad expresada por el paciente a rechazar tratamiento y, como consecuencia de esto, está exento de responsabilidad civil o penal (...).

Art. 2° Terapia del dolor, prohibición de la obstinación irrazonable en el tratamiento y la dignidad en la etapa final de la vida.

Inc. 1. El médico, (...), debe trabajar para aliviar su sufrimiento, incluso en caso de denegación o retirada del consentimiento para el tratamiento médico indicado. Con este fin, la terapia adecuada para el dolor siempre está garantizada, con la participación del médico general y la provisión de cuidados paliativos de (...).

Inc. 2. En casos de pacientes con un mal pronóstico a corto plazo o cerca de la muerte, el médico debe abstenerse de cualquier obstinación irrazonable en la administración de tratamientos y de recurrir a tratamientos innecesarios o desproporcionados. (...).

Art. 5°, inc. 4. El consentimiento del paciente se expresa por escrito o, si la condición física del paciente no lo permite, a través de la grabación de video o dispositivos que permiten a la persona con discapacidades para comunicarse, y se incluyen en el registro médico y en el registro electrónico de salud.

En la sentencia 240 - 2019, de caso FA, de la corte constitucional se lee lo siguiente:

Observó este Tribunal, la decisión de aceptar la muerte ya podía ser tomada por el paciente, sobre la base de la legislación vigente, mediante la solicitud de detener los tratamientos de soporte vital en curso, esto, de conformidad con la ley N° 219 (Reglas sobre el consentimiento informado y las disposiciones de tratamiento anticipado), (...) un principio que puede calificarse como un derecho de una persona real, que se basa en los principios expresados en los artículos 2, 13 y 32 de la Constitución. La mencionada ley N° 219 reconoce, en el Art. 1° inc.5, a "[cada] persona capaz de actuar" el derecho a rechazar o interrumpir cualquier tratamiento de salud, incluyendo expresamente también los tratamientos de hidratación y nutrición artificial (art. 1, párrafo 5). Asimismo, en el Art. 1° inc.6, el médico "está obligado a respetar la disposición del paciente a rechazar o renunciar al tratamiento médico", La conclusión es, por lo tanto, que dentro del área específica considera (...) la libertad de autodeterminación del paciente en la elección de las terapias, incluidas las destinadas a liberarlo del sufrimiento, derivado de los artículos 2, 13 y 32, segundo párrafo, de la Constitución, que finalmente impone una única forma de despedirse. [f.j.2.3]

Mediante el procedimiento en cuestión, ya es posible determinar la capacidad de autodeterminación del paciente y la naturaleza libre e informada de la elección expresada. Artículo. 1, párrafo 5, de la ley no. 219 de 2017 reconoce, de hecho, el derecho a detener los tratamientos de soporte vital en curso para la persona "capaz de actuar" y establece que la solicitud relacionada debe expresarse en los formularios previstos en el párrafo 4 para obtener el consentimiento informado. Por lo tanto, la manifestación de la voluntad debe adquirirse "de la manera y con las herramientas más apropiadas para la condición del paciente" y documentarse "por escrito o mediante grabaciones de video o, para la persona con discapacidad, a través de dispositivos que le permiten comunicarse", y luego se insertan en la historia clínica. En cuanto a la necesidad de involucrar a la parte interesada en un camino de cuidados paliativos, el art. 2 de la ley N° 219, establece que el paciente siempre debe tener garantizada la terapia del dolor adecuada y la provisión de cuidados paliativos. [f.j.5]

España

En algunas comunidades existe la ley de muerte digna que establece las condiciones que una persona puede acogerse en una enfermedad terminal, como Ley 5/2015, (26 de junio), Ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales; y la Ley 16 (2018, 28 de junio), “Ley sobre Derechos y Garantías en el proceso final de la vida”. En la cual en el **artículo 2º**, especifica sus fines:

1. Proteger y garantizar la dignidad humana en el último proceso de su vida.
2. Garantizar el derecho a comunicarse libremente en este proceso de manera accesible, comprensible y a recibir información veraz.
3. Asegurar su autonomía, expresando sus deseos y valores y respetando su voluntad en este proceso dentro del marco legal, asegurando la protección de su intimidad.
4. Contribución a la seguridad jurídica del personal de las instituciones públicas y privadas, así como de los centros sociales y de salud que cuidan a la persona en el último proceso de su vida.
5. Proporcionar cuidados paliativos integrales y de alta calidad a quienes los necesitan.

Asimismo, en el Título II, de la mencionada ley describe los derechos de las personas en el proceso del final de su vida.

Artículo 6. *Derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida.* (...) y a que se garantice el efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley, en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna.

Artículo 7. *Derecho a la información clínica en el proceso final de la vida.* (...) derecho a recibir la información clínica de manera accesible, comprensible y adecuada (...), dándole la oportunidad de preguntar, con el fin de ayudarlo a tomar las decisiones de manera autónoma. Cuando, (...) rechacen voluntariamente la información, se respetará esta decisión (...) dejar constancia en la historia clínica, (...) autonomía del paciente (...).

Artículo 8. *Derecho a la intimidad.* Quien (...) tenga acceso al contenido, deberá guardar la confidencialidad (...) tal como se contempla en el artículo 18 de la Constitución respecto a la intimidad personal (...)

Artículo 9. *Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.* Que se respeten sus decisiones respecto a las intervenciones, que ante toda intervención diagnóstica o terapéutica se requiera previamente su consentimiento libre y voluntario o, en su caso, de su representante (...), el consentimiento se dará verbalmente y deberá recogerse en el historial clínico. (...) si el paciente es una persona con discapacidad, la

información y documentación preceptiva le serán facilitadas en formatos adecuados, accesibles y comprensibles (...).

Artículo 10. *Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención*, tras un proceso de información y decisión, a pesar de que esto pueda suponer un riesgo para su vida. Solicitar la interrupción de los tratamientos una vez ya instaurados. La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlo, no supondrá menoscabo alguno en el resto de atención sanitaria especialmente en lo referido a la destinada a paliar el sufrimiento, aliviar el dolor y otros síntomas y hacer más digno y soportable el proceso final de la vida.

Artículo 11. *Derecho a realizar la declaración de voluntades anticipadas o instrucciones previas*. Toda persona mayor de edad o menor emancipada, capaz y libre puede formalizar su documento de instrucciones previas (...). Podrá designar un representante, quien actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represente. (...). La declaración de voluntades anticipadas se deberá incorporar automáticamente a la historia.

Artículo 13. *Derecho a recibir cuidados paliativos integrales y a elegir el lugar donde recibirlos*, con el máximo respeto a su autonomía y a su dignidad, adecuados a la complejidad de la situación que padece y que posibiliten una muerte en paz. Ya sea en un hospital, en una institución social, en una residencia, en el domicilio u otros.

Artículo 14. *Derecho al alivio del dolor y del sufrimiento*, derecho a recibir la atención integral idónea y el mejor tratamiento disponible que prevenga y alivie el sufrimiento, el dolor y otros síntomas que aparezcan en dicho proceso.

Artículo 15. *Derecho al acompañamiento*, a disponer, si lo desea, de acompañamiento permanente familiar o persona que indique. También tendrá derecho a recibir acompañamiento al final de la vida de acuerdo con sus convicciones y creencias.

Artículo 16. *Derecho de las personas en situación de incapacidad a recibir información para tomar decisiones y a dar su consentimiento*.

1. A la hora de interpretar su voluntad, se tendrán en cuenta sus deseos, si los hubiere manifestado previamente, o los que pudieran manifestar las personas consignadas en el apartado tres de este mismo artículo y por el orden que en él se establecen.

Artículo 17. *Derechos de las personas menores de edad en el final de la vida*.

1. derecho a recibir información sobre su enfermedad y sobre los posibles tratamientos de forma adaptada a su edad, a su capacidad de comprensión y grado de madurez. Sus opiniones serán escuchadas y tenidas en cuenta; de lo contrario dará el consentimiento su representante legal, después de haber escuchado su opinión.

El caso de la niña Andrea Lago (2015), sucedió en España que a pesar que en este país en varias comunidades tiene sus leyes autónomas de morir dignamente y consentimiento informado: fue una niña de 12 años con enfermedad degenerativa e irreversible, y sus padres solicitaron muerte digna para la niña; en primera instancia, el juez autorizó a mantener *"el tratamiento pautado por el servicio de pediatría por considerarlo adecuado al interés de la niña"*, con el objetivo de *"disminuir, en el mayor grado posible, su sufrimiento, respetando su dignidad personal"*; pero dicha autorización deberá *"tener en cuenta las consideraciones del comité ético"*.

El comité de bioética recomendó, *"retirar el soporte vital que mantiene a la niña artificialmente con vida"*. Sin embargo, el servicio de pediatría se negó a la desconexión, alegando. *"No hay ensañamiento terapéutico"*, y calificó la petición de la familia como *"eutanasia activa"* y que actúan de acuerdo al auto emitido por el poder judicial. Sin embargo, una trombopenia agravó la situación de la niña hasta provocar una desnutrición calórico-proteica importante; para la cual los padres apelaron el auto de primera instancia.

Además, la Organización Médica Colegial (OMC), lamentó la situación en la que se encuentra Andrea y respaldó a los padres. *"Cuando no hay capacidad de revertir la situación, insistir en mantener una vida de forma artificial es lógicamente aumentar una vida en tiempo que ya no es vida"*. y refutó, al servicio de pediatría *"no se ha pedido que se realice ninguna acción negativa hacia la niña"*, para ser eutanasia pasiva, *"Lo que piden los padres es que dejen que el proceso siga su curso natural, que la dejen morir en paz"*; por tal motivo, calificó de *"violación de la ley"* la decisión del servicio de pediatría y atribuyó de *"ideología"* que *"se esté impidiendo dar una solución"*.

Finalmente, después de reevaluar el caso, el juez modificó la postura inicial de *"retirar la alimentación y administrarle más sedación. Todo llevará presumiblemente a una muerte más digna y sin dolor de la menor"*.

6.2 A nivel Latinoamérica

México

Cuenta con la “ley de voluntad anticipada para el distrito federal”, (Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de enero de 2008), en donde el artículo 1º, describe:

Regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

Asimismo, en el artículo 7º, describe quienes puede suscribir la voluntad anticipada y son: (i) Cualquier persona con capacidad de ejercicio; (ii) Cualquier paciente con enfermedad terminal diagnosticado; (iii) familiares y personas indicadas, si el paciente con enfermedad terminal no puede expresar su voluntad; y (iv) los padres o tutores legales de los enfermos terminales si el paciente es menor de edad o legalmente incapaz.

Y en el artículo 8º, precisa los requisitos de la voluntad anticipada; (i) por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario; (ii) suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma; (iii) nombrar un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada y (vi) manifestar respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

De acuerdo con esta ley, se puede inferir que, no necesariamente una persona con enfermedad terminal, o alguien que haya sufrido un accidente puede realizar su voluntad anticipada, es decir, puede hacerlo una persona completamente sana, como medida preventiva, que cumpla con los requisitos establecidos como son, ser mayor de edad, una decisión libre, voluntaria, elegir un representante, y debe expresar so desea ser donador de órganos.

Por otro lado, la voluntad anticipada, no es sinónimo de eutanasia, pero si regula la ortotanasia; en otras palabras, actuar ante la muerte de forma correcta de parte de los profesionales que cuidan a pacientes con enfermedades incurables o etapa terminal.

Actualmente en México según la Gaceta del senado, del día Lunes 01 de julio de 2019, informaron la aprobación sobre la reforma del párrafo cuarto del artículo 4º de la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con 109 votos a favor, esta legislación fue aprobada y remitida a la Cámara de Diputados para su revisión y, en su caso, aprobación; el objetivo que busca la reforma es aumentar la dignidad de los pacientes terminales. Iniciativa presentada fue por el senador Miguel Ángel Mancera Espinosa; “Iniciativa con proyecto de decreto por el que se modifica el párrafo cuarto del artículo 4 de la constitución política, para incorporar "la muerte digna a través de los cuidados paliativos multidisciplinarios" como parte del derecho a la salud.

El Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sesión del 06 de septiembre de 2018, resuelve la acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, promovida por, procuraduría general de la república y comisión nacional de los derechos humanos, alegado que el artículo 6, apartado A, numeral 2 , de la Constitución de la Ciudad de México transgrede los artículos 4, párrafo cuarto, y 73, fracción XVI , de la Constitución Federal que regulan, el primero, el derecho a la salud y, el segundo, la facultad del Congreso de la Unión para legislar en toda la República en materia de salubridad general.

Constitución Federal, artículo 4° párrafo cuarto: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (...).”

Constitución de la ciudad de México, art 6°: Ciudad de libertades y derechos, apartado A. Derecho a la autodeterminación personal.

1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad.
2. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.

Para la cual el tribunal estableció:

Si bien la Constitución Federal y la Ley General de Salud no hablan del derecho a la muerte digna, lo cierto es que esta última normatividad –emitida por el Congreso de la Unión en ejercicio de su facultad exclusiva para legislar en materia de salubridad general– sí prohíbe expresamente la eutanasia y el suicidio asistido e, incluso, el artículo 312 del Código Penal Federal tipifica como delito la ayuda o inducción al suicidio. (Fundamento, 277)

La constitucionalidad de la norma impugnada reconoce el derecho a la muerte digna como una manifestación del libre desarrollo de la personalidad, afirmando que incluso desde el año dos mil ocho se encuentra vigente en la capital la Ley de Voluntad Anticipada que regula cuestiones relativas a cuidados paliativos. (Fundamento, 279)

El artículo impugnado está contenido en el marco de regulación capitalina del derecho a la autodeterminación personal y el libre desarrollo de la personalidad, que permite que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad, concepto último que contiene implícitamente el derecho a una muerte digna. (Fundamento, 281)

(...) únicamente reconoce el derecho a la muerte digna como parte del derecho a vivir dignamente en respeto al libre desarrollo de la personalidad. (Fundamento, 282)

Argentina

Existe Ley 26.529 y sus modificaciones Ley 26.742 “Leyes de derechos de los pacientes. Responsabilidad profesional y muerte digna” (promulgada 24 de mayo del 2012) con Decreto Nacional 1.089/2012.

Art. 2º. Derechos del paciente:

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. (...). En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Art. 5º: describe que el consentimiento informado, es la declaración de voluntad emitida por el paciente o, si corresponde, por sus representantes legales, es emitido después de

que el profesional haya brindado información clara, precisa y apropiada sobre; el estado de salud; procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; beneficios esperados del procedimiento; riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; consecuencias previsibles de no realizar del procedimiento; derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, el derecho a recibir cuidados paliativos integrales.

Art. 11°: Cualquier persona mayor de edad puede realizar directivas anticipadas, aprobar o rechazar ciertos tratamientos médicos, preventivos o paliativos y decisiones de salud. Las pautas deben ser aceptadas por el médico tratante, a excepción de aquellos que desarrollan prácticas de eutanasia que se consideran inexistentes.

Art. 11 del Decreto: (...) Si el paciente rechaza ciertos tratamientos y decisiones relacionadas con su salud mediante directivas anticipadas, (...) el especialista interviniente mantendrá los cuidados paliativos para evitar el sufrimiento. En este caso, se entiende por cuidados paliativos la atención multidisciplinaria de las personas con enfermedades terminales, cuyo objetivo es garantizar la higiene.

Con esta ley, permiten a los pacientes rechazar, las intervenciones quirúrgicas o paliativas, la hidratación o la nutrición si son excesivamente altas en comparación con la perspectiva de mejora.

La corte suprema de justicia de Buenos Aires (2015, 07 de julio) caso D. M. A. - CSJ 376/2013 (49-D)/CS. Las hermanas del paciente MAD, solicitaron a los médicos y al instituto de salud que retiren, suspendan y se abstengan de todas las medidas de soporte vital que lo mantengan artificialmente vivo, sin embargo, la solicitud fue rechazada, en consecuencia, las hermanas iniciaron la petición judicial. Ante esto, el comité de bioética de la Dirección Provincial de Calidad de Gestión de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, consideró que no había conflicto ético entre la indicación médica para suprimir el soporte vital, la voluntad familiar del paciente y las recomendaciones de sociedades científicas.

Por su parte, el Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Medicina de Cuidados Intensivos declaró: (i) Que "[r]espalda la determinación de la familia, que expresa la voluntad de [MAD] de respetar su autonomía como principio bioético (...)". (ii) que

"[el] suministro enteral de alimentos o la hidratación son medidas que conducen al mantenimiento del metabolismo energético celular, en caso de estado vegetativo permanente, no hay sentimientos de hambre y sed, se consideran meras medidas para mantener la vida.

El comité de bioética del Instituto Nacional Central, expresó la misma opinión y llegó a la conclusión de que "no se trata de acabar con la vida de [M.AD.], se trata de legitimar moralmente que la muerte puede ocurrir sin intervención tecnológica, que en este caso es persistente obstáculo que claramente afecta la dignidad humana". Especificó "la administración de alimentos y nutrientes por gastrostomía en un estado vegetativo permanente es un ejemplo paradigmático de insensibilidad terapéutica".

La Corte Suprema tenía que determinar, si la petición de los representantes de MAD. Está encuadrada en el derecho a la autonomía personal, la dignidad y la intimidad, tal como se establece en la constitución (art. 19° y 75° inc. 22), los instrumentos internacionales (art. 11° Convención Americana sobre Derechos Humanos; Preámbulo y art. 17 de Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; art. V de Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; y Preámbulo y art. 12 de Declaración Universal de los Derechos del Hombre) y las leyes 26.529 y 26.742, el propósito de la norma es respetar y garantizar el derecho a la libertad personal, que está estrechamente relacionado con la autonomía, la dignidad y la intimidad del individuo.

La Corte interpretó el Artículo 7 de la Convención Americana en forma amplia la libertad como "la capacidad de hacer y no hacer lo que está permitido por la ley". La libertad del paciente para aceptar o rechazar el tratamiento médico es parte de su derecho a la autonomía personal, la dignidad, la intimidad. El tribunal dictaminó que, en determinadas circunstancias, un sujeto puede, tomar decisiones que tengan un final previsible para su vida, siempre que los problemas estén dentro de la reserva y garanticen el derecho a la autonomía personal. Enfatizó que, en esta área de reserva, los individuos podrían tomar decisiones sobre sus propias vidas sin interferencia del gobierno, en el caso concreto de M.A.D. como resultado de un accidente automovilístico que lo ha dejado en un estado irreversible e incurable, por la razón de que era posible determinar su condición y solicitar la retirada del soporte vital dentro de las disposiciones del Artículo 2 inc. e y art. 5 inc. g de la Ley 26.529.

La Corte ha enfatizado el valor de la autodeterminación humana basada en el Artículo 19 de la Constitución, “*Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe*”, no solo como un límite a la interferencia del estado en las decisiones individuales sobre su plan de vida, sino también como una esfera soberana para tomar decisiones libres relacionadas a sí mismo. Encontró que el artículo 19 de la Constitución otorga a las personas un espacio de libertad en el que pueden tomar libremente decisiones fundamentales sobre sí mismos sin la interferencia del estado o particulares, siempre que esas decisiones no violen los derechos de terceros. Dentro de este marco, la Ley 26.529 reconoce este derecho para todos y proporciona lo necesario para garantizar su pleno ejercicio.

