

DE LA EUTANASIA A LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Adriana Noriega Maldonado¹

Angélica García Avilés²

¹Licenciatura en Nutrición

Unidad Académica de Enfermería

²Consejo Estatal de Bioética

Servicios de Salud de Zacatecas

Correo electrónico: adrisnm@gmail.com

RESUMEN

La muerte no es un acto en sí, es un proceso, un evento inevitable, asumirla desde el punto de vista de la bioética representa complejidades, pues agrega dimensiones que no existen en la legislación mexicana: la práctica de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Para la bioética contemporánea representa un desafío pues el contexto socio histórico ha permitido se incorporen a escena la medicalización de la muerte y el avance científico-tecnológico. No es una enfermedad y no debe ser tratada como tal. Etimológicamente, eutanasia significa una buena muerte y digna. Es preciso instituir en la práctica médica una acción que respete la persona humana en su dignidad y que no considere la dimensión física como un todo. En este sentido el requerimiento más importante es la humanización del morir; a toda persona le asiste el derecho a morir con dignidad y a mantener un diálogo abierto y una relación de confianza.

Palabras clave: Eutanasia, bioética, voluntad de muerte anticipada.

ABSTRACT

Death is not an event by itself, it is a process, an inevitable event, taking it from the point of view of bioethics represents complexities, as you add dimensions that do not exist in Mexican law: the practice of the euthanasia and the suicide medically assisted. For contemporary bioethics represents a challenge because the socio-historical context has allowed the medicalization of death and the scientific and technological progress are incorporated in scene. It is not a disease, and it should not be treated as such. Etymologically, euthanasia means a good death and dignified. It is necessary to establish in medical practice that respects human dignity and action that does not consider the physical dimension as a whole. In this sense the most important requirement is the humanization of dying; assists every person the right to die with dignity and to maintain an open dialogue and a relationship of trust.

Key words: euthanasia, bioethics, will for early death.



INTRODUCCIÓN

Consideraciones bioéticas alrededor de la muerte

La profesión médica es la que más contacto tiene con la muerte del ser humano, pero debido a su formación biológica la consideran como un evento natural, normal y cotidiano, dándole una interpretación solamente científica y técnica. Sin embargo, la muerte de sus pacientes y las formas de morir representan muchos significados, debido a esto la actitud ante tal evento tiene que ser la más adecuada, pues además se acompaña de otras situaciones, que van desde las familiares, legales, científicas, sociales y culturales entre otras, es aquí donde los valores del actuar médico son una herramienta difícil de manejar (Gutierrez-Samperio, 2001).

Confirmar la muerte de un ser humano le corresponde al médico, para eso son preparados. Pero entender a la muerte como el resultado final de la vida, aceptable y digno no se les enseña (Castillo & Molina, 2011). No se reflexiona mucho sobre esto y en la medida de lo posible evitan hablarlo con sus enfermos, pues en nuestra cultura occidental predomina el ignorar la muerte, tanto es así, que hasta el moribundo suele inhibir y ocultar sus sentimientos al respecto –aun cuando él sabe está muy cerca de ella–.

El acto médico siempre ha sido el mismo: un ser humano que solicita ayuda para resolver su problema médico y otro ser humano que acepta dársela, lo hace con más o menos éxito, esta relación tiene un significado muy especial pues al interesarse sobre semejantes, su actuar profesional tendrá un gran impacto aún en pacientes que cursan enfermedades graves o sin posibilidad de curación, sin embargo, cuando hay condiciones patológicas difíciles de llevar, sufrimiento y/o prolongación de la enfermedad esto es más complicado, pero a pesar de la amenaza, la esencia y la naturaleza de la medicina se definen en función de la relación médico-paciente (Pérez-Tamayo, 2014). Tanto el médico como el profesional de la salud, deben saber que no pueden actuar de la misma forma con cada paciente; pues deben tener en cuenta el contexto social y cultural del paciente, sus valores y principios morales, costumbres, tradiciones, y por supuesto el momento histórico en que vive.