Brasil

Si bien es cierto en este país, no existe una ley que ampare la ortotanasia; sin embargo, existe una resolución del consejo federal de medicina N° 1.805 del 2006 (publicada, el 28 de noviembre de 2006, en el Boletín Oficial, Sección I, p.169), que regula la ortotanasia en el campo de la deontología médica, en donde, en la sumilla de dicha resolución se puede leer:

En la fase terminal de enfermedades graves e incurables, el médico puede limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolongan la vida del paciente, garantizando la atención necesaria para aliviar los síntomas que conducen al sufrimiento, en la perspectiva de la atención integral, respetó la voluntad del paciente o su representante legal. En donde resuelve:

Artículo 1° El médico puede limitar o suspender los procedimientos y tratamientos que prolongan la vida del paciente terminal, de una enfermedad grave e incurable, respetando la voluntad de la persona o su representante legal.

Inc.1, El médico tiene la obligación de informar al paciente o su representante legal sobre las modalidades terapéuticas apropiadas para cada situación.

Inc.2, La decisión a la que se hace referencia en el caput debe estar justificada y registrada en la historia clínica.

Inc.3, Se garantiza al paciente o su representante legal el derecho de solicitar una segunda opinión médica.

Artículo 2º: El paciente continuará recibiendo toda la atención necesaria para aliviar los síntomas que conducen al sufrimiento, garantizando la atención integral, la comodidad física, psicológica, social y espiritual, incluido el derecho al alta hospitalaria.

Asimismo, el Ministerio Público Federal de Brasil, en el 2010, emitió opinión, en donde reconoció que ortotanasia no contraviene el sistema legal; así lo expresó el juez Roberto Luis Luchi Demo: “la resolución, que regula la posibilidad de que el médico restrinja o suspenda el procedimiento y tratamiento que prolonga la vida del paciente en fase terminal, no contraviene el sistema legal”. Schmaltz, (2016, párr. 8)

El Tribunal de Justicia de San Pablo, de fecha 10 de abril de 2019, con apelación N° 1000938-13.2016.8.26.0100, “Jurisdição voluntária. diretivas antecipadas de vontade. ortotanásia.”

Intención de establecer límites al desempeño médico en el caso de enfermedad grave e irreversible, con el objetivo de utilizar mecanismos artificiales que prolongan el sufrimiento del paciente.

La manifestación de la voluntad en el análisis puede ser expresado ante un Registro Extrajudicial, que puede dar fe de que se está expresando libre y conscientemente. Además, como precaución adicional, si lo desea, el apelante puede usar testigos contemporáneos y certificados médicos para que el testamento vital demuestre la salud mental en el momento de declaración, sin necesidad de mover la máquina judicial para hacerlo.

Al contrario de lo que defiende, la existencia de un procedimiento extrajudicial para la expresión válida y efectiva de la voluntad elimina su interés en actuar, el Poder Judicial no es una opción para ningún reclamo, sino una opción subsidiaria, cuyas puertas se abren solo cuando no existe solución extrajudicial o cuando se impone resistencia ilegal a esta solución.

El tribunal citó a la Resolución N° 1.995-2012 del El Consejo Médico Federal, en donde determina que los médicos tomen teniendo en cuenta las llamadas directivas anticipadas de voluntad:

Art. 1º: Definir directivas anticipadas de voluntad como el conjunto de deseos, previa y expresamente expresado por el paciente, sobre cuidados y tratamientos que desea o no

recibir en un momento que estuviera incapacitado de expresarse libre y autónomamente su voluntad.

Art. 2º: En las decisiones sobre cuidado y tratamiento de pacientes que no pueden comunicarse o expresarse libre e independientemente su voluntad, el médico tendrá en cuenta sus instrucciones anticipadas de voluntad.

Inc.3.- Las directivas anticipadas del paciente prevalecerán sobre cualquier otra opinión no médica, incluyendo sobre los deseos de los miembros de la familia.

Inc.4.- El médico registrará, en el registro médico, las directivas anticipadas de voluntad que fueron directamente comunicados por el paciente.

Inc.5.- no siendo conocidas las directivas anticipadas de voluntad del paciente, incluso si no hay representante designado, familiares disponibles o falta de consenso entre estos, el médico recurrirá al Comité de Bioética de la institución, si hay alguna, o, en su defecto, al Comité de ética médica del hospital o al Consejo Médico Regional y Federal de Medicina para fundamentar su decisión sobre conflictos éticos, cuando esta medida es necesaria y conveniente.

En resumen, la elaboración válida y efectiva de testamento vital o directivas anticipadas de la voluntad es independiente de un sello judicial. No cabe declaración de naturaleza genérica y abstracta para declarar el derecho a la ortotanasia. En otras palabras, para acceder a la ortotanasia es suficiente una declaración anticipada de voluntades siempre y cuando, el paciente cumpla con los requisitos expuestos en la ley, de caso contrario una persona que no se encuentre en un estado de enfermedad terminal no podrá acceder a la ortotanasia así recurra al poder judicial.

Al contrario de lo que defiende, la existencia de un procedimiento extrajudicial para la manifestación válida y eficaz de la voluntad, elimina el interés en actuar; no siendo el Poder Judicial una opción para cualquier prestación, más si una opción subsidiaria, cuyas puertas se abren solo cuando no existe solución extrajudicial o cuando se impone resistencia ilegal a esta solución

Uruguay

En el ordenamiento jurídico de Uruguay, se incorporó la ley N° 18.473 “Voluntad Anticipada” Publicada el 21 abril del 2009; sin embargo, su reglamento fue aprobado el 04 de diciembre del 2013, en donde:

Artículo 1º, toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y

procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros. Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible. Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aun cuando la persona se encuentre luego en estado de incapacidad legal o natural. No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren.

Artículo 2º.- La expresión anticipada de la voluntad (...) se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos; en caso de no poder firmar el titular, se hará por firma a ruego por parte de uno de los dos testigos; también podrá ser en escritura pública o acta notarial. y (...) deberá ser incorporada a la historia clínica del paciente. Se deberá incluir siempre el nombramiento de una persona denominada representante, para que vele por el cumplimiento de esa voluntad. (Artículo 6º)

Artículo 7º.- En caso que el paciente en estado terminal, no haya expresado su voluntad, (...) será una decisión del cónyuge o concubino o, en su defecto, de los familiares en primer grado de consanguinidad. Y para el caso de incapaces que no hubieren designado representante, la deberá pronunciar su curador. Si se tratare de niños o adolescentes, la decisión corresponderá a sus padres en ejercicio de la patria potestad o a su tutor. (...).

Artículo 9º.- De existir objeción por parte del médico tratante (...) será causa de justificación para que le sea admitida su subrogación por el profesional que corresponda.

Artículo 10.- Las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud deberán: A) Garantizar el cumplimiento de la voluntad anticipada del paciente (...).

La mencionada ley, describe que las personas adultas y mentalmente sanas tienen el derecho de oponerse voluntariamente, consciente y libremente al uso de tratamientos y procedimientos médicos, a menos que esto afecte la salud de terceros; asimismo, establece que la personas tiene derecho a expresar su voluntad anticipada al oponerse al uso futuro de tratamientos y procedimientos médicos que prolongarán sus vidas en detrimento de su calidad si sufren de patologías terminales, incurables e irreversibles, la misma que debe ser diagnosticado por el médico tratante y reconfirmado por la opinión o diagnóstico de un segundo médico que se debe adjuntar a la historia clínica, además

la voluntad anticipada de no recibir tratamientos o procedimientos en caso de una enfermedad terminal, debe ser de forma expresa con dos testigos y notarial, en consecuencia dicho documento debe ser adjuntado a la historia clínica en cinco días después de la recepción, con la finalidad de salvaguardar el fehaciente conocimiento y posteriormente se haga efectivo el cumplimiento de la voluntad del paciente, y si ante esto el médico se niega aceptar, pues la norma precisa la posibilidad de cambiar de médico para que se cumpla la voluntad anticipada.

También está la Ley N° 18.335 “Pacientes y usuarios de los servicios”

Artículo 6°, toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral de promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, (...).

Artículo 11°, todo procedimiento será acordado entre paciente o representante, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua, y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

Artículo 17°, todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno.

Inc. 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).

Asimismo, la sentencia definitiva N° 93-2019 del tribunal de apelaciones en lo civil de séptimo turno, de fecha 5 de agosto de 2019, caso “CC y otra c/ BB y otro – acción de amparo”, paciente fue ingresada en estado de coma el 9 de julio de 2019 en BB; A fs. 16-17 agrega paciente contaba con 2.8 de hemoglobina, y BB, se niega a realizar el tratamiento adecuado. Ante esto el tribunal determino:

Referente a la actuación de BB, se desarrolló en su conjunto de acuerdo con la legislación vigente, respetando los derechos del paciente a una atención completa con respecto a la manifestación de su voluntad autónoma.

El art. 1° de la ley 18.473 establece: *“Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros. (...)*. A su vez, el artículo 2° de la mencionada ley dispone: *“La*

expresión anticipada de voluntad a que refiere el artículo anterior se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos. (...). Cualquiera de las formas en que se consagre deberá ser incorporada a la historia clínica del paciente.” El artículo 4º de la misma ley consigna: *“La voluntad anticipada puede ser revocada de forma verbal o escrita, en cualquier momento por el titular. En todos los casos el médico deberá dejar debida constancia en la historia clínica.”*

De conformidad con las normas transcritas, CC, en el ejercicio de sus facultades y de conformidad con las disposiciones legales, emitió el documento, cuya copia aparece fs. 62, de fecha 23 de agosto de 2017, que dice: "NO ACEPTO TRANSFUSIONES de sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma bajo ninguna circunstancia, aunque el personal médico cree que son necesarios para salvar mi vida". Con respecto a la extensión de la vida, sin embargo, afirmó: "No quiero que mi vida se extienda si estoy en una fase final con la seguridad médica adecuada". "Quiero que extiendan mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de las normas médicas generalmente aceptadas, incluso si eso significa que puedo seguir vivo durante años con la ayuda de máquinas".

De la revisión realizada, se concluye que BB ha brindado al paciente toda la atención médica disponible, respetando la voluntad que emitió libremente y no revocada con medios hábiles, y en consecuencia que se cumplieron las disposiciones constitucionales y legales que protegen los derechos a la vida, libertad, autodeterminación, confesión o credo de la persona apoyada por la institución. Por lo tanto, pretender desconocer dicha voluntad por el sentimiento comprensible de impotencia de los familiares que intentan salvar la vida de CC, aún en contra de sus convicciones más íntimas, es actuar contra sus derechos constitucionalmente protegidos y violentar su legítima voluntad de decidir cómo y de qué manera vivir y morir. No estamos ante la situación de un menor de edad que no pueda proteger sus derechos sino a través de sus representantes legítimos y en cuyo caso la intervención judicial podrá ser requerida a fin de salvaguardar su interés superior si la situación así lo requiere y sin perjuicio de lo previsto en el artículo 7º inciso tercero de la ley 18.473. La situación de autos escapa por lo tanto a la autoridad de la justicia convocada a fin de torcer lo que por ley y Constitución queda librado a la libertad del particular, de acuerdo al claro texto

legal transcripto supra. No estamos tampoco ante una situación que atente contra la salud pública, ni contra derechos de terceros, que permitan desarrollar la injerencia que se reclama en la demanda. Son enteramente compatibles las citas doctrinarias contenidas en el fallo apelado, relativas a los derechos del individuo a decidir sobre los aspectos relacionados con su cuerpo, vida, salud, intimidad, autonomía que la demandada ha preservado correctamente.

Coadyuvan con la posición antedicha los arts. 11, 22 y 24 ley 18.335 en sede del consentimiento informado, y 49 de la ley 19.286 relativo al Código de Ética Médica del Uruguay. Por su parte, el art. 44 inc. 2º de la Constitución establece que el individuo debe cuidarse y asistirse en su salud. Ese modo de asistirse debe ser determinado por el individuo conforme a su leal saber y entender, mientras no dañe a terceros ni viole el orden público. En resumen, se concluye, que las voluntades anticipadas cumplen una doble finalidad: por una parte, reconocen la libertad y la autonomía, y por otra, protegen el derecho a la intimidad y a la privacidad de las personas. (Considerando IX).

El fallo fue: se rechaza el amparo fundándose en la voluntad anticipada que habría firmado la paciente en aplicación de lo dispuesto por el artículo 1º de la ley 18.473.

Perú: El Tribunal Constitucional que es el máximo intérprete de la constitución hasta la fecha no ha emitido sentencia alguna referente a la muerte digna o morir con dignidad, y tampoco existe ninguna ley referente a este tema.

En el Código Penal establece:

Artículo 112º, “homicidio piadoso: El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años”.

Artículo 113º “El que instiga a otro al suicidio o lo ayuda a cometerlo, será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Estos artículos no permiten hacer una interpretación de ortotanasia: primero, porque el artículo 112º hace referencia de ayudar a morir a un enfermo incurable, que no es lo mismo que decir enfermedad terminal, porque existen muchas enfermedades incurable que no son terminales como por ejemplo la hipertensión arterial, la diabetes, etc. son

enfermedades incurables, pero no enfermedades terminales, son enfermedades que fácilmente se puede sobrellevar con un tratamiento, y no se verá un deterioro; así mismo en el artículo 113°, se refiere al que instiga al suicidio, no necesariamente a una persona que se encuentre en condiciones de enfermedad terminal o incurable, porque no es explícito; segundo que, en ambos artículos, no menciona la voluntad, la autonomía de decisión de la propia persona que desea ponerle fin a su existencia; y tercero que los artículos en mención condenan estas instituciones con pena privativa de la libertad, en caso de ayudar a morir ya sea por piedad o instigación, diferente a lo que se pretende con la regulación a la muerte digna, en donde se debe eximir la responsabilidad; por lo que, es relevante hacer un debate y definir las características específicas.

Por otro lado, en la ley general de salud N° 26842, prescribe:

Artículo 4°: Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia.

Artículo 15: Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

15.3: Atención y recuperación de la salud,

Inc. e) A que se respete el **proceso natural de su muerte** como consecuencia del estado terminal de la enfermedad

15.4: Consentimiento informado

Inc. a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud.

Artículo 108: La muerte pone fin a la persona. Se considera ausencia de vida al cese definitivo de la actividad cerebral, independientemente de que algunos de sus órganos o tejidos mantengan actividad biológica y puedan ser usados con fines de trasplante, injerto o cultivo.

CAPITULO III: MÉTODO

3.1 Material

Para desarrollar esta investigación se utilizó:

Legislación nacional, se analizó e interpretó la constitución de 1993, código penal, el convenio europeo de derechos humanos,

Legislación internacional, convención americana de derechos humanos, recomendación 1418 de la asamblea parlamentaria del consejo de Europa; leyes relacionadas al tema de muerte digna u ortotanasia de Francia, Italia, España, México, Argentina, Brasil y Uruguay.

Doctrina, se utilizó las teorías de los juristas acerca de la muerte digna.

Jurisprudencia, se interpretó jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derecho Humanos, así como de la corte Constitucional de Italia, España, Argentina, Brasil y Uruguay.

Revistas, con artículos relacionados a muerte digna.

Tesis, que tuvieron relación a las variables objeto de estudio.

3.1.1 Población: La población estuvo constituida por las sentencias referentes a ortotanasia más conocidas como con el caso Lambert vs. Francia en el 2015, sentencia 240/2019 caso FA de Italia; El caso de la niña Andrea Lago (2015) de España; sentencia de acción de inconstitucionalidad 15/2017 de México; caso D. M. A., (2015) de Argentina; sentencia N° 1000938-13.2016.8.26.0100 de Brasil; sentencia N° 93/2019 caso CC de Uruguay.

3.1.2 Muestra: La muestra fue los casos de América Latina, como sentencia de acción de inconstitucionalidad 15/2017 de México; caso D. M. A., (2015) de Argentina; sentencia N° 1000938-13.2016.8.26.0100 de Brasil; sentencia N° 93/2019 caso CC de Uruguay.

3.1.3 Unidad de análisis: Sentencia referente a muerte digna

3.2 Método

3.2.1 Tipo de estudio:

3.2.1.1 De acuerdo al fin que persigue: Jurídico Proyectiva

3.2.1.2 De acuerdo al diseño de investigación: No experimental – Longitudinal

3.2.2 Diseño de investigación: Cualitativa Descriptiva, en donde el esquema es el siguiente:

C—— E

En donde:

C: Variable muerte digna.

E: Variable principio de libre autodeterminación de la persona.

3.2.3 Variables y operativización de variables

Variabes	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Muerte digna	Morato (2019) no anticipa el final, acepta la mortalidad en el momento adecuado y proporciona atención necesaria y los medios regulares para que los pacientes terminales no sufran.	Doctrina	Enfermo terminal Principio de bioética Cuidados paliativos	Nominal
		Jurisprudencia	Principio de Dignidad	
Principio de autodeterminación	Valverde (s.f., p.23), se basa en el valor de la libertad que tienen todos los individuos. Libertad significa ser libre; y ser libre significa, entre otras cosas, poder elegir, decidir, hacer, actuar, movilizarse sin violar los mismos derechos de otras personas	Leyes	Final de la vida Consentimiento informado Directrices anticipadas	Nominal
		Jurisprudencia	Fundamentos jurídicos y fácticos	

3.2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.2.4.1 Técnicas: las técnicas que se utilizaron fueron

Documental, porque se analizó todas las fuentes necesarias para desarrollar el tema, para la cual se utilizó la técnica documental para realizar los resúmenes correspondientes de libros, revistas, etc.

Análisis de contenido, esta técnica se utilizó para recopilar la información precisa y relevante de la jurisprudencia, con el objetivo de analizar datos sobre la institución jurídica objeto de estudio muerte digna.

Técnicas	Instrumentos
Documental	Ficha de investigación bibliográfica
Análisis de contenido	Protocolo de análisis de contenido

3.2.4.2 Instrumentos

Ficha de investigación bibliográfica, con este instrumento se ordenó la información necesaria de forma digital para desarrollar el marco teórico.

Protocolo de análisis de contenido, este instrumento se utilizó, para recoger los puntos o fundamentos importantes de las sentencias relacionadas a las instrucciones jurídicas como muerte digna, derecho a la libertad y autonomía de voluntad.

3.2.5 Procedimiento

Se buscó información en revistas indexadas virtuales referente a las variables de investigación.

Se organizó la información por variable de forma digital rescatando las más actualizadas y relevantes.

Se buscó jurisprudencia sobre el tema específico de muerte digna en los tribunales constitucionales de Francia, Italia, España México, Argentina, Brasil y Uruguay.

Se analizó e interpreto toda la información para establecer el marco teórico.

Se analizó e interpreto la jurisprudencia para redactar los resultados.

Se analizó e interpreto los resultados contratando con la teoría para presentar la discusión.

3.2.6 Análisis estadístico de datos

3.2.6.1 Métodos generales de la ciencia:

Análisis, “su objetivo es describir la estructura de los fenómenos y su dinámica, e identificar aspectos relevantes de la realidad; sirve para ordenar o sistematizar los objetos involucrados y señalar características y propiedades; y caracteriza una situación concreta” (Behar, 2008, p. 21). Con este método se describió las características y aspectos relevantes relacionados a la institución jurídica objeto de investigación que es la muerte digna.

Inductivo, “respecto a la norma o dogmática jurídica, se investiga lo que los hombres dicen que hacen con el Derecho, siendo el método inductivo el indicado a utilizar” (Witker, 2011, P.13).