La sociedad hasta el día de hoy no está preparada para asumir la muerte desde cualquier punto de vista, filosófico, religioso, clínico, por lo que es necesario crear un nuevo modelo no sólo para el moribundo, sino también para el médico y el personal de salud que lo asisten (Castro-Bermudez, 1999); los adelantos

científicos en los últimos años, sobre todo en el área médica, han llevado a la humanidad a incrementar la esperanza de vida, los avances en terapia intensiva permiten mantener las funciones cardiorrespiratorias durante tiempos prácticamente indefinidos en sujetos que visiblemente ya estaban muertos. A pesar de esto aún existen enfermedades en las que los avances son pocos, como el cáncer en etapas avanzadas, esclerosis múltiple, Alzheimer, amiloidosis, SIDA y otras patologías con una evolución crónica y degenerativa cuyo desenlace final será a la muerte.

Al mismo tiempo, el progreso en trasplantes de órganos para el tratamiento de distintas enfermedades graves, cuyos resultados son mejores si se usan órganos obtenidos de sujetos recién fallecidos, acrecentó la necesidad para reconsiderar el diagnóstico de muerte. En 1966, un grupo de médicos de la Universidad de Harvard propuso el concepto de “muerte cerebral”, que se fue modificando a lo largo de los años y que en la actualidad ya se acepta internacionalmente (Pérez, 2008) .

La muerte no es un acto en sí, es un proceso, un evento inevitable con el que cesan las funciones vitales, aunque en ocasiones su definición y sus límites pueden no ser precisos, cómo sería cuando se habla de muerte encefálica, muerte neuronal o muerte celular resultan conceptos insuficientes y sólo se puede asegurar que ha ocurrido cuando hay descomposición y desintegración.

Se ha propuesto que sólo se tome en cuenta la falta de las funciones de la corteza y su irreversibilidad, como lo es en sujetos descerebrados que aún presentan automatismo cardiorrespiratorio, pero el diagnóstico de muerte cerebral requiere ausencia de funciones de la corteza, del tallo y falta de circulación cerebral. Tal y como lo señala la ley general de salud en su artículo 344; la muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos: pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales; ausencia de automatismo respiratorio, y evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas y además deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas: Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas (LGS).

El concepto legal de muerte no es uniforme, por lo menos en el mundo occidental, para ejemplificar esto, un sujeto descerebrado que conserva automatismo cardiorrespiratorio y por otro lado, un paciente con inconciencia irreversible y sin automatismo cardiorrespiratorio, pero que se mantienen “vivos” gracias a técnicas de terapia intensiva; de acuerdo con la ley mexicana, los primeros están vivos mientras los

segundos ya están muertos, pero en otros países como EUA, Inglaterra y Alemania los dos tipos de casos están vivos (Vazquez, 2008).

La situación actual del concepto médico de “muerte” es todavía más compleja desde un punto de vista de la ética médica, porque agrega otras dos dimensiones que no existen en la legislación mexicana: la práctica de la eutanásica y el suicidio medicamente asistido (Pérez, 2008). Para la bioética contemporánea la eutanasia representa un gran desafío en los temas del fin de la vida, pues la realidad es que ha ganado espacio para el debate y es el contexto socio histórico el que ha permitido se incorporen a escena: *a) la medicalización en el proceso de morir*.- paso de ser una cuestión de aceptación al hecho de que la medicina y las instituciones de salud cumplan con su papel de preservar la vida y luchar asiduamente contra la muerte; *b) los avances tecnológicos y científicos en la medicina*.- han logrado apoderarse del saber que es capaz de prolongar la vida, así la muerte paso más bien a ser considerada una “enfermedad”, sin embargo esta prolongación extraordinaria de la vida reclama a la eutanasia versus la obstinación terapéutica y; *c) la búsqueda de sentido a la vida en situaciones de sufrimiento y dolor intolerables*.- bajo la premisa de la dignidad humana (Pessini, 2008).

EUTANASIA

Según el diccionario médico, su significado es: muerte intencional provocada sin sufrimientos por medio de agentes adecuados en personas con enfermedades incurables (Salvat, 1990). Etimológicamente, eutanasia significa una buena muerte y digna. Sin embargo el uso contemporáneo del término suele ser ambiguo, y los calificativos se utilizan para hacer más claro el sentido que se pretende. Así en la literatura se destacan varios tipos de ella: *eutanasia activa* se refiere al asesinato directo de un paciente y, como es típico, difiere de la *eutanasia pasiva* que supone la renuncia a tecnologías médicas con el fin de permitir que el proceso subyacente siga su curso natural. *Eutanasia directa* es aquella que busca sobrevenga la muerte, y *eutanasia indirecta* es la que persigue mitigar el dolor físico aun conociendo que ese tratamiento puede acortar la vida del paciente. La *eutanasia voluntaria* (ya sea activa o pasiva) significa que la acción se emprende por orden del paciente, y debería ser diferenciada de la *eutanasia no voluntaria*, en la que el paciente no ha hecho tal exigencia o es incapaz de hacerla, y de la *eutanasia involuntaria*, en la cual la acción se realiza en contra de los deseos del paciente (Torres, 2011).

Una reflexión bioética sobre la eutanasia

Es prioritario comprender el significado del concepto, cómo se ha ido transformando a lo largo de la historia y confrontarlo a la realidad en que sucede la vida humana, que vaya más allá de calificativos a favor o en contra, para lo que se deberán considerar algunos criterios éticos, respetando siempre a la persona en su dignidad. De acuerdo con las definiciones señaladas en líneas previas, que comúnmente son usados por las asociaciones que defienden la práctica de la eutanasia y por las leyes que la contemplan. La tendencia actual es usar el término en de la siguiente manera: *Eutanasia* es –única y exclusivamente– la acción médica con la cual se pone fin a la vida de un enfermo próximo a la muerte que así lo solicita, para de este modo terminar su agonía. En otras palabras, significa provocar la muerte, efectuada por un trabajador de la salud (frecuentemente un médico), de un paciente portador de una enfermedad que le acarreará la muerte próxima (horas o días en los casos agónicos o moribundos y en semanas o meses en los que suelen ser denominados “terminales”), a su voluntad explícita y en su propio beneficio (evitar un deterioro de la calidad de vida o un padecimiento que ese paciente no desea soportar), mediante un procedimiento seguro y sin provocar sufrimiento.

Lo que no es eutanasia: negar una práctica médica que podría preservar la vida, como la abstención y el retiro de medios de soporte vital, mal llamados “eutanasia pasiva”. Mientras que, el no dar a un paciente el tratamiento disponible, no debe hablarse aquí de eutanasia “por omisión” (indirecta e involuntaria: para el paciente), sino que es un delito de abandono de persona o de homicidio culposo o doloso. Finalmente el suicidio médicamente asistido, es el médico quien pone al alcance del paciente el mecanismo o la droga necesaria para provocar la muerte que es finalmente instrumentada por el paciente (Blando, 2008).

El concepto ha cambiado considerablemente en su significado a lo largo de los siglos, en la cultura griega, la eutanasia se constituyó en objeto de deseo y de petición de todas las personas sensatas, pues se refería a una muerte buena, en la que se han atenuado los sufrimientos extremos; fue recomendada por Platón y Aristóteles que llegaron a considerarla como una opción éticamente válida en ciertas circunstancias (Barreto, 2004).

En los siglos posteriores a Cristo las consideraciones relacionadas con la muerte continúan en el debate ético, durante el siglo XV el concepto de eutanasia, era entendido en el sentido de "atajar el dolor con la muerte" fue utilizado por el filósofo inglés Francis Bacon, quien publicó en 1623 un trabajo en el que decía:

"Añadiré que el oficio del médico no es solamente restablecer la salud, también suavizar el dolor y los sufrimientos ligados a la enfermedad; y esto no sólo en tanto esa disminución del dolor

conduce a la convalecencia, más aún, a fin de procurar al enfermo, cuando no tiene esperanza, una muerte dulce, apacible; pues la eutanasia no es parte menor en su bienestar" (Castillo A. M., 2011). Se popularizó a partir del siglo XVI y se usó ampliamente para designar diversas formas de muerte tranquila y natural. A finales del siglo XIX, el filósofo alemán Friedrich Nietzsche señala "...la necesidad de liberar a la sociedad de todas las personas inválidas e incapaces" cuyo postulado filosófico fueron fundamento del nazismo (Rosental & Ludin, 1973).