Hipotético deductivo o contrastación de hipótesis, pero en la investigación cualitativa. Popper (1980) propuso, la contrastación de una teoría, que cuando se presente una nueva idea que aún no esté completamente justificada, se plantea una hipótesis, se sacan conclusiones a través de una deducción lógica. Si la decisión es positiva, es decir, si las conclusiones individuales son aceptables o verificadas, entonces la teoría a la que nos referimos ha superado con éxito las pruebas (por el momento): no existiendo razón para rechazarlas. Pero si la decisión es negativa, es decir, si las conclusiones han sido falsadas, indica que incluso la teoría de la que derivan lógicamente es falsa. En el caso concreto se planteó una hipótesis la cual se contrastará con la teoría para ver si es verdadera o falsa.

3.2.6.2 Métodos específicos del derecho:

Dogmático, se realizó interpretación de hermenéutica jurídica actual

Derecho comparado, se utilizó para comparar cómo se viene desarrollando la legislación internacional y cuál es el tratamiento respecto a la muerte digna.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Los resultados están redactados en función a los objetivos propuestos, para lo cual se pasa a desarrollar a continuación.

Tabla 1

Fundamentos jurídicos para legislar la ortotanasia según legislación Europea

Fundamentos jurídicos	Francia: Código de salud pública	Italia: Ley N° 219/2017	España: Ley 16/2018
Principio de Dignidad	Art.L1110-5: Toda persona tiene derecho a tener un final digno de vida. (...) utilizar todos los medios para garantizar este derecho. Art.L1110-5-1: (...) el médico protege la dignidad de la persona moribunda.	Art. 1°: inc. 1. conforme con los principios de art.2, 13 y 32 de Constitución y art. 1, 2 y 3 de Carta de derechos fundamentales de Unión Europea, protege el derecho a la vida, la salud, la dignidad.	Art. 2°: inc. 1. Proteger y garantizar la dignidad humana en el último proceso de su vida. Art. 6°: Derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida.
Principio de Auto-determinación	Art.L1110-5-1: no debe implementar ni perseguir la obstinación irrazonable. Cuando no tienen otro efecto que el único mantenimiento artificial de la vida, pueden suspenderse o no realizarse, de acuerdo con la voluntad del paciente (...). Art. L1111-11, un adulto puede escribir instrucciones anticipadas; expresa voluntad personal en relación con final de la vida(...) continuación, limitación, interrupción o rechazo del tratamiento o procedimiento médico	Art. 1°: inc. 1. conforme a principios en art. 2, 13 y 32 de Constitución y art. 1, 2 y 3 de la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, protege el derecho a la autodeterminación de la persona y establece que ningún tratamiento de salud puede iniciarse o continuarse sin el consentimiento libre e informado de la persona interesada. Inc. 2. Se promueve y valora la relación de cuidado y confianza entre paciente y médico que se basa en el consentimiento informado en el que se encuentra cumplir con la autonomía y competencia en la toma de decisiones del paciente, (...).	Art. 2°: inc. 3. Asegurar su autonomía respetando su voluntad en este proceso dentro del marco legal, asegurando la protección de su intimidad. Art. 9°: Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado. Art.10°: Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención. Art. 11°: Derecho a realizar la declaración de voluntades anticipadas o instrucciones previas
Principio de Cuidado paliativos	Art.L1110-10: Los cuidados paliativos son cuidados activos y continuos, su objetivo es aliviar el dolor, el sufrimiento mental, salvaguardar la dignidad de la persona enferma y apoyar a quienes lo rodean.	Art. 2°: prohibición de la obstinación irrazonable en el tratamiento y la dignidad en la etapa final de la vida. Inc. 1. El médico, (...), debe trabajar para aliviar sufrimiento, la terapia adecuada para el dolor está garantizada, con la provisión de cuidados paliativos (...).	Art. 2°: inc. 5. Proporcionar cuidados paliativos integrales y de alta calidad. Art.13°: Derecho a recibir cuidados paliativos integrales y a elegir el lugar donde recibirlos.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla se observa que en los tres países coinciden en respetar el principio de la dignidad humana, en Francia como derecho al final digno, Italia respeta la dignidad en el marco de la constitución y la Carta de derechos fundamentales de Unión Europea y España protege la dignidad en el proceso final de la vida. Asimismo, hacen referencia al principio de autodeterminación personal; en Francia respeta la voluntad del paciente a rechazar tratamiento y a la voluntad anticipada; Italia, respeta el consentimiento informado como autonomía y competencia en la toma de decisiones del paciente y España se respeta la autonomía del paciente como voluntad de aceptar o rechazar tratamiento, firmar consentimiento informado o escribir instrucciones anticipadas; finalmente también coinciden en el principio de cuidados paliativos, Francia indica que los cuidados paliativos ayuda salvaguardar la dignidad; Italia garantiza los cuidados paliativo y prohíbe la obstinación terapéutica y España cuidados paliativos integrales de calidad y elegir el lugar donde recibirlos.

Tabla 2

Fundamentos jurídicos para legislar ortotanasia según legislación América Latina

Fundamentos jurídicos	Argentina: Ley 26529 modif. 26742	Brasil: Resol. Consj. Med. N° 1.805	Uruguay: Ley N° 18.473 y 18.335
Principio de la Dignidad	Art. 2°. Inc. b) El paciente tiene el derecho a que le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales, morales, socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, y se haga extensivo a familiares.	Considerando el art. 1°inc. III de Constitución Federal que eligió el principio de dignidad humana como uno de los fundamentos de la República Federativa de Brasil; y art. 5°, inc. III de Constitución establece que "nadie será sometido a tortura o trato inhumano o degradante".	Ley N° 18.335 Art.17°: Inc. D) Morir con dignidad, derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando anticipar la muerte (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida (futilidad terapéutica).
Principio de Auto-determinación	Art. 2°. Inc. e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Art. 5°: consentimiento informado, es la declaración de voluntad emitida por el paciente o representante legal. Arte. 11 °: Cualquier persona mayor de edad puede realizar directivas anticipadas.	Art. 1°: El médico puede limitar o suspender los procedimientos y tratamientos que prolongan la vida del paciente terminal, de una enfermedad grave e incurable, respetando la voluntad de la persona o su representante legal. Inc.1, el médico tiene la obligación de informar al paciente o su representante legal sobre las modalidades terapéuticas apropiadas para cada situación. Inc.2, la decisión a la que se hace referencia en el art. debe estar justificada y registrada en la historia clínica. Inc.3, garantiza al paciente o su representante legal el derecho de solicitar una segunda opinión médica.	Ley 18.473. Art. 1°: toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a aplicación de tratamientos y procedimientos. Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos. Art. 2°: La expresión anticipada de la voluntad (...) se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos;
Principio de Cuidado paliativos	Art. 11° de decreto (...) Si el paciente rechaza tratamientos mediante directivas anticipadas, (...) el especialista interviniente mantendrá los cuidados paliativos para evitar el sufrimiento.	Art. 2°: El paciente continuará recibiendo toda la atención necesaria para aliviar los síntomas que conducen al sufrimiento, garantizando la atención integral, la comodidad física, psicológica, social y espiritual, incluido el derecho al alta hospitalaria.	Ley N° 18.335 Art. 6°: toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral de promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, (...).

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla se observa que en los tres países coinciden en respetar el principio de la dignidad humana: en Argentina se da un trato digno al paciente, inclusive es extensivo a la familia; Brasil respeta la dignidad en el marco de la constitución “nadie será sometido a tortura o trato inhumano o degradante” y Uruguay es más explícito al mencionar que morir con dignidad, es derecho a morir en forma natural. Asimismo, hacen referencia al principio de autodeterminación personal; en Argentina respeta la autonomía del paciente a rechazar tratamiento, el consentimiento informado y a directrices anticipadas; igualmente Brasil respeta la voluntad del paciente, el consentimiento informado y Uruguay se respeta la voluntad de aceptar o rechazar tratamiento y escribir instrucciones anticipadas; finalmente también los tres países coinciden en el principio de cuidados paliativos, para evitar sufrimiento.

Tabla 3

Fundamentos facticos para legislar la ortotanasia según jurisprudencia Europa.

Fundamentos Facticos	Francia: Caso Lambert	Italia: Caso FA	España: Caso Andrea
Enfermedad terminal	Accidente de tráfico 29.09.2008, quedó tetrapléjico, informe médico 14.02.14 en estado vegetativo crónico. Esposa y médico a cargo decidió retirar la nutrición y reducir hidratación 10.04.13, pero Lambert no elaboró directiva anticipada. El juez sostuvo violación D° de la vida, y ordenó reanudar alimentación	Accidente de tránsito 13.06.2014, quedó cuadripléjico y con ceguera cortical (permanente). Necesitó de respirador, alimentación y evacuación intraparietal. Sin embargo, mantuvo intacta facultad intelectual. 2 años después decidió por voluntad poner fin a su existencia. Frente a la negativa de su madre, hizo "huelga" de hambre y habla para demostrar su determinación inquebrantable.	Desde los ocho meses, Andrea dejó repentinamente de balbucear, de manipular objetos con sus manos, de mantenerse sentada y de dar pasos con el andador. Desde entonces batalló contra efectos de una enfermedad rara, degenerativa, irreversible y sin diagnóstico firme.
Rechazar tratamientos	Tribunal enfatizó la decisión médica no era poner fin a la vida, sino interrumpir una forma de tratamiento que el paciente había rechazado o, cuando el paciente no podía expresar sus deseos, el médico basado en factores de obstinación irrazonable. (...), estaba decidiendo retirar cuando no había nada más que hacer. [F.120]	La libertad de autodeterminación del paciente en elección de las terapias, incluidas las destinadas a liberarlo del sufrimiento, deriva de los artículos 2, 13 y 32, 2do. párr. Constitución, que finalmente impone una única forma de despedirse. [F.2.3] La libertad de rechazar tales ayudas, sin que la dignidad del paciente sea vulnerable con el comienzo de un final lento y doloroso [F.3.2]	"Cuando no hay capacidad de revertir la situación, insistir en mantener una vida de forma artificial es lógicamente aumentar una vida en tiempo que ya no es vida". "Lo que piden los padres es que dejen que el proceso siga su curso natural, que la dejen morir en paz";
Trato digno en el proceso de la muerte	(...) tengan en cuenta los deseos que han expresado con respecto tratamiento, siempre que esto no viole su dignidad humana. [F.70]	Evitar el abuso de personas vulnerables, garantizar la dignidad del paciente y evitar el sufrimiento del mismo. [F.5]	El juez: "retirar alimentación y administrar sedación, presume a una muerte más digna y sin dolor de la menor".
Evitar el sufrimiento innecesario	A partir del Código de Salud Pública (art. L. 1110 5, L. 1111 4 y R. 4127 37) las disposiciones tenían alcance general y se aplicaban a Vincent. Si el médico toma tal decisión, debe dispensar cuidados paliativos. [F.33]	En cuanto a la necesidad de involucrar a la parte interesada en un camino de cuidados paliativos, el art. 2 de la ley N° 219, establece que el paciente siempre debe tener garantizada la terapia del dolor adecuada y la provisión de cuidados paliativos. [F.5]	"El tratamiento inicial (nutrición hidratación artificial) era paliativo y podía calificarse como extraordinario y desproporcionado a la perspectiva de mejora del paciente y el mismo producía dolor y/o sufrimiento desmesurados"

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla se observa que en los tres países coinciden que los pacientes tenían la condición de enfermo terminal o enfermedad irreversible; asimismo, coinciden en el rechazo del tratamiento si el paciente o su representante lo decide; en el caso de Francia se decidió interrumpir tratamiento cuando no hay nada más que hacer basado en factores que conlleven a una obstinación terapéutica; en el caso Italia se acepta el rechazo del tratamiento basado en la libertad de autodeterminación del paciente y España acepta el rechazo del tratamiento cuando no hay capacidad de revertir la situación. De igual manera, los tres países coinciden en brindar un trato digno en el proceso de la muerte, Francia respeta el deseo expresado del paciente, siempre que no vulnere la dignidad humana; Italia y España garantizan la dignidad del paciente evitando el sufrimiento; finalmente los tres países, coinciden en la atención de cuidados paliativos para garantizar la terapia del dolor y evitar el sufrimiento.

Tabla 4: Fundamentos facticos para legislar ortotanasia según jurisprudencia de América Latina

Fundamentos	Argentina: caso D.M.A	Brasil: caso DJE	Uruguay: caso CC
Enfermedad terminal	Accidente tránsito 23.10.94 MAD, sufrió traumatismo encefalo craneano severo, y epilepsia. En 1995, se le pronosticó estado vegetativo persistente. Las hermanas de MAD, solicitaron a médicos y a instituto de salud que retiren, suspendan y se abstengan todas medidas de soporte vital.	Autor tiene la intención de eliminar el uso de distnasia, si se ve en condición clínica grave e irreversible, otorgándose el derecho a elegir el momento de su muerte digna, cuando no puede expresar su voluntad si tiene una enfermedad irreversible, DJE extinguió la acción sin resolución mérito por falta de interés para actuar.	Paciente fue ingresada en estado de coma el 9 de julio de 2019 en BB; (fs. 16-17) agrega paciente contaba con 2.8 de hemoglobina, y BB, se niega a realizar el tratamiento adecuado.
Rechazar tratamientos	Corte interpretó Art. 7° CADH la libertad en forma amplia " <i>la capacidad de hacer y no hacer lo que está permitido por la ley</i> ". La libertad del paciente para aceptar o rechazar tratamiento médico es parte de su derecho de autonomía personal, dignidad, intimidad. Corte enfatizó el valor de autodeterminación humana basada en el Art. 19° Const. otorga a personas un espacio de libertad que pueden tomar libremente decisiones fundamentales sobre sí mismos sin la interferencia del estado o particulares, siempre que esas decisiones no violen los derechos de terceros	La elaboración válida y efectiva de testamento vital o directivas anticipadas de la voluntad es independiente de un sello judicial. No cabe declaración de naturaleza genérica y abstracta para declarar el derecho a la ortotanasia. En otras palabras, para acceder a la ortotanasia es suficiente una declaración anticipada de voluntades siempre y cuando, el paciente cumpla con los requisitos expuestos en la ley, de caso contrario una persona que no se encuentre en un estado de enfermedad terminal no podrá acceder a la ortotanasia así recurra al poder judicial.	La actuación de BB, fue de acuerdo con legislación, respetó D°s del paciente que protegen D°s a la vida, libertad, auto-determinación, su voluntad autónoma. CC, en ejercicio de sus facultades y disposición legal, emitió documento (23.08.17), que dice: "NO ACEPTO TRANSFUSIONES: sangre, glóbulos rojos, blancos, plaquetas o plasma bajo ninguna circunstancia, aunque el médico cree que son necesarios para salvar mi vida". "No quiero que mi vida se extienda si estoy en una fase final con la seguridad médica adecuada".
Trato digno en el proceso de la muerte	El tribunal Sostuvo en esa zona de reserva el individuo es dueño de hacer elecciones sobre su propia vida. Esas decisiones libres hacen a la dignidad de la persona y al pleno ejercicio de la libertad.	En este caso, el autor no se ve afectado por cualquier enfermedad, y la aparición de la posibilidad de la ortotanasia con respecto a su vida es absolutamente hipotética.	Obtener orden judicial para transfundirla, contra voluntad agravia D°s de CC a la autodeterminación, libertad, dignidad, reconocidos por la Constitución (arts. 5, 7, 10, 72).
Evitar el sufrimiento innecesario	La decisión respecto de la continuidad del tratamiento no puede ni debe responder a meros sentimientos de compasión hacia el enfermo.		La manifestación anticipada de voluntad, no implica una oposición a recibir los cuidados paliativos correspondiente

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla se observa que en los países de Argentina y Uruguay coinciden que los pacientes tenían la condición de enfermo terminal o enfermedad irreversible; a diferencia de Brasil que el paciente no indicaba ninguna enfermedad por lo mismo que fue declarado sin interés para actuar porque no cumplía con los requisitos indispensables para solicitar la ortotanasia. Sin embargo, los tres países coinciden en la voluntad para el rechazo del tratamiento si el paciente o su representante lo deciden; en el caso de Argentina se decidió que la libertad del paciente para aceptar o rechazar tratamiento médico es parte de su derecho de autonomía personal y autodeterminación para tomar decisiones sobre sí mismos sin la interferencia del estado; Brasil se acepta declaración anticipada de voluntades siempre y cuando, el paciente cumpla con los requisitos expuestos; y Uruguay se respeta derechos del paciente que protegen derechos a libertad, autodeterminación y voluntad autónoma. De igual manera, los tres países brindan trato digno en el proceso de la muerte, Argentina decidió que la libertad de tomar decisiones sobre sí mismo hace la dignidad de la persona; Brasil no aceptó la solicitud, porque el paciente no tenía enfermedad lo que indica que se está respetando la dignidad; por su parte Uruguay decidió que transfundir sangre contra la voluntad vulnera derechos de la autodeterminación y dignidad; finalmente Argentina y Uruguay coinciden en la atención de cuidados paliativos para evitar el sufrimiento y evitar sentimientos de compasión.

Tabla 5

Regulación de ortotanasia a nivel de Europa y América Latina

	PAÍSES	LEYES	TRIBUNAL	CONSTITUCIÓN
EUROPA	Francia	Ley N° 370 (22.04.2005) “sobre los derechos de los enfermos y el final de la vida” Ley N° 87 (02.02.2016) “Ley de fin de vida” Código de salud pública	Caso Lambert: En relación final de la vida, (...), Estados deben tener un margen de apreciación; equilibrio entre protección al D° a la vida y D° al respeto de vida privada y autonomía personal. (f.j.148)	
	Italia	Ley N° 219 (2017, 22 de diciembre) Reglas sobre el consentimiento informado y las disposiciones de tratamiento anticipado	Caso FA: decisión de aceptar la muerte puede ser tomada por el paciente, sobre la base de la legislación vigente ley N° 219 (...) un principio que puede calificarse como un derecho de una persona real, que se basa en los principios expresados en art. 2, 13 y 32 de la Const. Libertad de autodeterminación.	
	España	Ley 5/2015, (26 junio), Ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales; Ley 16/2018, (28 junio), “Ley sobre Derechos y Garantías en el proceso final de la vida”	Caso Andrea: “retirar la alimentación y administrarle más sedación. Todo llevará presumiblemente a una muerte más digna y sin dolor de la menor”.	
AMÉRICA LATINA	México	ley de voluntad anticipada para el distrito federal”, (07 de enero de 2008),	AI 15/2017: El d° a la muerte digna como manifestación del libre desarrollo de la personalidad, afirmando que está vigente la Ley de Voluntad Anticipada. (F. 279). (...) únicamente reconoce el d° a la muerte digna como parte del d° a vivir dignamente en respeto al libre desarrollo de la personalidad. (F.282)	Constitución de la ciudad de México, art 6°: Ciudad de libertades y derechos, apartado A. Derecho a la autodeterminación personal. 2. (...) La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.
	Brasil	Resolución del consejo federal de medicina N° 1.805 (28 de noviembre de 2006),	Caso DJE: La manifestación de voluntad puede ser expresada ante un Registro Extrajudicial, que puede dar fe de que se está expresando libre y conscientemente.	
	Argentina	Ley 26.529 y modificaciones Ley 26.742 “Leyes de derechos de los pacientes. Responsabilidad profesional y muerte digna” (24 de mayo de 2012)	Caso DMA: un sujeto puede, tomar decisiones que tengan un final previsible para su vida, siempre que los problemas estén dentro de la reserva y garanticen el derecho a la autonomía personal, decisiones sobre sus propias vidas sin interferencia del gobierno.	
	Uruguay	Ley N° 18.473 “Voluntad Anticipada” (21 abril del 2009) Ley N° 18.335 “Pacientes y usuarios de los servicios”	Caso CC: Se brindó al paciente toda la atención médica disponible, respetando la voluntad que emitió libremente y no revocada con medios hábiles, en consecuencia, cumplieron las disposiciones constitucionales y legales que protegen d° a la vida, libertad, autodeterminación.	
	Perú	Ley general de salud N° 26842 Artículo 15.3 inc. e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad.		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla se puede observar que a nivel de Europa en los países de Francia y España las leyes hacen mención a final de la vida, en Italia su ley es sobre consentimiento informado y tratamiento anticipado; en cuanto al pronunciamiento del tribunal constitucional de los países Europeos, en Francia respeta el derecho al respeto de la vida privada y la autonomía personal, en Italia la persona puede tomar la decisión de poner fin a su vida en base al principio de autodeterminación y en España se respeta la voluntad de retirar el soporte vital porque conduce a una muerte más digna; A nivel de América Latina en el único país que menciona expresamente el derecho a la muerte digna en su ley es Argentina; en México y Uruguay sus leyes hacen mención a la voluntad anticipada y Brasil regula la ortotanasia en el campo de la deontología médica con Resolución del consejo federal de medicina; a diferencia que Perú que se puede rescatar la Ley general de salud que en el art.15.3 inc. e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. En cuanto al pronunciamiento del tribunal en América Latina en México se reconoce el derecho a la muerte digna como parte del derecho a vivir dignamente en respeto al libre desarrollo de la personalidad; en Argentina la decisión sobre el final de la vida se puede hacer siempre que garantice el derecho a la autonomía personal, al igual que en Uruguay la decisión es tomada de acuerdo las disposiciones vigentes que protegen derecho a libertad y autodeterminación; en Brasil dicha decisión es en base a libertad de voluntad; en Perú no hay pronunciamiento por parte del tribunal. En cuanto a la regulación de muerte digna en constitución solo México en art 6°.A.2 prescribe “La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”.

Tabla 6

Principios de bioética que se utilizan para decidir legislar la muerte digna

Principios de Bioética	López, Reyes M. y Reyes N. (2010)	Moreno & Aguilar (2019)	Servicio Andaluz de Salud (2019)
Beneficencia	Ayudar a controlar y reducir los efectos de la enfermedad; maximizando los beneficios y minimizando los riesgos.	Prevenir la muerte o minimizar el daño de las patologías; proteger privacidad del paciente, mantener confidencialidad de información que dé y la de la historia clínica.	Obligación de hacer el bien, el bien interno de la sanidad es el bien del paciente. Un paternalismo médico, es una aberración de este principio.
Autonomía	Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento o de delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre si él no puede.	El paciente capaz de tomar decisión o el representante tiene derecho a aceptar o rechazar la atención médica, y el médico tiene el deber de respetarla, dar información precisa de diagnóstico y tratamiento; materializa con el consentimiento informado.	El paciente tiene el derecho a ser respetado como persona, por sus creencias, opiniones y decisiones, su postura del paciente se manifiesta a través del consentimiento informado.
Justicia	Igualdad de oportunidades en atención, sin discriminación, segregación o marginación y buena gestión de los recursos de salud.	Proporcionar atención al paciente independientemente de raza, color, credo, género, nacionalidad, etc; el médico tiene el deber de actuar como administrador responsable de los recursos.	Distribución equitativa y se refiere a la distribución equitativa de los recursos para que el tratamiento se trate por igual sin discriminación.
No maleficencia	Obliga al profesional hacer su trabajo correcto; cumplir con protocolos de buena práctica clínica.	No iniciar tratamientos que puedan causar más daño que beneficio y deben procurar maximizar los beneficios del tratamiento y minimizar el riesgo de daño.	"primun non nocere", en casos donde el bien no es posible, no causar cualquier daño; por seguridad del paciente y prevenir la iatrogenia.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

los resultados muestran que los autores coinciden que los principios fundamentales de la Bioética son cuatro, los mismos que las instituciones de salud y los profesionales deben tener en cuenta cuando tratan a pacientes, especialmente a pacientes con enfermedades terminales; en donde:

El principio de beneficencia, se refiere a ayudar a controlar y reducir los efectos de la enfermedad (López, Reyes M. y Reyes N., 2010, P. 40) minimizando el daño de alguna patología; protegiendo la privacidad del paciente y mantener la confidencialidad de datos

(Moreno & Aguilar, 2019, p. 71), obligación de hacer el bien; y, un paternalismo médico, es una aberración de dicho principio (Servicio Andaluz de Salud, 2019).

El principio de autonomía, indica que un paciente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento (López, Reyes M. y Reyes N., 2010, P. 40), el paciente que no es capaz de tomar decisión su representante puede hacerlo, y el médico tiene el deber de respetarla, además de dar información precisa de diagnóstico, tratamiento y riesgos; todo esto se materializa con el consentimiento informado (Moreno & Aguilar, 2019, p. 71) el paciente tiene el derecho a ser respetado como persona, por sus creencias, opiniones y decisiones, su postura del paciente se manifiesta a través del consentimiento informado (Servicio Andaluz de Salud, 2019).

El principio de justicia, se refiere a la igualdad en atención, sin discriminación, segregación o marginación (López, Reyes M. y Reyes N., 2010, P. 40), proporcionar atención al paciente independientemente de raza, color, credo, género, nacionalidad, etc.; y el médico tiene el deber de actuar como administrador responsable de los recursos (Moreno & Aguilar, 2019, p. 71), también conocida como distribución equitativa y se refiere a la distribución equitativa de los recursos para que el tratamiento se trate por igual sin discriminación (Servicio Andaluz de Salud, 2019).

El principio de no maleficencia, obliga al profesional hacer su trabajo correctamente; cumplir con protocolos de buena práctica clínica (López, Reyes M. y Reyes N., 2010, P. 40), a no iniciar tratamientos que puedan causar más daño que beneficio y se debe maximizar los beneficios del tratamiento y minimizar los riesgos de daños (Moreno & Aguilar, 2019, p. 71); es decir, "primun non nocere", en casos donde el bien no es posible, no causar cualquier daño; por seguridad del paciente y prevenir la iatrogenia. (Servicio Andaluz de Salud, 2019).

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Hablar de muerte digna es un tema muy polémico a nivel internacional, existiendo teorías en contra y otras en favor; sin embargo, existen pocos países que lo permiten teniendo en cuenta ciertos parámetros, y tomando como base la evolución del derecho para adaptarse a la realidad social y desafíos en materia de derechos, en especial en los casos de minorías como por ejemplo el derecho a elegir una muerte digna, para la cual el derecho debe ser dinámico y encontrar una salida a ciertos conflictos que la sociedad presenta.

Por otro lado, se sabe que la vida y la muerte están estrechamente relacionadas, es imposible separarlas y comprender una sin la otra, con la vida se da inicio a la existencia y con la muerte se pone fin a dicha existencia, aceptar el fin de la existencia, es aceptar a la muerte como una última etapa de la vida y esto permite ver a la muerte como un proceso natural y normal en todo ser viviente.

El derecho a la muerte digna no está regulado en el ordenamiento jurídico peruano; no obstante, tiene reconocimiento en ordenamientos jurídicos de otros países, por tanto y en cuanto se analiza si su regulación puede alcanzar al tipo de solicitud que puedan darse en el caso de la ortotanasia, la misma que se trata de dejar que la muerte suceda en su momento, cuando debería suceder, aunado al principio de libre autodeterminación de la persona, siendo el paciente terminal quien toma la decisión cuando poner fin a su existencia; es decir, si continua con vida o no, por lo tanto, todo individuo debe ser tratado como ente autónomo, porque una persona es un fin y nunca un medio, y su libertad debe respetarse enfermo o no, poder elegir de forma libre una muerte digna como un derecho individual es una reivindicación considerado típico de las sociedades actuales. En base a este contexto se hace el siguiente análisis y discusión:

En la tabla 1 y 2 se observan los fundamentos jurídicos de diferentes países que sirven como base para la regulación del derecho a la muerte digna, los mismos que fueron agrupados en tres principales principios:

El principio de la dignidad humana, en todos los países coincidió que la dignidad humana es la base para los demás derechos como en el caso concreto del derecho a la

muerte digna, tal cual prescribe la Declaración Universal de Derechos Humanos, considerada hasta la actualidad como el fundamento de toda norma internacional sobre derechos humanos. En consecuencia se respeta el principio de dignidad para regular cualquier ley como por ejemplo la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH), reconoce en el artículo 1º que “La dignidad humana es inviolable, será respetada y protegida”; en este mismo contexto, la asamblea parlamentaria del consejo de Europa, en su recomendación 1418 (25 de junio 1999), precisó, “La vocación del consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella”, al referirse a los derechos que nacen de ella, hace alusión a todo derecho que se desprenden de la dignidad humana. De igual manera la declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO (2005), confirma que la dignidad humana es un principio primordial de dicha declaración tal como lo prescribe en el artículo 3º, en donde precisa, “se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, (...) Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.

Por lo tanto, el principio de la dignidad humana es base para regular el derecho a la muerte digna, teniendo en cuenta que la dignidad es inherente a la persona y se inicia con la existencia y se termina con el fin de la misma, pues la dignidad no puede estar ausente en el proceso de la muerte, considerada como una etapa final de la vida la cual debe ser vivida con dignidad hasta el último minuto e instante de la vida; la cual puede ser traducida en un trato digno al paciente terminal y a los familiares. Al respecto Dibarbora (2014), afirma que la base de la dignidad surge necesariamente del concepto de la persona que ha generado controversia sobre lo que debe considerarse la calidad de vida mínima para ser considerado digno (p.105).

Ahora tomando la teoría de Kant referente a dignidad humana “que hay algo propio, que no puede usarse como un medio, como un instrumento, sino que siempre es un fin en sí mismo” (Vial & Rodríguez, 2009, p.58). Esto corrobora que la dignidad es adquirida con la existencia y se pierde con la muerte y la dignidad se tiene por el simple hecho de ser un individuo, una persona; por tal motivo es imprescindible tener en cuenta el principio de la dignidad en la regulación del derecho a la muerte digna desde el punto

de vista, que la dignidad se pierde con la muerte es algo que no debe vulnerarse por ningún motivo.

Si la dignidad humana es constitutivo hasta el final de la vida como lo afirma Heler (2010), como un concepto relacional, “algo vale para otro que sí mismo”, el término dignidad es relacional e implica libertad e igualdad. (p.23); en la misma línea Vial Correa y Rodríguez Guerro (2009, p. 58) afirman que la dignidad es constitutiva hasta el final de la vida, el deber humano más básico es ayudar al prójimo; si la vocación personal tiene un significado central en nuestra vida, tiene un máximo significado cuando la vida expira. Por lo tanto, no es posible separar la dignidad de la muerte digna, termino inherente a la ortotanasia que se define como "muerte en el momento adecuado", lo que reafirma que la dignidad y la muerte no se pueden separar ni estudiar de forma aislada, por el mismo hecho que la dignidad humana es constitutivo hasta el final de la vida.

Ahora rescatando que la dignidad humana es la base para los demás derechos, tal como lo estipula la constitución vigente del Perú en el artículo 1° “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”; Por lo tanto, se puede inferir que el derecho a la vida no es suficiente, debe garantizarse que se viva con dignidad, y el derecho a la muerte digna se puede interpretar como parte de la última etapa de la vida, en consecuencia, el derecho a la vida no significa verse obligado a vivir, ya que las personas en condición de enfermo terminal pueden elegir no ejercer este derecho; el mismo que está relacionado con la dignidad humana. Al respecto Schmaltz (2016, párr. 10), refiere que ortotanasia es una preocupación por la calidad de vida del paciente para ofrecer la máxima comodidad y preparación para el momento de la muerte. Por lo tanto, la ortotanasia es una práctica que no solo está permitida, sino que en muchos casos es la mejor manera de aplicar el principio de dignidad humana, es un permiso para que el paciente muera naturalmente cuando ya tiene una salud irreversible y una muerte inevitable.

El principio de autodeterminación personal; en todos los ordenamientos ya sea de los países europeos o de América Latina, enfatizan el principio de autodeterminación, para lo cual, Valverde (s.f., p.23), lo define como “El valor de la libertad que tienen todos los

individuos; libertad significa ser libre; y ser libre significa, entre otras cosas, poder elegir, decidir, hacer, actuar, movilizarse sin violar los mismos derechos de otras personas". En base a este contexto, en donde, la persona puede decidir, se toma como base la autodeterminación personal para decidir o elegir el derecho a una muerte digna, enmarcada en diferentes ordenamientos jurídicos como la voluntad del paciente a rechazar tratamiento, realizar directrices anticipadas; respeta el consentimiento informado como autonomía y competencia en la toma de decisiones del paciente. Tal como lo afirma la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, en donde, exhorta a proteger el principio de la autodeterminación del paciente terminal a: Dar eficacia al derecho a una información veraz y completa sobre el estado de salud, garantizar que ningún enfermo terminal sea tratado contra su voluntad, respetar el rechazo a un tratamiento específico recogido en estamento vital y definir criterios de validez sobre estamentos vitales o directivas avanzadas, así como sobre el representante para decidir en lugar del enfermo.

Ahora, tomando la definición de Spadaro (2015, p. 7), el término autodeterminación es:

Un matiz psicológico de "voluntariedad"; en lugar de libertad, se habla de autodeterminación del individuo, no obstante, cada libertad individual no es un valor absoluto, sino que siempre tiene un carácter relativo e intrínsecamente relacional, y en consecuencia conlleva aun "limite".

Esta definición de autodeterminación se interpreta como una libertad más amplia, desde dos puntos de vistas; primero en donde la persona (enfermo terminal en sus plenas facultades mentales) tiene el derecho de decidir pero una decisión responsable, debidamente informada, libre, sin coacciones y consiente; es decir, que su decisión no afecta a otras personas u terceros involucrados; segundo en donde la persona (enfermo terminal sin facultades mentales), el representante puede hacer que se respete la voluntad del paciente siempre y cuando dicho paciente haya dejado alguna directriz anticipada, en casos que no lo hubiese hecho, la decisión puede ser tomado por el mismo representante siempre y cuando sea beneficioso para el paciente y no para el mismo beneficio del representante. Por lo tanto, todo paciente en condición de enfermedad terminal tiene derecho a la autodeterminación al igual que otros seres humanos; sin embargo, este derecho no se está ejerciendo, el problema radica en la dimensión del

poder, en donde el Estado (autoridades) sienten que tienen el poder y/o autoridad de controlar el destino de las personas sin respetar la voluntad de los demás para determinar lo que quieren, como en el caso de un enfermo de elegir una muerte digna.

El principio de autodeterminación, permite al paciente en condición de enfermo terminal tener una salvedad y elegir no recibir tratamiento; dicha elección se fundamenta en la capacidad que tiene para decir por sí mismo, desde el ángulo de dos perspectivas legal y habilidades intelectuales para tomar una decisión muy personal, sin involucrar terceros; en otras palabras, con la autodeterminación se hace mención a la libertad y autonomía, fundamentos básicos que permite a las personas determinar la dirección de su existencia; es un derecho personalísimos, que solo pueden ser ejercido por su titular, en este caso por la decisión y voluntad del mismo paciente.

El principio de cuidados paliativos, es otro principio importante para la regulación del derecho a la muerte digna que se rescata de los países analizados en donde indican que los cuidados paliativos deben ser integrales de calidad, además ayudan a salvaguardar la dignidad del enfermo, a prohibir la obstinación terapéutica. Esto se corrobora con lo mencionado por Requena (2018); quien afirma que, en base al fundamento ético de la medicina, la eutanasia, “no es parte de la medicina”, sin embargo, mencionó que una adecuada estrategia de cuidados paliativos acabaría con tan mencionada polémica.

De esto; podemos inferir que los cuidados paliativos deben estar presentes en la regulación del derecho a la muerte digna porque son cuidados que permiten mejorar la calidad de vida del paciente con enfermedad terminal, progresiva e incurable y de los familiares, de ahí que se convierten en derechos que todo paciente en condición de enfermedad terminal debe tener y recibir; tal como lo afirmó la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, que los cuidados paliativos “son un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria”. Por lo tanto, los cuidados paliativos se deben brindar a un paciente para mejorar la calidad de vida en los últimos días.

Por otro lado, es importante recalcar que cuando un paciente tiene una enfermedad terminal e incurable, no se debe permitir el uso de tecnología de manera irrazonable y la futilidad terapéutica, porque son acciones que evitan el curso natural de la muerte y

solamente complican la condición del paciente, ocasionando más dolencias, cuando lo único que desean los pacientes terminales es aliviar el dolor que sienten; y, para aliviar el dolor están los cuidados paliativos; esto se confirma con la definición de Fernández et ál. (2019. p. 7), quienes afirman que los cuidados paliativos son recomendables en caso de enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, en presencia de muchos síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y mutados; en presencia de un gran impacto emocional en el paciente, la familia y los cuidadores asociados con la presencia o la ausencia expresa de muerte; y espera una vida inferior a seis meses.

El principio de cuidados paliativos enfatiza la atención normal y adecuada de los pacientes con enfermedades incurables y terminales, en donde, el uso de analgésicos y otros tratamientos, incluso si acortan la vida del paciente como un efecto secundario, es éticamente legal si la muerte no se considera como un fin o como un medio, sino solo como se espera y se tolera como el efecto inevitable y adverso de la terapia. Al respecto la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, exhorta a proteger el derecho a los cuidados paliativos integrales, como un derecho legal e individual, tener acceso equitativo a ellos, asegurar que el paciente terminal reciba adecuado tratamiento del dolor, incluso si este tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida.

En la tabla 3 y 4 se observan los fundamentos fácticos de diferentes países que se tienen en cuenta para legislar el derecho a la muerte digna, tales como:

Condición de enfermo terminal o enfermedad irreversible; es el fundamento fáctico más relevante a tener en cuenta para regular el derecho a la muerte digna, tal como lo demuestran los casos seleccionados en las tablas mencionadas anteriormente, de lo contrario si el solicitante no cumple con dicha condición debe ser denegada la petición, como sucedió en el caso de Brasil que el paciente no indicaba ninguna enfermedad por lo mismo que fue declarado sin interés para actuar porque no cumplía con los requisitos indispensables para solicitar la ortotanasia. En consecuencia, la muerte digna es para las personas (pacientes) con enfermedades terminales sin ninguna remota posibilidad de cura corroboradas por médicos o junta de especialistas, es decir, que efectivamente tengan un verdadero sufrimiento y amerite una justificación objetiva la decisión de poner fin a la vida.

Enfermedad terminal, es una condición patológica que no tienen curación, en consecuencia, la muerte llega a corto plazo, por lo tanto, se debe tener en cuenta que cumpla con los criterios de enfermedad irreversible e incurable como lo describe la Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL, s.f., p.4), “Para la situación de una enfermedad terminal concurren varias características que son relevantes, para definirla, y establecer la terapia adecuada”. Tales como: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte y un pronóstico de vida menos a 6 meses.