Después de la Segunda Guerra Mundial adquirió un significado negativo, debido a la matanza sistemática de los discapacitados mentales y físicos que estaban internados en instituciones, sin el conocimiento de sus familias. Desde fines del Siglo XX hasta la fecha, ha alcanzado notoriedad a escala de Estado. En 1994 se aprobó por referéndum, con el 51 por ciento de los votos, la *Oregon Death with Dignity Act (ODDA)*, que legalizaba el suicidio asistido. En 1995 fue declarada inconstitucional, pero el año 1997 se aprobó nuevamente, esta vez con el 60 por ciento de votos. Legalizada en Holanda en 2001, se aprobó la *Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*, en vigor desde el 1 de abril de 2002 con una serie de garantías y limitantes legales que de no cumplirse pueden desembocar en procesos legales en contra de los médicos. En mayo de 2002, Bélgica aprobó una ley que despenalizó la eutanasia, a diferencia de Holanda, la ley belga no menciona el suicidio asistido que se considera una práctica eutanásica (AFDMD, 2016).

En Suiza *la eutanasia es delito, pero no el auxilio al suicidio*, con la peculiaridad de que no necesariamente debe contar con la asistencia del médico, necesario únicamente para la prescripción del fármaco letal, quedando en manos de organizaciones no gubernamentales. En febrero de 2008, Luxemburgo se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia, aprobando la ley sobre el derecho a una muerte digna. Y el 5 de junio de 2014 la Asamblea Nacional de Quebec aprobó la ley de la ayuda médica al final de la vida, el principio fundamental de la ley es "asegurar cuidados a las personas al final de la vida respetando su dignidad y su autonomía"; la ley prescribe las condiciones que permitan que el médico realice la sedación paliativa y la ayuda para morir. Con esta ley el Estado queda comprometido a prestar o a que se presten estos cuidados finales que necesite el enfermo con respeto a su voluntad (AFDMD, 2016).

En Estados Unidos de Norteamérica, tienen leyes en cinco estados que aprueban el suicidio asistido; en 2008 en Washington, el electorado votó a favor de la Iniciativa 1,000 para legalizar el suicidio asistido en el Estado aprobando la *Washington Death with Dignity Act*. (Ley para morir con dignidad), en diciembre de 2009, la Corte Suprema de Montana sostuvo que ningún precedente legal indica que la asistencia médica



en la muerte esté en contra de las políticas públicas, por lo que, por una vía diferente al referéndum, el suicidio asistido es legal en este Estado. En mayo de 2013 el estado de Vermont, se convirtió en el tercer estado del país en permitir el suicidio asistido por médicos, habilitando a los pacientes terminales a solicitar medicación letal. La legislación incluye varias salvaguardias: el requisito de dos opiniones médicas, la opción de una evaluación psiquiátrica y un período de espera de 17 días antes de la prescripción para poner fin a la vida. En septiembre de 2015, California se convierte en el quinto estado que aprueba una iniciativa que permitirá a los médicos prescribir medicamentos que pongan fin a la vida de pacientes con enfermedades terminales. La iniciativa permite a los pacientes con enfermedades terminales tomar la decisión de morir con ayuda de un médico que le prescribiría los medicamentos para poder poner fin a su vida (Vega, 2007).

La cuestión sobre licitud moral de la eutanasia ha cobrado importancia en la sociedad, de ésta han surgido asociaciones y movimientos en casi todos los continentes que claman por el reconocimiento de un legítimo derecho a morir con dignidad y por otro lado se implementan en diferentes hospitales la filosofía de cuidados paliativos, ambas posturas reivindican por distintos caminos el derecho a morir con dignidad, mostrando con esto en cierto modo, la desmedicalización de la muerte y la reapropiación del proceso de morir. Ello se hace notar en las declaraciones de derechos de los pacientes o en los testamentos de vida, por mencionar algunos ejemplos.

En la declaración de Lisboa en Portugal 1981, durante la XXXIV Asamblea Médica Mundial enuncian los "Derechos del paciente", después de ser adecuadamente informado sobre el tratamiento, aceptarlo o rechazarlo y morir con dignidad. En la XXXV Asamblea Médica Mundial, en Venecia, Italia, octubre de 1983, se adopta un "Postulado sobre la Muerte" donde se reafirma que la determinación del momento de la muerte debe ser responsabilidad del médico. Por el contrario, en octubre de 1987, en Madrid, en la XXXVIII Asamblea Médica Mundial se firma una declaración sobre este particular donde dispone que "La eutanasia, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética". En Ginebra, en 1990, la OMS (Organización Mundial de la Salud) considera que con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia (Cano, 2005).