Rechazo del tratamiento si el paciente o su representante lo decide; en el caso de Francia se decidió interrumpir tratamiento cuando no hay nada más que hacer basado en factores que conlleven a una obstinación terapéutica; en el caso Italia se acepta el rechazo del tratamiento basado en la libertad de autodeterminación del paciente y España acepta el rechazo del tratamiento cuando no hay capacidad de revertir la situación; en el caso de Argentina se decidió que la libertad del paciente para aceptar o rechazar tratamiento médico es parte de su derecho de autonomía personal y autodeterminación para tomar decisiones sobre sí mismos sin la interferencia del estado; Brasil se acepta declaración anticipada de voluntades siempre y cuando, el paciente cumpla con los requisitos expuestos;

Como se puede ver, el rechazar o no aceptar un tratamiento está relacionado con la autonomía del paciente, tal como se describe en el caso de Lambert, el TEDH, específico “*la autonomía personal en virtud del artículo 8 de la Convención, que, de acuerdo con la jurisprudencia de nuestro Tribunal, comprende el derecho del individuo a decidir en de qué manera y en qué momento debe terminar su vida*”; en otras palabras no se debe tratar al paciente contra su voluntad, consiste en un derecho que el paciente tiene para rechazar, interrumpir o no aceptar cualquier tratamiento, inclusive si el tratamiento es necesario para su propia supervivencia, dicho rechazo incluye la hidratación y nutricional artificial; esta acción de rechazar el tratamiento y aceptar esa decisión juega el papel de dos actores el paciente y el médico, en donde el médico es el que tiene la

obligación de respetar y aceptar la decisión del paciente. Este comentario está sustentado en el fallo del caso de Argentina: (...) la decisión de aceptar o rechazar un tratamiento médico constituye un ejercicio de la autodeterminación que asiste a toda persona por imperio constitucional. (F.19)

También este fundamento está relacionado con las voluntades anticipadas o directivas previas; en donde el paciente dentro de sus facultades mentales tiene la posibilidad de especificar que tratamientos rechazar o no aceptar en el momento que llegase a estar en una situación crítica o condición de paciente con enfermedad terminal, conforme sucedió en el caso de Uruguay, en donde el Tribunal, especifico que:

Al desconocer la voluntad documentada de CC como un adulto capaz de elegir tratamientos médicos sin sangre; se pretendería violar gravemente la dignidad, la autonomía individual y la libertad de conciencia, así como los derechos garantizados por la constitución nacional y los tratados internacionales. (Considerando V)

El derecho a emitir un documento de testamento vital implica reconocer que cada persona decide lo que quiere para su vida. Dichos documento implica ampliar su autonomía, incluso en los casos en que una persona ya no este cuerda o en sus plenas facultades mentales; el objetivo es evitar que terceros entren en la esfera íntima de su ser, especificando pautas que la persona no comparte, o no corresponden a su forma de pensar; por otro lado, la finalidad de estos documentos es exigir de forma legítima que se respeten las creencias y decisiones como derecho a una determinada calidad de vida y, por lo tanto, que tengan el poder de evitar ser sometidos a tratamientos desproporcionados, que solamente prolongan un dolor innecesario. Esto esta refrenado con lo estipulado en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, que exhorta a respetar el rechazo a un tratamiento específico recogido en un estamento vital.

Asimismo, el rechazo de un tratamiento está relacionado con el consentimiento, en donde la comunicación es fundamental entre paciente y médico, con la finalidad de entender lo que cada parte imparte, pero, siempre considerando, en la medida posible de comprender la decisión del paciente o de sus allegados, además de brindarle información debidamente detallada respecto a su enfermedad. Esto se sustenta en la

doctrina de Vera (2016), que explica el consentimiento informado tiene la función de promover la autonomía de los individuos, fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas, defiende al paciente, al profesional y a la institución.

En base a este contexto, el paciente que tiene una enfermedad irreversible, incurable, que está en una etapa final o ha sufrido una lesión que lo coloca en la misma condición, es informado de manera confiable, tiene el derecho a expresar su voluntad de rechazo con respecto a cirugías, reanimación artificial, retiro de soporte vital si son excepcionales, desproporcionadas o causan un sufrimiento excesivo en relación con la perspectiva de mejora; y es fundamental mencionar que el rechazo o negarse a ser sometido a algún tratamiento, no significa que se interrumpa las acciones para controlar y aliviar adecuadamente el sufrimiento del paciente. Este comentario se sustenta el caso de Uruguay, en donde el Tribunal, especifico que: “Todo procedimiento debe ser consentido por el paciente y en caso negativo no se puede practicar. (...) y si la normativa referida no ha sido declarada inconstitucional debe aplicarla”.

Trato digno en el proceso de la muerte, es un hecho que se debe tener en cuenta para regular la ortotanasia o muerte digna, haciendo referencia que es indigno pasar la última etapa de la vida o el proceso de la muerte con dolor, sufrimiento o en situaciones denigrantes que se alejen de un trato digno; para la cual es necesario brindar todos los cuidados indispensables para permitir un proceso de la muerte digno, en paz, con tranquilidad respetando ese proceso natural de la muerte.

Respetar el proceso natural de la muerte, es evitar usar la tecnología para prolongar una vida que ya no tiene sentido, porque la muerte es inminente e inevitable y cualquier tratamiento se convierte en una simple futilidad terapéutica; ocasionado un trato indigno del paciente con enfermedad terminal. Al respecto, Martínez Bullé, (2013, p. 17) afirman, la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina han desarrollado varios métodos para curar y tratar enfermedades y, como resultado, prolonga la vida de las personas pero la muerte sigue siendo inevitable; sin embargo, la medicina tiene el poder de prolongar la vida y desafiar la muerte, hasta cierto punto, debe saber en qué medida y cómo intervenir, y antes de este nuevo poder debe haber nuevos límites para que se mantenga el respeto por la dignidad humana, es decir, la posibilidad de acortar la vida

de alguien o de otros cuando ya no es deseable debido al cansancio o el agotamiento, el sufrimiento o el dolor causado por una enfermedad o simplemente por el deterioro de las condiciones físicas en las que uno vive.

Hablar de un trato digno, es un trato amable y con respeto al paciente, así como a los familiares, respetando sus creencias, convicciones, religión, evitar la discriminación, brindar los cuidados adecuados independientemente de su estado socioeconómico; en otras palabras, se trata de aceptar y respetar el proceso vital, permitiendo que la vida continúe su curso regular sin tener que suspender los tratamientos normales que se adaptan al paciente, para lograr la muerte de la manera más natural posible sin tener que recurrir a medios extraordinarios. Al respecto, Soto (2016, p.12) refiere que la ortotanasia es sinónimo de una muerte digna, tiene una connotación más positiva que la eutanasia porque "es una muerte, en su momento sin acortar la vida o impulsar la muerte. Del mismo modo, en el último proceso no hay una extensión de la vida ni un retraso en la muerte". En la misma línea, Martínez (2013, p. 29), afirma el derecho a un "trato digno con respeto a las convicciones personales y morales, principalmente con respecto a sus condiciones socioculturales, género, modestia y vida privada", es considerado uno de los principios fundamentales, además se afirma que la bioética se ocupa del cuidado de la vida en general, pero como disciplina moral se centra en valores como la libertad, la autonomía, la igualdad y, por supuesto, dignidad personal.

Evitar el sufrimiento innecesario, es otro hecho que se rescata de las sentencias analizadas, en donde la muerte digna u ortotanasia se centra en evitar que el paciente en estado terminal padezca un sufrimiento innecesario; sufrimiento que también lo siente la familia o personas cercanas al paciente; y tanto el paciente como la familia desearían una muerte sin sufrimiento.

Como se sabe una enfermedad terminal estar relacionada con la muerte pero también con el sufrimiento; sin embargo, acelerar la muerte no es la única forma de aliviar dicho sufrimiento, se trata de brindar adecuados cuidados para evitar ese sufrimiento, como por ejemplo el avance tecnológico en medicina conlleva en la mayoría de casos a un sufrimiento del mismo paciente y de la familia, así mismo conlleva a negar el dolor y la misma muerte, por ende existe un debate en muchos países sobre el derecho a la muerte

digna; por eso al hablar de cuidados adecuados para evitar el sufrimiento, es sinónimo de brindar atención de cuidados paliativos para garantizar la terapia del dolor. Este comentario se sustenta con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indicó que los cuidados paliativos se basan en "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a problemas de enfermedades mortales, al prevenir y aliviar el sufrimiento, mediante la detección temprana de factores desfavorables y problemas psicológicos o espirituales adicionales".

Hablar de evitar el sufrimiento, también se trata de evitar el sufrimiento en la familia, porque son los que más sufren durante la agonía, que a menudo es una forma de preparar a los miembros de la familia para aceptar la muerte, la muerte inesperada de un ser querido daña la psique más que una muerte lenta, en la que se acostumbra y acepta la idea de la muerte; los familiares que realmente aman está tratando de compartir la agonía y esta es una forma de mostrar amor. Por lo tanto, el hecho que la familia entienda y acompañe en el proceso de la muerte es una forma de disminuir el dolor y el sufrimiento. Al respecto Giraldo-Cadavid (2008, p.165), afirma que la ortotanasia es la medida correcta contra la muerte, ayudar al paciente y a su familia a enfrentarla, aliviar el dolor, el sufrimiento y otras quejas que el paciente tiene con una enfermedad incurable y apoyarlo de cerca durante sus últimos días, este comportamiento respeta plenamente la dignidad humana y ayuda a enfrentar el momento crucial de la muerte.

La ortotanasia es detener las acciones extraordinarias en un paciente que solo prolongaría la agonía y no salvaría al paciente ni prolongaría significativamente la vida; solamente conseguiría prolongar el sufrimiento, y la misma muerte; sin embargo, el paciente y su familia necesitan ser tratados para prepararse para el momento de la muerte. En ese contexto, Schmaltz (2016, párr. 5) afirma, si se permite que un paciente en estado terminal con una muerte inminente, muera, no se priva el derecho a la vida, y no se viola la indisponibilidad del derecho a la vida, pero se garantiza su dignidad. Por lo tanto, no debemos entender que la ortotanasia daña la falta de disponibilidad del derecho a la vida; porque, se está en casos de pacientes donde la terapia simplemente "extiende" la vida útil, sin ningún beneficio concreto, sin embargo, al paciente no se le pueden negar los cuidados paliativos.

En la tabla 5 se observa la regulación de ortotanasia a nivel de Europa y América Latina, que algunos países mencionan expresamente como Ley del final de la vida o muerte digna (España, Francia y Argentina), otros países el derecho a la muerte digna se interpreta de forma implícita de las leyes de consentimiento informado o voluntad anticipada (Italia, México y Uruguay); Brasil regula expresamente la ortotanasia en el campo de la deontología médica; y regulado expresamente muerte digna en constitución solamente en el país de México.

Sin embargo, lo que tienen en común estas mencionadas leyes que regulan el derecho a la muerte digna u ortotanasia, es el principio de la autonomía y responsabilidad individual, de acuerdo al artículo 5° de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, en donde se afirma:

Respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Asimismo, otro punto en común que tiene dichas leyes es que hacen mención al principio de consentimiento, de acuerdo al artículo 6° de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, en donde prescribe que: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”.

En base a este contexto, el consentimiento informado es un derecho del paciente y un requisito médico que consiste en la participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, en donde el objetivo, es que el paciente debe conocer todo acerca de riesgos, beneficios, complicaciones y procedimientos referentes a la intervención que será sometido; además en el mismo consentimiento debe contener la decisión del paciente (si acepta o no el tratamiento), es decir, que se reconoce al paciente como sujeto autónomo e individual capaz de tomar decisiones respecto a su salud, en otras palabras, es permitir la autonomía del paciente. Esto se sustenta en la teoría de Vera (2016, p.61). El consentimiento informado debe contar con cuatro elementos fundamentales:

Información suficiente, libertad de elección, capacidad de toma de decisiones, y comprender la información recibida.

Por otro lado, como se mencionó líneas arriba en la constitución de la ciudad de México, es la única que regula expresamente el derecho a la muerte digna en el art 6º, A, inc. 2: *“Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”*; artículo que fue respaldado por el tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación constitucional en donde estableció:

La constitucionalidad de la norma impugnada reconoce el derecho a la muerte digna como una manifestación del libre desarrollo de la personalidad, afirmando que incluso desde el año dos mil ocho se encuentra vigente en la capital la Ley de Voluntad Anticipada que regula cuestiones relativas a cuidados paliativos. (Fundamento, 279)

El artículo impugnado está contenido en el marco de regulación capitalina del derecho a la autodeterminación personal y el libre desarrollo de la personalidad, que permite que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad, concepto último que contiene implícitamente el derecho a una muerte digna. (Fundamento, 281)

Si bien es cierto que en los otros países no regulan expresamente la muerte digna en sus constituciones; se pudo conocer que el tribunal de Italia interpretó el artículo 32º de la constitución en la cual prescribe:

La Republica protegerá la salud como derecho fundamental del individuo e interés básico de la colectividad y garantizará asistencia gratuita a los indigentes. Nadie podrá ser obligado a sufrir un tratamiento sanitario determinado, a no ser por disposición de una ley. La ley no podrá en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto a la persona humana.

Artículo que fue interpretado por el tribunal como derecho a la autodeterminación individual con respecto a los tratamientos terapéuticos, artículo que ya ha sido también ampliamente ampliado por la jurisprudencia, que establece expresamente el derecho de la persona que puede rechazar cualquier tipo de tratamiento de salud, incluso si es necesario para su propia supervivencia (incluyendo nutrición e hidratación artificial) garantiza a los individuos la libertad total de elegir qué interferencia externa desean incorporar a sus cuerpos y, en este sentido, proteger su dignidad.

Asimismo, está el caso de Argentina que el tribunal interpretó el artículo 19° de la Constitución en el que prescribe:

Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

Artículo que fue interpretado por el tribunal:

"En un Estado, que se proclama de derecho y tiene como premisa el principio republicano de gobierno, la Constitución no puede admitir que el propio Estado se arrogue la potestad sobrehumana de juzgar la existencia misma de la persona, su proyecto de vida y la realización del mismo, sin que importe a través de qué mecanismo pretenda hacerlo". Por tal razón, no debe exigirse una autorización judicial para convalidar las decisiones tomadas por los pacientes respecto de la continuidad de los tratamientos médicos, en la medida en que estas se ajusten a los supuestos y requisitos establecidos en la ley 26.529.

En base a este contexto se puede inferir que el derecho a la muerte digna es parte de una vida digna y si la vida es un derecho constitucional pues también la muerte digna pero de forma implícita, esto se corrobora con la tesis de Aaron y Suarez (2019), en donde indico que las condiciones para una vida digna incluyen implícitamente las condiciones para una muerte digna, porque la muerte, aunque es un evento que marca el final de la existencia, es parte de la vida

En la tabla 6, respecto de principios bioéticos se puede observar que todos los autores coinciden que tienen vital relevancia para garantizar la asistencia adecuada del paciente que está en condición de enfermedad terminal; sobre todo teniendo en cuenta, que los principios de bioética tienen relación con las decisiones en temas de la ciencia de la vida, cuando existe un conflicto biótico como es el caso del derecho a la muerte digna que es un debate que aún no se ha llegado a un consenso; es donde los principios fundamentales de la bioética toman protagonismo para resolución de conflictos y las decisiones cumplan con el mínimo de ética que estaría representado por la no maleficencia y justicia; y, un máximo de ética que estaría representado por la autonomía y beneficencia; además, dichos principios fundamentales de la bioética se puede interpretar como tridimensionales, porque abarca (i) a los profesionales de la salud que

son los encargados de aplicar los principios de beneficencia y no maleficencia; (ii) está el paciente (enfermo terminal), que hace uso del principio de autonomía y (iii) las instituciones de salud o gobierno que aplica el principio de justicia. Por otro lado, los principios de bioética se pueden interpretar desde una perspectiva relacionada a la regulación del derecho a la muerte digna para que las personas que están en la etapa final de una enfermedad, vivan el proceso de la muerte de acuerdo con la dignidad; en donde se respete sus derechos, se preste atención a la necesidad física, espiritual y psicológica. Para la cual se puede inferir que:

El principio de beneficencia, para que el paciente tenga una muerte digna, este tiene derecho a acceder a los medicamentos necesarios y esenciales para aliviar el dolor u otra síntoma que le aqueja, además el paciente tiene todo el derecho a recibir una atención de calidad en el lugar más adecuado para su enfermedad, que puede ser, el hogar, en el hospital, en un centro de cuidados paliativos; y si es necesario a una sedación paliativa por presentar algún síntoma refractario, tienen el derecho de acceder a la sedación con un personal capacitado y no aplicar alguna medida extraordinaria o desproporcionada para la finalidad terapéutica; la finalidad de la beneficencia es buscar el bien del paciente en sentido de bienestar psicológico y emocional en donde dejar que la muerte llegue y no producirla a veces es la mejor solución para un paciente en etapa terminal.

El principio de autonomía, indica que invoca al consentimiento informado, pero también se puede inferir que hace alusión al testamento en vida, como herramientas para acceder a una muerte digna; ante la situación que no exista terapia capaz de prolongar la salud o mejorar de forma significativa la vida, es cuando el ejercicio del derecho a la autonomía se vuelve más importante, lo que significa que el paciente a través de una información veraz y concreta comprenderá completamente su situación de diagnóstico y pronóstico de vida y decidirá rechazar o aceptar con conocimiento de causa el tratamiento ofrecido y el médico tiene el deber de respetar. Además, también incluye las gestiones del personal médico para que el paciente este bien y disfrute sus últimos días con dignidad.

El principio de justicia, que todo paciente en etapa final de una enfermedad terminal e incurable tiene derecho al acceso a cuidados paliativos independientemente de su estatus socioeconómico, lugar de residencia, religión; Por tal motivo, debe existir políticas de salud donde prioricen estrategias que el principio de justicia sea parte de la atención primaria de salud. Además, este principio también es extensivo hacia la moral de los

médicos para dar un diagnóstico real, en donde se respete la verdad como base de justicia y haciendo todo lo imposible para el bienestar del paciente.

El principio de no maleficencia, se debe evitar todo procedimiento que vulnere la dignidad humana como la eutanasia, distanasia, abandono terapéutico, asimismo evitar medidas que no benefician al paciente, como por ejemplo iniciar algún tratamiento invasivo, internar a un paciente en unidad de aislamiento sin ninguna posibilidad realista de recuperación. No hacer maleficencia significa no mantener la vida solo por un juramento hipocrático “salvar vidas”, ante una inminente cercanía de la muerte, lo mejor que puede hacerse es dejar que la muerte transcurra su curso natural.

Finalmente podemos concluir que la hipótesis planteada se acepta; es decir, la regulación del derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano se justificaría en los siguientes fundamentos:

- a) El caso de ortotanasia un tipo de eutanasia que consiste en un tratamiento paliativo para el evitar el sufrimiento en enfermos terminales. Es decir, la ortotanasia significa que la muerte puede ocurrir sin miedo mediante el uso de cuidados paliativos destinados a aliviar el dolor y brindar comodidad al paciente, en consecuencia dignidad es permitir morir en el momento adecuado, no es anticipar la muerte, pero es una forma de permitir el final de la vida humana de una manera natural sin usar tratamientos sin sentido que son inútiles, porque son tratamientos que no proporcionan la cura del paciente, sino solamente es un comportamiento distánico. Para evitar esto, está el cuidado paliativo, que ofrece la medicina paliativa, cuando la terapia curativa ya no puede promover la mejora del cuadro clínico, la adopción de cuidados paliativos, por lo tanto, integra el papel de los requisitos para que la ortotanasia se pueda realizar de forma ética y en total conformidad con el principio de dignidad humana aplicado a las personas con enfermedades terminales. Sin embargo, es de obligación del Estado que se encargue de garantizar el acceso universal a los cuidados paliativos que se ocupan no solo del paciente en condición de enfermo terminal sino también de su familia. Se trata de ayudarlo hasta el final de su vida y hacerle saber que esta vida es valiosa hasta los últimos momentos.
- b) El principio de bioética: Autonomía del paciente en enfermos terminales cuyo tratamiento no responde a su satisfacción ni disminución del dolor. Es decir, la ortotanasia no tiene por intención provocar la muerte de una persona, simplemente

permite una "muerte digna" a un paciente incurable y en fase terminal; es ahí en donde los principios de bioética juegan un papel importante, para que los médicos eviten la obstinación terapéutica, y empiecen a pensar más en el paciente, para que él tenga una muerte sin dolor, con tranquilidad psíquica y espiritual. Asimismo el principio de autonomía está prescrito en el artículo 5°, de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos; en donde, hace referencia a la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su enfermedad, pero esto presupone que hay información disponible sobre las consecuencias de las medidas a implementar, asimismo este mencionado principio implica respeto por las personas, por lo tanto deben ser tratadas como lo que son (ser humano), y para mantener esta autonomía del paciente significa, considerar al paciente con capacidades para tomar sus propias decisiones sin ser coaccionado o persuadido.

- c) El principio de libre autodeterminación del paciente debidamente informado sobre los tratamientos médicos que no amortiguan ni disminuyen la calidad de vida del paciente enfermo terminal. Es decir el paciente tiene el derecho a decidir si desea o no recibir tratamientos, después de haber sido debidamente informados sobre los riesgos, complicaciones, consecuencias de un tratamiento, así como también después de haber recibido información que puede recibir tratamiento paliativo, el paciente debe comprender, analizar y tomar una decisión al respecto; por lo tanto la Ortotanasia no indica dejar morir, sino dejar que la muerte ocurra de manera tranquila y en paz con el menor dolor posible, por lo que el derecho a la autodeterminación de la persona enferma está garantizado al máximo. Para este enfoque de muerte digna es necesario definir los parámetros y criterios que hacen de la ortotanasia un comportamiento ético que requiere consideraciones para promover el derecho a la muerte digna, sin tomar ninguna acción que anticipe el momento de la muerte al contrario protege derechos personales del paciente terminal de posibles daños.

CAPITULO VI: PROPUESTA

5.1 propuesta legislativa

PROYECTO DE LEY QUE PERMITE REGULAR EL PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA MUERTE DIGNA EN EL PERÚ (ORTOTANASIA)

Los congresistas del Grupo Parlamentario (...) que suscriben, ejerciendo el derecho a la iniciativa legislativa tal como les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú; y en concordancia los artículos 67, 74, 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

I. FÓRMULA LEGAL

**LEY QUE PERMITE REGULAR EL PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DEL
PROCEDIMIENTO DE LA MUERTE DIGNA EN EL PERÚ (ORTOTANASIA)**

Capítulo I: Nociones generales

Artículo 1: Objeto

La presente ley tiene por objeto declarar el derecho de la autodeterminación individual del paciente terminal, con la finalidad de mejorar la calidad de vida en la etapa final, en el proceso de la muerte, cuando el paciente terminal se decida por la ortotanasia: y, proporcionar una herramienta a los profesionales de salud que tienen a cargo la atención de pacientes enfermos en la fase terminal. así como, establecer lineamientos del protocolo para la aplicación del procedimiento de la muerte digna en el Perú; y

Artículo 2: Ámbito de aplicación

La presente iniciativa legislativa rige para actividades de salud realizadas dentro del territorio nacional, en los hospitales públicos o privados que se da asistencia a pacientes enfermos en la fase terminal y sin ninguna posibilidad realista de recuperación corroboradas por médicos o junta de especialistas.

Artículo 3: Definiciones

Ortotanasia; significa "muerte correcta" o "muerte digna", se trata en lo posible, que la muerte ocurra en el momento apropiado sin acelerar, pero sin prolongar, lo que se refleja en la práctica cuando se utilizan todos los recursos necesarios que pueden beneficiar al paciente, pero no prolongando la agonía, respetando y tratándolo como ser humano que es.

Enfermedad terminal; Enfermedad avanzada e irreversible, con un gran impacto emocional, con múltiples síntomas que representan el deterioro progresivo y general del organismo y sus funciones como resultado de una enfermedad que no responde a ningún tratamiento.

Paciente en fase terminal; pacientes con una enfermedad progresiva incontrolable que resultará en la muerte, fenómeno que ocurre dentro de un período aproximado de tiempo y no más de 6 meses de supervivencia.

Cuidados paliativos; son cuidados activos y continuos practicados por un equipo interdisciplinario en una institución o en el hogar. Su objetivo es aliviar el dolor, aliviar el sufrimiento mental, salvaguardar la dignidad de la persona enferma y apoyar a quienes lo rodean.

Consentimiento informado: es la declaración de voluntad emitida por el paciente convirtiéndose en un documento de vital relevancia, en donde manifiesta que el paciente está debidamente informado sobre su actual estado y decide lo que mejor le convenga de acuerdo a sus creencias y convicciones.

Eutanasia; es la interrupción de la vida por supuestas razones humanitarias. El acto intencional destinado a causar la muerte de una persona prohibido por la ética médica y punible por la ley.

Distanasia; también se conoce como obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico, es una acción extraordinaria, donde utiliza todos los medios necesarios para evitar la muerte.

Artículo 4: principios

Dignidad: es un indicador de la condición limitada de una persona cuando se enfrenta con otras personas equivalentes, pero al mismo tiempo muestra el valioso carácter de la persona. El valor constitutivo de la dignidad es un concepto relacional: en efecto, algo vale para otro que sí mismo. Por lo tanto, el término dignidad es relacional e implica libertad e igualdad.

Autodeterminación; es la necesidad de actuar para defender un estado amenazado o uno que aún no se ha disfrutado (o que aún no se disfruta plenamente) y, por lo tanto, nace la idea de voluntad y decisión.

Libertad, garantiza el respeto de la voluntad individual e implica que todos deben ser responsables de sus acciones, mientras que la libertad individual debe ser protegida por el Estado. Nadie puede restringir la libertad de los demás; De lo contrario, las autoridades competentes deberían actuar para sancionar a la persona responsable.

Atención integral, Los seres humanos son conocidos por su carácter multidimensional inmersos en un sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Esto significa que la atención médica no debe limitarse al motivo de la consulta, sino que debe abordar las necesidades y condiciones de salud de la persona.

Autonomía; facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás; es decir, es la capacidad de las personas para llevar a cabo acciones conociendo la causa, con información suficiente y sin restricciones internas o externas.

Igualdad; la igualdad jurídica es un pilar de cualquier sistema legal que pretende ser justo; se entiende en dos dimensiones: Por un lado, como principio rector de todo el ordenamiento jurídico del Estado democrático de derecho, valor fundamental y norma básica que debe garantizar y preservar. Y por otro lado como un derecho constitucional subjetivo, exigible individualmente, que otorga a todas las personas el derecho a ser tratados en igualdad de condiciones ante la ley.

Artículo 5: Esta norma no contempla la eutanasia en ninguna de sus formas.

Capítulo II: Derechos del paciente con enfermedad terminal

Artículo 6: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, a garantizarse este derecho en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna; y debe ser extensivo a sus familiares.

Artículo 7: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a la libre elección de su médico y de su establecimiento de salud y de su modo de asumir la responsabilidad, en forma ambulatoria o en el hogar.

Artículo 8: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a conocer sus condiciones salud y estar plenamente informado de manera accesible, comprensible y adecuada, con respecto al diagnóstico, pronóstico, beneficios y riesgos que acarrea los procedimientos o tratamientos recibidos.

Artículo 9: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a expresar su voluntad de forma verbal o escrita, la misma que debe registrarse en la historia clínica.

Artículo 10: Todo paciente con enfermedad terminal capaz de actuar tiene derecho a rechazar, en total o parcialmente, cualquier evaluación diagnóstica o tratamiento de salud tras un proceso de información y decisión, a pesar de que esto pueda suponer un riesgo para su vida.

Tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlo, no supondrá menoscabo alguno en el resto de atención sanitaria especialmente en lo

referido a la destinada a paliar el sufrimiento, aliviar el dolor y otros síntomas y hacer más digno y soportable el proceso final de la vida.

Artículo 11: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a que se respeten sus decisiones respecto a las intervenciones, que ante toda intervención diagnóstica o terapéutica se requiera previamente su consentimiento libre y voluntario.

Artículo 12: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a recibir la atención integral idónea y el mejor tratamiento disponible que prevenga y alivie el sufrimiento, el dolor y otros síntomas que aparezcan.

Artículo 13: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a tener una calidad de vida y no una cantidad de vida; el derecho a la vida, como su propio nombre lo dice es un derecho y no un deber, nadie puede ser obligado a vivir en condiciones de intensos sufrimientos físicos y psíquicos.

Artículo 14: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a decidir si así lo requiere de acompañamiento por parte de un familiar u otra persona que él indique, de acuerdo a sus creencias y convicciones.

Artículo 15: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a que se respete su decisión ante exposiciones públicas con fines académicos o de cualquier otro tipo. Y quien tenga acceso a su información debe guardar confidencialidad.

Artículo 16: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a solicitar más de una opinión médica si así lo requiere; y, a ser atendido por un equipo interdisciplinario.

Artículo 17: Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a una muerte digna en base al principio de autodeterminación personal que involucra la esfera privada personal como derecho humano que posibilita a las personas que puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. Por consiguiente, la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.

Morir con dignidad, es 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 (obstinación terapéutica).

Capítulo III: Deberes de los profesionales de salud que brinden atención al paciente con enfermedad terminal ya sea en institución pública o privada

Artículo 18: Todo médico tiene el deber de dar un diagnóstico real, fidedigno basado en los hallazgos clínicos y ayuda diagnóstica, de no estar seguro, deben conformar una junta de médicos para estudiar el caso.

Artículo 19: Todo personal de salud tienen el deber de brindar información precisa, clara, entendible y adecuada sobre el estado de salud, procedimientos propuestos, beneficios, riesgos, molestias, efectos adversos y las consecuencias de no realizar los procedimientos o tratamientos indicados.

Artículo 20: Todo profesional de salud tienen el deber de confidencialidad respecto a la información redactada en la historia clínica o concerniente al estado de salud del paciente, la información será revelada a tercero solo con el consentimiento del paciente.

Artículo 21: Todo profesional de salud tienen el deber de proporcionar tratamientos con conocimiento médico comprobado y atención más adecuados para garantizar la mejor seguridad de salud y el mejor alivio posible del sufrimiento.

Artículo 22: Todo profesional de salud tienen el deber de no hacer uso de la obstinación terapéutica, cuando parecen innecesarios, desproporcionados o cuando no tienen otro efecto que el único mantenimiento artificial de la vida.

Artículo 23: Todo profesional de salud está obligado a respetar la voluntad expresada por el paciente enfermo terminal, respetando la decisión tomada, ya que ningún tratamiento de salud puede iniciarse o continuarse sin el consentimiento libre e informado del paciente.

Artículo 24: Todo profesional de salud tienen el deber de proporcionar los cuidados paliativos para proteger la dignidad de la persona moribunda y garantiza la calidad de vida del paciente enfermo terminal.

Artículo 25: Todo profesional de salud tienen el deber de proporcionar atención integral y de alta calidad para aliviar el sufrimiento, incluso en caso de denegación o retirada del consentimiento para el tratamiento médico indicado.

Artículo 26: Todo profesional de salud está obligado a respetar toda creencia, valores y preferencia en las decisiones del paciente enfermo terminal; teniendo el deber de abstenerse de imponer criterios basados en sus propias convicciones o creencias religiosas, morales o personales.

Artículo 27: deber de respetar los principios fundamentales de bioética

- a) Principio de beneficencia, el paciente tiene todo el derecho a recibir una atención de calidad; aliviar los síntomas refractarios, sin medidas extraordinarias o desproporcionada; la finalidad es el bienestar psicológico y emocional del paciente.
- b) Principio de autonomía, invoca al consentimiento informado, pero también hace alusión al testamento en vida, como herramientas para acceder a una muerte digna; ante la situación que no exista terapia capaz de prolongar la salud o mejorar de forma significativa la vida, es cuando el ejercicio del derecho a la autonomía toma más fuerza, lo que significa que el paciente a través de una información veraz y concreta comprenderá completamente su situación de diagnóstico y pronóstico de vida y decidirá rechazar o aceptar con conocimiento de causa el tratamiento ofrecido y el médico tiene el deber de respetar.
- c) Principio de justicia, que todo paciente en etapa final de una enfermedad terminal e incurable tiene derecho al acceso a cuidados paliativos independientemente de su estatus socioeconómico, lugar de residencia, religión; este principio también es extensivo hacia la moral de los médicos para dar un diagnóstico real, en donde se respete la verdad como base de justicia y haciendo todo lo imposible posible para el bienestar del paciente.
- d) Principio de no maleficencia, se debe evitar todo procedimiento que vulnere la dignidad humana como la eutanasia, distanasia, abandono terapéutico, asimismo

evitar medidas que no benefician al paciente, como iniciar algún tratamiento invasivo, internar a un paciente en unidad de aislamiento sin ninguna posibilidad realista de recuperación.

Artículo 28: Todo profesional de la salud que brinde atención a pacientes enfermos terminales debe tener las capacidades y competencias adecuadas para realizar una labor tan delicada y mantener una calidad de vida óptima mediante el tratamiento de los síntomas.

II. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

2.1 Problemática

El derecho a la muerte digna no está regulado en el ordenamiento jurídico peruano, pero con reconocimiento en otros tribunales constitucionales internacionales y cabe cuestionarse si su regulación puede alcanzar a todos los tipos de solicitudes que puedan darse así por ejemplo la ortotanasia, suicidio asistido, eutanasia activa, eutanasia pasiva; se busca justificar la regulación de la muerte digna, específicamente la ortotanasia, la misma que se trata de dejar que la muerte suceda en el momento correcto, cuando debería suceder, aunado al principio de libre autodeterminación de la persona, es el paciente quien toma la decisión cuando poner fin a su existencia, es decir si continua con vida o no, por lo tanto, todo individuo debe ser tratado como ente autónomo, porque una persona es un fin y nunca un medio, y su libertad debe respetarse enfermo o no, poder elegir de forma libre el derecho a una muerte digna como un derecho individual es una reivindicación considerado típico de las sociedades actuales, además la ortotanasia no se limita exclusiva y únicamente a evitar los protocolos de tratamiento en situaciones desafortunadas para el paciente y a prolongar su existencia precaria cuando existe una declaración de la voluntad anticipada del paciente, sino que se basa en el derecho al tratamiento terapéutico según el principio de justicia en caso de necesidad simultánea, sentido moral básico según el cual cada ser humano debe ser respetado y cuya dignidad está protegida por la ley.

Existe un grupo minoritaria que solicita la muerte digna a fin de evitar problemas posteriores a la decisión que tomó en sus plenas facultades; por lo tanto, la decisión libre y voluntaria de permanecer con vida es un derecho del paciente y su familia, y debe ser respetado. Como se puede evidenciar, el mantener la vida de manera artificial en condiciones dolorosas, cuya supervivencia, generalmente, va acompañada de una pobre

calidad de vida y denigra la dignidad de la persona, por lo tanto, se debe buscar morir con dignidad, además toda persona desearía morir sin sufrimiento, una muerte digna sucede en términos que cada persona determine. Rescatando la decisión de TEDH, a favor de la muerte digna, en base a la autonomía personal, estableció que toda persona tiene derecho a decidir sobre su propia vida y muerte y que los demás deben respetar su propia decisión. Entonces bajo este comentario, se debe elegir el derecho a finalizar la vida relacionado con el principio de libre autodeterminación de la persona, en donde, es la misma persona quien decide excluyendo a terceros; siendo necesario que el Estado regule del reconocimiento del derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico peruano.

2.2. Argumentación

Con el tiempo, la medicina ha tratado de responder lo mejor posible a las necesidades y expectativas de la sociedad con respecto a lo relacionado con las decisiones sobre el final de la vida. En este contexto, debe tenerse en cuenta que en el siglo XXI se han aprobado leyes en varios países del mundo que ofrecen alternativas efectivas para pacientes que no tienen perspectivas de cura ante una enfermedad terminal.

Hay varios países que cuentan con legislación para practicar la eutanasia y suicidio asistido como es el caso de Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Japón, Canadá, Algunos estados como Oregón, Washington, Montana, Vermont de Estados Unidos y en América Latina está Colombia quien regularizó la eutanasia como derecho fundamental a una muerte digna.

Sin embargo, este protocolo no es para aceptar o aplicar eutanasia o suicidio asistido; por lo contrario, es para permitir el derecho a la muerte digna u ortotanasia; por la cual es necesario hacer la diferencia; eutanasia provoca la muerte, según la Asociación Médica Mundial (AMM, 2019) lo define “el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste”. Mientras que la ortotanasia la permite; Delgado (2017), define como "muerte correcta" o "muerte digna". “La ortotanasia no anticipa el final, sino que acepta la mortalidad en el momento adecuado y proporciona la atención necesaria y los medios regulares para que los pacientes terminales no sufran”. (Morato, 2019)

En base a este contexto, también existen ordenamientos jurídicos de algunos países que permiten la ortotanasia, entre ellos esta:

Francia con Ley N° 87/16 “Ley de fin de vida” que modificó y creó algunos artículos del código de salud pública francés; en donde permite responder mejor a morir dignamente al enfrentar mejor el sufrimiento.

Italia con Ley N° 219 – 2017 “Reglas sobre el consentimiento informado y las disposiciones de tratamiento anticipado”; protege el derecho a la vida, la salud, la dignidad y la autodeterminación de la persona y establece que ningún tratamiento de salud puede iniciarse o continuarse sin el consentimiento libre e informado de la persona.

España con la Ley 5/2015 “Ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales; y la Ley 16/2018 “Ley sobre Derechos y Garantías en el proceso final de la vida”, protegen y garantizan la dignidad humana en el último proceso de la vida, garantizando el derecho a comunicarse libremente y asegurando la autonomía y respetando de la voluntad dentro del marco legal.

México con la “ley de voluntad anticipada para el distrito federal” (2008), en donde regula requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida. Asimismo, contiene explícitamente en la constitución el derecho a la muerte digna.

Argentina con Ley 26.529 y sus modificaciones Ley 26.742 “Leyes de derechos de los pacientes. Responsabilidad profesional y muerte digna”, en donde especifica el trato digno y respetuoso y la autonomía del paciente.

Brasil existe una resolución del consejo federal de medicina N° 1.805 del 2006 que regula la ortotanasia en el campo de la deontología médica.

Uruguay con la ley N° 18.473 “Voluntad Anticipada” con reglamento desde el 2013, en donde, describe que las personas adultas y mentalmente sanas tienen el derecho de oponerse voluntariamente, consciente y libremente al uso de tratamientos y procedimientos médicos, a menos que esto afecte la salud de terceros; asimismo establece que la personas tiene derecho a expresar su voluntad anticipada al oponerse al uso futuro de tratamientos y procedimientos médicos que prolongarían sus vidas en detrimento de su calidad si sufren de patologías terminales, incurables e irreversibles.

Lo que tienen en común estos ordenamientos jurídicos es que permiten una muerte digna u ortotanasia a pacientes con enfermedades terminales, incurables e irreversibles y se justifica en la autodeterminación individual, un trato digno durante el proceso de la muerte y la atención en cuidados paliativos para que el paciente evite el dolor en la mejor medida posible.

En consecuencia, la Ortotanasia “no significa simplemente “dejar morir”, sino “permitir” que la muerte suceda de forma tranquila y serena, con el mínimo de dolor posible, preservando al máximo el derecho a la autodeterminación de la persona enferma” (Tinoco, 2017). Este enfoque se justifica porque se deben definir los criterios y parámetros que hacen de la ortotanasia un comportamiento ético que requiere consideraciones para promover la muerte de una manera digna, sin tomar medidas deliberadas para adelantar el momento de la muerte provocando la vulneración de derechos personales a la intimidad, vida privada y sobre todo la dignidad.