La OMS, ha señalado que los cuidados paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal (Levin, 2017). Puesto que una cosa es auxiliar a un enfermo en su muerte, queriendo



acompañarlo en su desgracia, procurando aliviar su dolor, tratando de reconfortarle; y otra cosa muy distinta es matarlo.

La difusión sobre casos extraordinarios llevados al conocimiento público por los medios de comunicación, han generado un fuerte interés en la población y cambiado su actitud en relación a su aceptación, ello nos hace repensar que el debate del tema no es exclusivo para el ámbito médico-hospitalario, es justo aquí donde el concepto de dignidad humana ha adquirido una especial fuerza y ha sido usado con propósitos persuasivos especialmente por parte de quienes la promueven (Singer, 1990). En este sentido el requerimiento más importante es la humanización del morir; a toda persona le asiste efectivamente el derecho a morir con dignidad y por consiguiente el derecho a mantener un diálogo abierto y una relación de confianza con el equipo médico; el derecho al respeto de su libertad de conciencia; el derecho a saber en todo momento la verdad sobre su estado; el derecho a no sufrir inútilmente y a beneficiarse de las técnicas médicas disponibles que le permitan aliviar su dolor; el derecho a decidir su propio destino y a aceptar o rechazar las intervenciones quirúrgicas a las que le quieran someter; el derecho a rechazar tratamientos excepcionales o desproporcionados en fase terminal (Montero, 1999).

Sin embargo antes que preocuparse solo con lo inevitable de la muerte y trabajar con los problemas en torno a esa realidad, que ya lo hace el mundo desarrollado, deberíamos preocuparnos para asegurar las condiciones básicas de afirmación de la vida; expresado en el derecho de gozar de salud plena, evitar la muerte precoz e injusta causada por la pobreza, la explotación, la falta de recursos y la falta de asistencia a la salud, en otras palabras, preocuparse también por la calidad de la vida antes de ver la calidad de la muerte. En los países pobres, la lucha no es tanto por vivir más, sino por cómo sobrevivir (Pessini, 2008).

Repensar la dignidad de la vida humana no solamente como un grito por la dignidad en la muerte, sino el rescate urgente de la dignidad del vivir. Pues en muchos lugares de México vivir no es todavía disfrutar la vida plenamente, sino luchar constantemente contra la muerte por una supervivencia, en la cual el fin (la muerte) está muy próximo del inicio (nacimiento). Y que contrasta con la muerte en la vejez del mundo rico vs la muerte en la infancia del mundo pobre.

Es necesario cultivar la sabiduría de integrar la muerte a la vida, no como una intrusa indeseada o enemiga temida, sino como parte integrante de esa misma vida, destino y fin de la naturaleza humana. La muerte no es una enfermedad y no debe ser tratada como tal, de no seguirse este camino, corremos el riesgo de tener una medicina tecnológica siempre menos respetadora de la dignidad humana, para convertirse en un error tecnicista de tratar asuntos particularmente éticos como si fueran técnicos. Aceptar, sí, la finitud humana, pero rechazar las muertes que son resultado de la injusticia y del empobrecimiento,



que truncan impiadosa y silenciosamente la vida de miles de personas, reduciendo no solamente la vida a una “muerte infeliz”, sino, antes de eso, a una supervivencia sufrida materializada en cuerpo vivos (Pessini, 2008) es pues preciso instituir en la práctica médica una acción que respete la persona humana en su dignidad y que no considere la dimensión física como un “absoluto biológico”.

El debate sobre la eutanasia es necesario en México porque también en nuestro país hay pacientes que piden a sus médicos ayuda para acelerar su muerte, tanto en instituciones oficiales como en privadas, éstos tienen que responder de alguna manera, algunos aceptan, aun cuando actúan fuera de la ley, otros no responden a esa petición, en este contexto no existe un control adecuado sobre estas situaciones (Del Rio, 2008). En 2008, la Comisión Nacional de Bioética publicó a través del Foro Consultivo Científico y Tecnológico el documento “Eutanasia: hacia una muerte digna” donde un grupo de expertos nos ofrecen su punto de vista y presentan elementos para un debate bioético, sobre la muerte y el morir, su situación legal en México y la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal. Un ejercicio adecuado pues es necesario asumir que las deficiencias actuales en la atención de los pacientes próximos a la muerte deben ser analizadas.