Los criterios a tener en cuenta para aceptar el procedimiento de la ortotanasia son: Enfermedad terminal y voluntad del paciente, aunados a los cuidados paliativos.

a) Enfermedad terminal

La fase terminal es la suma de los eventos antes de la muerte que representan el deterioro progresivo y general del organismo y sus funciones como resultado de una enfermedad que no responde a ciertos tratamientos. Estos fenómenos ocurren dentro de un período aproximado de tiempo y no más de 6 meses de supervivencia. (Allende-Pérez y Verástegui-Avilésb, 2013, p.257).

Consiste en una enfermedad avanzada e irreversible con múltiples síntomas, con impacto emocional y pérdida de autonomía, con muy poca o ninguna respuesta a un tratamiento en particular, y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses. Por lo tanto, puede ocurrir tanto en enfermedades oncológicas como no oncológicas. (Alpízar y Muñoz, 2016, p.58).

Según la Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL, s.f., p.4), precisa que “Para la situación de una enfermedad terminal concurren varias características que son relevantes, no solamente para definirla, sino para establecer la terapia adecuada”.

Tales como: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte y un pronóstico de vida limitado menos a 6 meses.

En la misma línea Cortés y Arbizu (2019, p.308), describen que la enfermedad avanzada y terminal se caracteriza por: Ser incurable, progresiva y con pronóstico de vida limitado; responde de forma limitada al tratamiento específico; presentar síntoma y ocasiona impacto emocional sobre el enfermo, la familia y el equipo sanitario. La enfermedad avanzada y terminal puede ser oncológica o no y el objetivo terapéutico se centra en el control de los síntomas, en el apoyo emocional y en la comunicación.

Asimismo, Gil, et al (s.f., p.5), define como un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo. En general, se presenta como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicamente progresivas cuando se agotan los tratamientos disponibles. Además, presentan algunos criterios diagnósticos del síndrome terminal de enfermedad que incluyen: Enfermedad causal de evolución progresiva; pronóstico de supervivencia inferior a un mes; estado general grave (inferior a 40 % en la escala de Karnofsky); insuficiencia de órgano, única o múltiple; ineficacia comprobada de los tratamientos y ausencia de otros tratamientos activos.

- Enfermedad causal de evolución progresiva, la enfermedad causal ha evolucionado con períodos de mejoría, períodos de estabilización y períodos de exacerbación o progresión. Se realizaron maniobras de prevención o erradicación durante las fases asintomáticas. Los tratamientos convencionales con eficacia comprobada se administraron durante los períodos de descompensación. Con el agotamiento de los tratamientos tradicionales, se probaron nuevas estrategias en las fases de brote, los últimos avances disponibles y, en algunos casos, incluso tratamientos experimentales, que pueden ser demasiado agresivas y son especulativas y, a veces, desproporcionadas. El interés y la libertad del paciente determinan lógicamente las acciones del médico.

- Pronóstico de supervivencia inferior a un mes, Se ha demostrado que en el 90% de los pacientes con enfermedades terminales diagnosticadas incurablemente, la supervivencia es inferior a 1 mes. La supervivencia se calcula en función de los datos clínicos sobre la enfermedad causal. Los datos clínicos indican el grado de lesión orgánica o insuficiencia y proporcionan una estimación aproximada del intervalo de tiempo en el que la insuficiencia o lesión se desarrolla para provocar la muerte directamente o por complicaciones fatales. Con cierta frecuencia, la estimación de la supervivencia debido a un diagnóstico incorrecto, la estabilización de la enfermedad en la fase final, la mejora temporal, las causas médicamente inexplicables u otras son incorrectas. Por esta razón, se considera imprudente establecer plazos para enfermedades incurables.
- Estado general grave, es la incapacidad del paciente para cuidarse, lo que a menudo requiere un cuidado especial, esto corresponde al nivel del 40% en la escala general de estado de Karnofsky. Un mal estado general clínicamente corresponde a una enfermedad incurable si: coincide con una debilidad severa, perjudica el cuidado personal y la higiene, se asocia con la incapacidad para realizar actividades externas (leer, mirar, conversar) y obligar a uno a irse a la cama permanecer casi todo el día y hay un deterioro progresivo en las funciones orgánicas; por lo tanto, el déficit del estado general debido a problemas neurológicos, musculoesqueléticos u otros no entra en esta categoría.
- Insuficiencia de órgano, como: pulmón, riñón, hígado, cerebro u otras deficiencias demostradas por pérdida de función y anormalidades según análisis de laboratorio. La insuficiencia pulmonar es un esfuerzo mínimo de disnea, cianosis, necesidad de terapia de ventilación y otras medidas. Insuficiencia renal con uremia, aumento de la creatinina sérica, edema y oliguria. La insuficiencia hepática se traduce por trastornos neurológicos, ascitis, ictericia y trastornos enzimáticos. Síntomas neurológicos debido al déficit progresivo en las funciones superiores, la aparición de signos de hipertensión endocraneana, lesión del mesencéfalo y coma. En casos de cáncer terminal, la falla orgánica depende del sitio metastásico predominante.
- Ineficacia comprobada de los tratamientos, el tratamiento de la enfermedad es parte del enfoque tradicional de cualquier patología, ya sea cáncer, cirrosis o enfermedad pulmonar grave. Aunque los tratamientos disponibles no están agotados, el diagnóstico de una enfermedad incurable no se puede hacer porque no se cumple el

criterio de irreversibilidad. Por esta razón, el cumplimiento de este criterio debe limitarse a la evaluación por parte de profesionales bien informados en cada área que pueda, con cuidado razonable, garantizar que se hayan administrado los tratamientos apropiados sin resultados favorables.

- Ausencia de otros tratamientos activos, la falta de tratamientos alternativos útiles conduce a la impotencia y la pérdida de confianza para realizar mejoras. Sentimientos que generalmente ocurren en el médico, así como en el paciente y en la familia. Cabe señalar que, en este caso, como en el caso anterior, solo el especialista bien informado puede emitir un criterio calificado. Este criterio a veces se estima por iniciativa de la familia, que puede buscar el asesoramiento de otros especialistas para analizar el diagnóstico, las perspectivas de pronóstico y otras alternativas terapéuticas.

Principios para la atención en la fase terminal

la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la enfermedad terminal (2006), describió los principios de base para ayudar a los médicos y las asociaciones médicas nacionales a tomar decisiones relativas a la atención en fase terminal, en donde la fase de muerte debe ser reconocida y respetada como una parte importante de la vida de una persona, y la necesidad ética de mejorar los cuidados paliativos en la fase final de la vida se convierte en un tema fundamental.

1. Es deber del médico es curar cuando es posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes, incluso con enfermedades incurables, no habrá excepción a este principio.
2. En el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, la función principal del médico es ayudar al paciente a mantener una calidad de vida óptima mediante el tratamiento de los síntomas y la satisfacción de las necesidades psicológicas y permitiendo que el paciente muera con dignidad y tranquilidad. Los médicos deben informar a los pacientes sobre la disponibilidad, los beneficios y otros posibles efectos de los cuidados paliativos.
3. Se debe respetar el derecho del paciente a la autonomía para tomar decisiones con respecto a las decisiones sobre la etapa final de la vida. Esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento y solicitar cuidados paliativos para aliviar la afeción, pero esto puede acelerar aún más el proceso de muerte. Sin embargo, a los médicos se les prohíbe éticamente ayudar activamente a los pacientes a

suicidarse. Esto incluye el uso de un tratamiento cuyo beneficio paliativo, en opinión del médico, no justifica los efectos adicionales.

4. El médico no puede utilizar ningún medio que no sea beneficioso para el paciente.
5. El médico debe reconocer el derecho de los pacientes a redactar una voluntad anticipada que describa sus necesidades de enfermería si no pueden comunicarse y designar a un representante para tomar decisiones que no están incluidas en la información previa. En particular, el médico debe responder a las solicitudes de intervenciones del paciente para mantenerlo con vida y medidas de mitigación que pueden tener el efecto adicional de acelerar la muerte. Siempre que sea posible, el representante de decisión del paciente debe participar en estas discusiones.
6. El médico debe tratar de comprender y considerar las necesidades psicológicas de sus pacientes, especialmente las relacionadas con los síntomas físicos del paciente para ayudarlos a tratar la ansiedad y el dolor asociados con enfermedades incurables.
7. El tratamiento clínico del dolor en pacientes con enfermedades terminales es de gran importancia para el alivio del sufrimiento. (...) garantizar que todos los médicos involucrados en la atención terminal tengan acceso a los mejores estándares, tratamientos y métodos. Los médicos deben poder manejar clínicamente adecuadamente el dolor agresivo sin tener demasiado miedo a las implicaciones legales o regulatorias.
8. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a los gobiernos y las instituciones de investigación a invertir recursos adicionales para desarrollar tratamientos para mejorar la atención al final de la vida. El plan de estudios de la escuela de medicina debe incluir instrucción en cuidados paliativos. Si no existe, la creación de cuidados paliativos debe considerarse una especialidad médica.
9. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar por la creación de redes entre instituciones y organizaciones relacionadas con la medicina paliativa para facilitar la comunicación y la colaboración.
10. Si el paciente no puede revertir el proceso final de interrupción de las funciones vitales, el médico puede usar los medios artificiales necesarios para mantener los

órganos activos para el trasplante, siempre que cumplan con los estándares éticos establecidos sobre la Certificación de la Muerte y la Recuperación de Órganos.

- b) Voluntad del paciente con enfermedad terminal**, entendida como el derecho a decidir el rechazo o no de un tratamiento específico, decidir donde pasar los últimos días de vida (casa, hospital, centro de cuidados paliativos u otro lugar que el paciente decida) y a decidir con quién rodearse en los últimos momentos de vida.

El derecho a decidir está enmarcado en el principio de la autodeterminación individual, que Valverde (s.f., p.23), expresa el derecho a la autodeterminación de los seres humanos se basa en el valor de la libertad que tienen todos los individuos. Libertad significa ser libre; y ser libre significa, entre otras cosas, poder elegir, decidir, hacer, actuar, movilizarse sin violar los mismos derechos de otras personas. En la misma línea la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, exhorta a proteger el principio de la autodeterminación del paciente terminal a: Dar eficacia al derecho a una información veraz y completa sobre el estado de salud, garantizar que ningún enfermo terminal sea tratado contra su voluntad.

Asimismo, la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, en el artículo 5º, especifica que la autonomía y responsabilidad individual es un principio que “respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. (...)”

En base a este contexto, la autonomía es un principio de bioética, que un paciente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento (López, Reyes M. y Reyes N., 2010, P. 40), paciente que no es capaz de tomar decisión su representante puede hacerlo, y el médico tiene el deber de respetarla, además de dar información precisa de diagnóstico, tratamiento y riesgos; todo esto se materializa con el consentimiento informado (Moreno & Aguilar, 2019, p. 71); el paciente tiene el derecho a ser respetado como persona, por sus creencias, opiniones y decisiones, su postura del

paciente se manifiesta a través del consentimiento informado (Servicio Andaluz de Salud, 2019).

Por lo tanto, la forma de respetar la autonomía del paciente con enfermedad terminal, es a través del consentimiento informado o instrucciones anticipadas.

Consentimiento informado, es la declaración de voluntad emitida por el paciente convirtiéndose en un documento de vital relevancia, en donde manifiesta que el paciente está debidamente informado sobre su actual estado y decide lo que mejor le convenga de acuerdo a sus creencias y convicciones.

De acuerdo a la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, prescribe en el artículo 6° inc. 1:

Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

El consentimiento informado asegurar el derecho de los pacientes a ser informados, previo a la toma de decisiones respecto a la atención en salud; promueve la autonomía de los pacientes con enfermedad terminal en las decisiones sobre su salud y su cuerpo, fomenta la racionalidad en la toma de decisiones médicas, protege a los pacientes de experimentaciones; lo que se busca con el consentimiento informado es la relación de confianza entre paciente y médico, con la finalidad que se respete la autonomía y competencia del paciente en la toma de decisiones. Por lo tanto, todo consentimiento informado en cualquier forma expresada (verbal, video o escrita) a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéutico se debe incluir en la historia clínica.

Consentimiento informado que está regulado en la ley general de salud N° 26842, en el artículo 4°: “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o

quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo”.

El consentimiento informado debe contar con cuatro elementos fundamentales, tales como los describió Vera (2016, p.61): (i) Información suficiente, el formulario de consentimiento debe incluir los detalles de la intervención, incluidos los beneficios, las alternativas, los criterios utilizados por el médico, los riesgos, los efectos secundarios, incluida la posibilidad de ampliar la información y cambiar la decisión si así lo decide el paciente. (ii) Libertad de elección, el consentimiento otorgado por el paciente debe ser libre y voluntario, es decir, sin coacción, ni influencias externas, manipulaciones o persuasiones. (iii) Capacidad de toma de decisiones, el paciente debe ser capaz de comprender las explicaciones del médico y elegir con madurez y libertad. En este caso hay tres tipos de pacientes: ancianos y capaces; Personas con trastornos mentales; y menores de edad; Los dos últimos generalmente requieren un representante legal que pueda firmar el documento. (iv) Comprender, este elemento está directamente relacionado con la capacidad del paciente para absorber la información recibida.

Instrucciones anticipadas, expresan la voluntad de la persona en relación con su final de vida con respecto a las condiciones para la continuación, limitación, interrupción o rechazo del tratamiento o procedimiento médico. Entendidas desde el punto de vista que una instrucción anticipada, tiene la posibilidad de ser redactada cuando una persona no está en la condición de paciente con enfermedad terminal, en donde redacta que si llegara a sufrir cualquier circunstancia que la coloque en la condición de enfermo terminal después de haber sido tratada y evaluada por especialistas, entonces se hará prevalecer el contenido de las instrucciones anticipadas.

Consisten en un documento establecido por cada persona en la que: indica qué tipo de atención desea recibir, si se encuentra en una situación en la que no puede expresar por sí mismo. Este documento intenta respetar la autonomía y la dignidad de las personas incluso en el momento de su muerte (Martínez, 2013, p.26).

Son el conjunto de deseos, previa y expresamente expresado por el paciente, sobre cuidados y tratamientos que desea o no recibir en un momento que estuviera incapacitado de expresarse libre y autónomamente su voluntad. (Art. 1º, Res. N° 1.995, Brasil)

Las instrucciones anticipadas pueden suscribir la voluntad anticipada de: (i) Cualquier persona con capacidad de ejercicio; (ii) Cualquier paciente con enfermedad terminal diagnosticado; (iii) familiares y personas indicadas, si el paciente con enfermedad terminal no puede expresar su voluntad; y (iv) los padres o tutores legales de los enfermos terminales si el paciente es menor de edad o legalmente incapaz. (Art. 7º, ley de voluntad anticipada, México)

Asimismo, puede suscribir cualquier persona mayor de edad, para aprobar o rechazar ciertos tratamientos médicos, preventivos o paliativos y decisiones de salud. Las pautas deben ser aceptadas por el médico tratante, a excepción de aquellos que desarrollan prácticas de eutanasia que se consideran inexistentes. (Art. 11, Ley 26.742, Argentina)

Las instrucciones anticipadas son vinculantes para el médico, intervención o decisión de tratamiento, excepto en el caso de una emergencia que ponga en peligro la vida durante el tiempo necesario para una evaluación completa de la situación y cuando las instrucciones anticipadas parezcan manifiestamente inapropiadas o no consistente con la situación médica. (Art. L1111-11, Código Salud publica Francés)

De todo lo descrito, se puede inferir que la voluntad anticipada, no es sinónimo de eutanasia, pero si regula la ortotanasia; en otras palabras, actuar ante la muerte de forma correcta de parte de los profesionales que cuidan a pacientes con enfermedades incurables o etapa terminal, para mejor comprensión se describe algunas diferencias entre estos dos procedimientos de acuerdo con el grupo de trabajo de bioética de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.

	Ortotanasia	Eutanasia
Intención del acto	Aliviar el sufrimiento	Provocar la muerte para aliviar el sufrimiento
Procedimiento	Consentimiento informado Usar fármacos sedantes para controlar el síntoma Refractario	Administrar fármacos a dosis letales
Resultado	Alivio el dolor y sufrimiento	Muerte inmediata

Fuente: Artículo de Allende-Pérez y Verástegui-Avilésb (2013).

c) Cuidados Paliativos

La muerte es parte final de la vida, y el proceso de morir crea una experiencia que involucra al paciente, la familia y personal de salud; muchas patologías, durante su desarrollo, alcanzan una etapa incurable con síntomas devastadores para el bienestar físico, mental y social del individuo; para lo cual entra en acción la atención de cuidados paliativos.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la recomendación 1418, definió a los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria; asimismo subrayó que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como el enfoque de atención que mejora la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias al enfrentar problemas relacionados con enfermedades terminales al prevenir, evaluar y tratar el dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales (deshidratación, vómitos, ansiedad, sufrimiento ...). Asimismo, la organización mundial de la salud (OMS) afirma que los cuidados paliativos:

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes;
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- No están tratando de acelerar o retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente.
- Proporcionar un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte;

- Ofrecen un sistema de apoyo que ayuda a la familia a adaptarse durante la enfermedad y el duelo del paciente.
- Utiliza un enfoque de equipo para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional para el duelo, si corresponde.
- Mejoran la calidad de vida y también pueden tener un impacto positivo en el curso de la enfermedad.
- Se pueden administrar al inicio de la enfermedad junto con otros tratamientos que prolongan la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen la investigación necesaria para comprender y tratar mejor las complicaciones
- Para que sean efectivos, se debe utilizar un enfoque multidisciplinario integral.

En base a este contexto los profesionales de la salud deben tener en cuenta la calidad de vida, para hacer esto, es necesario que los profesionales que han cuidado a alguien en los últimos días desarrollen habilidades y conocimiento de los síntomas y signos físicos. También debe ser capaz de responder a las necesidades mentales y emocionales del paciente, atributos del arte de la atención, que pueden ser muy apropiados en esta situación.

Según la organización panamericana de salud (OPS), los cuidados paliativos son para promover la adaptación del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr el mejor manejo posible de la situación de enfermedad incurable; a través de: Buen control del dolor y otros síntomas; buena comunicación; apoyo psicosocial y trabajo en equipo.

a. Buen control del dolor y otros síntomas

Esto solo es posible si se mantiene lo más asintomático posible. Se debe prestar especial atención a la situación clínica particular de cada paciente, los objetivos apropiados de cada tratamiento, y qué hacer y qué no hacer. Se debe recordar que se trata de pacientes que no tienen posibilidades de tratamiento curativo y que, a pesar de su corta esperanza de vida (semanas o meses), siempre será posible ofrecerles un buen tratamiento sintomático. Por lo cual, el médico debe hacer una evaluación muy precisa de un equilibrio muy delicado: por un lado, no someta al paciente a exámenes inútiles y costosos, no agregue tratamientos agresivos o inapropiados y, por otro lado, no descuide un examen clínico

cuidadoso y sea rigurosamente capaz de descubrir ciertas situaciones y evitar que eso pueda afectar seriamente la calidad de vida del paciente. En resumen, se trata de tomar las mejores decisiones en una situación de paciente terminal sin prolongar su agonía o acelerar su muerte.

b. Buena comunicación

El "dolor total", el sufrimiento del paciente, se aborda a través de una comunicación abierta y fluida, por lo que se entiende no solo el intercambio de información sino también la conexión interpersonal con el paciente. Es solo con una buena comunicación sobre la enfermedad, el manejo de los síntomas, las expectativas del paciente y el manejo de los problemas al final de la vida que el paciente y su familia pueden enfrentar mejor el "dolor total" y estos pueden tener una mayor autonomía y capacidad, posiblemente a través de medicación, para resolver las diversas dificultades que surgirán durante la enfermedad. Se debe hablar al paciente en un lenguaje claro y comprensible sin términos médicos.

c. Apoyo psicosocial

Los pacientes que viven situaciones de enfermedad prolongada, incurable e incurablemente progresiva pierden naturalmente su independencia y tiene la sensación de perder el control de sí mismo, lo que crea una sensación de impotencia incluso en situaciones cotidianas. Por ejemplo, los pacientes a menudo experimentan un sentimiento de desesperanza e inutilidad, lo que conduce a una pérdida de autoestima, a veces expresada como ira y resentimiento, a veces como apatía y depresión. Dicha sensación de control se puede mantener respetando y facilitando la toma de decisiones del paciente en relación con su vida diaria: dieta, medicamentos, visitas, etc.

Es importante ayudar al paciente a preservar su autoestima, brindando apoyo y seguridad. A medida que se desarrolla la enfermedad, la familia necesitará apoyo psicosocial de varios tipos: información, acceso a estructuras de apoyo social, apoyo en las fases de conflictos internos y reconocimiento oportuno de momentos de "agotamiento familiar". Justo cuando el paciente se enfrenta a una muerte inminente, la familia comienza un verdadero dolor predictivo en el que la nueva realidad se acepta gradualmente y se prepara para la separación y la pérdida final.

d. Trabajo en equipo

Si el objetivo es el cuidado al paciente, el tratamiento es específico del paciente en función de sus valores y prioridades, lo que significa que implica consideraciones psicosociales, éticas, culturales y espirituales. Por todas estas razones, el modelo de trabajo en cuidados paliativos es necesariamente el de un equipo interdisciplinario compuesto por especialistas médicos y no médicos. El equipo no está formado por decreto, sino que se constituye día a día a partir de la selección del personal (nadie es útil para trabajar en cuidados paliativos), la reunión semanal, la variedad de perspectivas para lograr con el tiempo un equipo que puede responder a las necesidades más diversas del paciente y su familia. Debe existir reunión semanal, en la que todos los miembros deben participar, aunque no existe una jerarquía, debe haber un coordinador responsable (generalmente el médico). Sin embargo, la palabra de cada miembro debe tener el mismo significado sin ser autoritaria.

Los cuidados paliativos coadyuvan a que la muerte llegue naturalmente al instaurar en todo momento las medidas de soporte necesarias, en la que los profesionales de salud deben cumplir las siguientes funciones:

- Promover un clima de confianza en el que el paciente y la familia puedan expresar sentimientos.
- Ayudar al paciente y a la familia a interpretar los aspectos sentimientos y comportamientos
- Facilite al paciente explorar sentimientos que son difíciles de aceptar.
- Promover la sensación de control en el paciente tanto como sea posible.
- Asegurar la dignidad, autoestima y autonomía del paciente.
- Contribuir a la comprensión de los síntomas y los resultados de las pruebas contribuyen al desarrollo de la enfermedad.
- Brinde apoyo emocional en momentos de mayor miedo.
- Guíe al paciente sobre sus propias reacciones y evite sentimientos de culpa y confusión.
- Ayudar al paciente y su familia a reestructurar los roles y la dinámica familiar según lo requieran los cambios provocados por el desarrollo de la enfermedad.

- Motivar al paciente en busca de bienestar y condiciones confortables.
- Interactúa permanentemente con todos los miembros del equipo dando retroalimentación.

2.3 Conclusiones

Es necesaria la regulación del protocolo para la aplicación del derecho a la muerte digna en el Perú (ortotanasia), porque, sin tener regulación en el ordenamiento jurídico, lesiona el derecho de autodeterminación personal de los pacientes enfermos terminales, quienes en contra de su propia voluntad deben continuar con tratamientos desproporcionados solo para alargar el sufrimiento.

Asimismo, resulta necesaria dicha regulación para seguir la línea del desarrollo jurisprudencial de otros países en los que impera el modelo de Estado Constitucional de Derecho, como es el caso de España, México, Uruguay, Brasil Argentina.

III. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Esta iniciativa legislativa no irroga gastos adicionales al Estado Peruano, toda vez que su contenido está orientado a proteger a un sector minoritario y vulnerable de la sociedad como son los pacientes enfermos terminales.

IV. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN NUESTRA LEGISLACIÓN NACIONAL

El presente proyecto de iniciativa legislativa permite aceptar y respetar la voluntad del paciente enfermo terminal, en base al principio de autodeterminación individual que le permite al paciente decidir o elegir el derecho a una muerte digna, enmarcada en la autonomía de la voluntad; y, dignidad humana considerada como un meta-principio base de todos los demás derechos, inherente a la persona que se inicia con la existencia y se termina con el fin de la misma.

Principios que están reconocidos y amparados en el artículo 1° y 3° de la Constitución Política del Perú;

Además, el presente proyecto de iniciativa legislativa está vinculado con la ley general de salud N° 26842, artículo 15.3 inc. e)

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

1. Los fundamentos jurídicos para el reconocimiento de la muerte digna (ortotanasia) son la **dignidad humana**, que es considerada como un meta-principio base de todos los demás derechos, inherente a la persona que se inicia con la existencia y se termina con el fin de la misma; asimismo la **autodeterminación individual** del paciente, que le permite decidir o elegir una muerte digna, enmarcada en la autonomía de la voluntad del paciente a rechazar tratamientos (consentimiento informado), realizar directrices anticipadas; las mismas que se tienen que respetar y aceptar como autonomía y competencia en la toma de decisiones del paciente; sin embargo, tal decisión no le exime de recibir los **cuidados paliativos** integrales y de calidad como un derecho legal e individual que ayudan a salvaguardar la dignidad del enfermo y a prohibir la obstinación terapéutica.
2. Los fundamentos facticos para el reconocimiento de la muerte digna (ortotanasia) son la condición de **enfermo terminal** sin ninguna remota posibilidad de cura corroboradas por especialistas, es decir que efectivamente tengan un verdadero sufrimiento y amerite una justificación objetiva la decisión de poner fin a la vida; para la cual el paciente puede hacer uso del **derecho a rechazar, interrumpir** o no aceptar cualquier tratamiento, inclusive si el tratamiento es necesario para su propia supervivencia como cirugías, reanimación artificial, retiro de soporte vital si son excepcionales, desproporcionadas o causan un sufrimiento excesivo en relación con la perspectiva de mejora; se trata de brindar un **trato digno al paciente y familiares**, respetando creencias, convicciones, aceptar y respetar el proceso regular de la muerte evitando **el sufrimiento incensario**.
3. En la doctrina al hablar de muerte digna equivocadamente citan a la eutanasia definida como “administración deliberada de sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte” y sus diferentes clases como eutanasia activa (acciones que conducen directamente al final de la vida), pasiva (omisión de medidas médicas, la supresión de procedimientos); por lo tanto, no estamos de acuerdo en regular la eutanasia porque se prestaría para muchos efectos negativos como un

destino involuntario de muchos pacientes que no están en condiciones de enfermedades terminales y el respeto por la vida se debilitará. Sin embargo, si estamos a favor de regular la ortotanasia que es sinónimo de muerte digna, tiene una connotación más positiva que la eutanasia porque " la ortotanasia no anticipa el final, sino que acepta la mortalidad en el momento adecuado y proporciona la atención necesaria y los medios regulares para que los pacientes terminales no sufran".

4. Los principios bioéticos que se encuentran regulados en la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, además de ser descritos por la doctrina, los mismos que tienen vital relevancia para garantizar la asistencia adecuada del paciente, toman protagonismo en la resolución de conflictos y las decisiones de pacientes que está en condición de enfermedad terminal, en donde se debe cumplir con el **mínimo de ética que estaría representado por la no maleficencia y justicia;** y, un máximo de ética que estaría **representado por la autonomía y beneficencia.**
5. Los pacientes que cumplan con la condición de enfermedad terminal están en su derecho de decidir acceder al procedimiento de ortotanasia para tener un mejor proceso de la muerte y sus familiares se preparen para el duelo y el paciente decida donde pasar los últimos días y en compañía de quien; en consecuencia, el mencionado derecho debe ser regulado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, J. y Suarez, A. (2019). *Tratamiento jurisprudencial de la corte constitucional sobre los requisitos para ejercer el derecho a la muerte digna (eutanasia) en Colombia* (Tesis de grado). **Universidad de Santander UDES, Valledupar, Colombia.**
- Allende-Pérez, S. y Verástegui-Avilés E. (2013). *El periodo de la agonía*. Gaceta Mexicana de Oncología; 12(4):256-266. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-el-periodo-agonia-X1665920113269854>
- Alpízar Rodríguez, D. y Muñoz Murillo, J. P. (2016). *Diagnóstico del paciente en situación de últimos días*. Medicina legal. Costa Rica Mar [cited 2020 June 19]; 33(1): 57-62. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100057&lng=en.
- Arrieta, M. G. (2012). *Muerte digna: incompatibilidad semántica*. Persona y Bioética, 16(1), 58-61. Retrieved March 09, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222012000100006&lng=en&tlng=es
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (25 de junio 1999). *Recomendación 1418 sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos*. Disponible en: <http://www.aeu.es/UserFiles/ConsejoEuropaDignidadEnfermosTerminales.pdf>, fecha de consulta: 20 de marzo del 2020.
- Asociación Médica Mundial (AMM, 2006). *Declaración de Venecia de la AMM sobre la enfermedad terminal*. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, y revisada por la 57 Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-venecia-de-la-amm-sobre-la-enfermedad-terminal/>
- Asociación Médica Mundial (AMM, 2019). *Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>

- Ávila de la Torre, J. (2017). *Actitud ante la eutanasia, una exploración hemerográfica. (Tesis pregrado)*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca Estado de México.
- Baum, E. (2017). *Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos*. Revista de Bioética y Derecho, (39), 5-21. Recuperado en 09 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000100002&lng=es&tlng=es.
- Behar, D. S. (2008). *Introducción a la Metodología de la Investigación*. Colombia: Shalom
- Cañamares Arribas, S. (2016). *La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna*. Revista Española de Derecho Constitucional, 108, 337-356. DOI: <http://dx.doi.org/10.18042/cepc/redc.108.11>
- Congreso de Argentina. (2012, 24 de mayo) Ley 26742, *Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado*.
- Consejo Federal de Medicina (2006, 09 de noviembre). *Resolución CFM N° 1.805 / 2006-Brasil* (publicado en el Boletín Oficial, 28 de noviembre de 2006, Sección I, página 169). Revisado 18 de marzo del 2020. Recuperado de <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>
- Constitución Política de la Ciudad de México (2017, 30 de enero) *Artículos aprobados por el Pleno de la Asamblea Constituyente*. México. Recuperado de <http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/GP/20170130-AA.pdf>
- Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969.
- Cortés Béjar, M.M. y Arbizu Sastre, L. (2019). *Urgencias en el paciente terminal. Actualización de Medicina en Familia*; 15(5):308-311. Recuperado de https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2448
- Cusma, J. y Gonzales, L. (2018). *La eutanasia y el reconocimiento al derecho a morir dignamente en el Perú – 2018* (Tesis de grado). **Universidad Cesar Vallejo, Nuevo Chimbote, Perú.**
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948). Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. París.

- Delgado Rojas, E. J. (2017). *Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación*. *Justicia*, (31), 226-239. <https://dx.doi.org/10.17081/just.22.31.2608>
- Dibarbora, E. A. (2014). Vida y muerte digna en perinatología. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 102-107. Recuperado en 08 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200006&lng=es&tlng=es.
- Elguera, A. (2016). *Derecho a morir dignamente como causal que justifica despenalizar la eutanasia activa para enfermos en situación terminal en el Perú* (Tesis de grado). **Universidad Andina del Cusco, Cusco, Perú.**
- Estrada, A. (setiembre del 2019). *Soy Ana Estrada y estoy luchando por mi derecho a la muerte digna en Perú*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.change.org/p/abogados-m%C3%A9dicos-enfermeras-os-pol%C3%ADticos-artistas-actores-y-actrices-periodistas-activistas-soy-ana-estrada-y-estoy-luchando-por-mi-derecho-a-la-muerte-digna-en-per%C3%BA?signed=true>
- Fernandes, R. S., Nascimento, E. C., César, S. G. & Oliveira M. (2019). *Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e185734. 1-15 Epub July 29, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
- Flemate, P. (2015). *El derecho a la muerte digna en el ordenamiento jurídico mexicano* (Tesis doctoral). **Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España.**
- Gil, A.C., Herranz, P., Calvo, FA., Fernández, O., Santos, M., Sierrasesúмага, L., Antón, L.M. y Brugarolas, A. (s.f). *Síndrome terminal de enfermedad criterios y actitudes*. Universidad de Navarra. Pamplona. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/83579873.pdf>
- Giraldo-Cadavid, L. F. (2008). *Muerte, eutanasia y cuidados paliativos*. *Persona y Bioética*, 12(2), 158-168. Retrieved March 09, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200007&lng=en&tlng=es.
- González Barón, M. (2007). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. 2da edición. Editorial medica panamericana S.A. España 763-768
- Heler, M. (2010). *La dignidad humana. Filosofía, bioética y derechos humanos*. 1a edición: Edición, diseño y diagramación: Área de Publicaciones de la Secretaría de

- Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Ciudad de Buenos Aires. Argentina. p. 19-26
- López Sánchez, R. (2018). *La dignidad humana en México: su contenido esencial a partir de la jurisprudencia alemana y española*. Boletín mexicano de derecho comparado, 51(151), 135-173. <https://dx.doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2018.151.12292>
- López, N. M., Reyes Miranda, T. y Reyes Nieto, M. (2010): *Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos; Competencia de Enfermería*. Instituto Nacional de Cancerología.5: 37 – 44. Recuperado en 11 de marzo de 2020, de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1294868609.pdf>
- Martínez Bullé, V. M. (2013). *Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad*. Boletín mexicano de derecho comparado, 46(136), 39-67. Recuperado en 09 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000100002&lng=es&tlng=es.
- Martínez, I. (2017). *Derecho a una muerte digna: la necesidad de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en México* (Tesis de grado). **Barra nacional de abogados, Ciudad de México.**
- Ministerio de Salud del Perú (2018, setiembre). *Análisis de las Causas de Mortalidad en el Perú, 1986-2015*. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades. Biblioteca Nacional del Perú N° 2018 12707. Recuperado https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_mortalidad.pdf
- Moreno Carrillo, A. & Aguilar Rodas, M. P. (2019). *Conceptos bioéticos para tener en cuenta en el servicio de urgencias*. Universitas Medica, 60(3), 69-75. <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.umed60-3.cbsu>
- Organización mundial de la salud (OMS, sf). *Cuidados paliativos*, recuperado en 11 de marzo de 2020, de <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico*. Recuperado de <https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de

- 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49 Lista de los Estados que han ratificado el pacto.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.
- Padovani Cantón, A. M., & Clemente Rodríguez, M.E. (2008). *Eutanasia y legislación*. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 12(2), 139-149. Recuperado en 11 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200016&lng=es&tlng=es.
- Pele, A. (2017). *Dignidad humana y Derecho de la Unión Europea: Vida y Biopolítica*. Revista Direito e Práxis, 8(4), 2516-2541. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2017/25945>
- Poletto, S., Bettinelli, L. A., & Santin, J. R. (2016). *Vivencias en torno a la muerte de pacientes de edad avanzada en la práctica médica y dignidad humana*. Revista Bioética, 24(3), 590-595. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243158>
- Popper, K. R. (1980). *La lógica de la investigación científica*. Madrid, España: Tecnos, S. A.
- Rodríguez, A. (2016). *El derecho a una muerte digna y la necesidad de legalizar la eutanasia en el ecuador* (Tesis de grado). **Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.**
- Schmaltz, W. (2016, 9 de marzo). *Morir con dignidad: La efectividad de la ortotanasia en el derecho brasileño*. Revista Jus Navigandi, 21(4634) ISSN 1518-4862, Disponible en: <https://jus.com.br/artigos/47074>. Acceso en: 1 abr. 2020.
- Servicio Andaluz de Salud (2019). *Principios fundamentales de la bioética. Código deontológico de la enfermería profesional*. Junta de Andalucía. Recuperado de <https://aulaplusformacion.es/wp-content/uploads/2018/09/demo-OPE-2019-andalucia-3.pdf>
- Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL, s.f.). *Guía de cuidados paliativos*. Recuperado de https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
- Soto Cordero, S. (2016). *Distanasia frente a la muerte digna en ecuador*. (Tesis de grado). Facultad de derecho y ciencias sociales. Universidad de las Américas. Ecuador.

- Recuperado de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6977/1/UDLA-EC-TAB-2016-114.pdf>
- Soto Cordero, M.K. (2016). *Distanasia frente a la muerte digna en Ecuador*. (tesis pregrado). Universidad de las Américas. Quito. Ecuador.
- Spadaro, A. (2015). Las “dos” caras del constitucionalismo frente al principio de autodeterminación. *Revista de Derecho Político*, [S.l.], n. 92, p. 27-71. ISSN 2174-5625. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/14421/12879>. Fecha de acceso: 14 marzo 2020 doi:<https://doi.org/10.5944/rdp.92.2015.14421>
- Tinoco Boechat, H. L. (2017, 02 de enero). *Ortotanasia: “permitir morir” no significa sencillamente “dejar morir”*. Revista: Derecho y Cambio Social 47. pp. 1-13. Recuperado de <https://www.derechoycambiosocial.com/revista047/ORTOTANASIA.pdf>.
- Torres, J. (2018). *El ejercicio de la libertad individual y la existencia de fundamentos constitucionales del derecho a una muerte digna* (Tesis de maestría). **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú.**
- Trevijano, P (Opinión 03 julio 2018). *Magisterio de la Iglesia y eutanasia*, revisado el 12 de marzo de 2020. Recuperado de <https://www.religionenlibertad.com/opinion/29710666/Magisterio-de-la-Iglesia-y-eutanasia.html>
- Tribunal de Justiça, Poder Judiciário, São Paulo (2019, 10 de abril). *Caso Adriana Maria Carbonell Gragnani*. Apelação Nº 1000938-13.2016.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, recuperado de <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/697337255/apelacao-civel-ac-10009381320168260100-sp-1000938-1320168260100?ref=feed>
- Valverde Obando, L.A. (S.F.). *El respeto a la autodeterminación de la persona humana y el trabajo social*. Revista trabajo social de Costa Rica. 23-27. Recuperado de <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/viewFile/240/266>
- Vera Carrasco, Oscar. (2016). *El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica*. *Revista Médica La Paz*, 22(1), 59-68. Recuperado en 14 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010&lng=es&tlng=es.

- Vial Correa, J. D. & Rodríguez Guerra, Á. (2009). *La dignidad de la persona humana: desde la fecundación hasta su muerte*. *Acta bioethica*, 15(1), 55-64. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100007>
- Vial Correa, J. y Rodríguez Guerra, Á. (2009). La dignidad de la persona humana: desde la fecundación hasta su muerte. *Acta bioethica*. 15(1): 55-64. [citado 2020 mar 19]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100007>.
- Witker, J. A. (2011). *La investigación jurídica*. (2ª. ed.). México: Publi-Lex.