Voluntad anticipada

La voluntad anticipada surge de la necesidad de respetar la autonomía de los pacientes y de mantener el consentimiento informado cuando estos han perdido la capacidad de expresarse para la toma de decisiones para sí y está conformada no solo por las preferencias, sino también por los valores de cada individuo, su entorno sociocultural y sus creencias religiosas o no religiosas. Vittorio Frosini (Vittorio, 1997) afirma que los derechos fundamentales que están en juego en la voluntad anticipada son: el derecho a la vida, el derecho a la libertad y el derecho a la felicidad (entendida en el sentido de calidad de vida).

En México, el Distrito Federal fue el primero en contar con una ley de voluntad anticipada, en vigor desde 2008, luego otros estados fueron regulando esta figura, entre estos tenemos a Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Chihuahua, Nayarit, Guerrero, el Estado de México y Colima. (Reforma, 2014) Zacatecas, se convirtió en el estado número 15 en aprobar una ley de Voluntad Anticipada publicada en el periódico oficial el 7 de julio del 2018.

Este recurso sólo tiene validez en la entidad donde ésta ley y derecho estén vigentes. A pesar de ser un concepto nuevo en la legislación mexicana, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, del 7 de enero de 2008 al 30 de abril de 2014 se han suscrito más de 3,000 documentos de voluntad



anticipada en esta entidad, 65 por ciento de los cuales fueron suscritos por mujeres y 35 por ciento por hombres (Forbes, 2014).

El documento es un instrumento preventivo y público que debe ser firmado ante notario. Permite a toda persona manifestar, de forma libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada, su decisión de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que propicien la obstinación médica. También está el formato, que es un instrumento de acción que puede suscribirse al ingresar a un hospital o instancia de salud. A diferencia del documento, el formato puede ser suscrito por familiares (cónyuge, hijos, padres, nietos y hermanos) si el enfermo no puede manifestar su voluntad, puede solicitarse en todos los hospitales de las entidades federativas antes mencionadas, tanto públicos como privados, y no tiene costo. Al suscribir alguno de estos papeles, la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada levanta un registro y le da seguimiento (Juárez, 2012). La voluntad de muerte anticipada es revocable y en todo momento puede ser disuelto para dar curso a la atención médica que el enfermo considere pertinente.

En el contenido de la Ley de voluntad anticipada expresa que la misma tiene por objeto: establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio de sus facultades mentales, respecto a la negativa a someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

Debe reunir una cantidad de requisitos como su realización de manera escrita ante un notario que verificará la identidad del solicitante, de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción; redactar las cláusulas del documento, en algunos casos deberán concurrir dos testigos, nombrar un representante para corroborar la realización del documento; realizar una manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles a ser donados; que el documento sea notificado a una coordinación especializada de la secretaría de salud en materia de voluntad anticipada; hacerse del conocimiento del ministerio público tales documentos; y supervisar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en estos. La expedición de la ley de voluntad anticipada en los estados de la república mexicana que la tienen es un buen comienzo, aunque es necesario esperar para ver cómo se aplica y como se subsanan vacíos. La aplicación de esta ley requiere de muchos esfuerzos, recursos y voluntad para no déjala solo como un lugar en la estadística dentro de los países que ya han legislado en la materia (Adib, 2016).

CONCLUSIONES

La vida es un bien supremo y un derecho inalienable de toda persona, no obstante, éste debe armonizarse con la autonomía, la autodeterminación y la libertad absoluta de cada ser humano. Sin embargo, la vida no puede mantenerse en cualquier circunstancia y/o cualquier costo, porque ese bien, soporta al derecho de vivir en condiciones de dignidad, haciendo patente el derecho constitucional a la autodeterminación desde el inicio hasta el fin de la vida. El ejercicio de esa autodeterminación conlleva una serie de factores que, por ningún motivo, deben aislarse de la responsabilidad, tanto de la sociedad, como del gobierno. Tal es el caso de la atención médica y hospitalaria, los cuidados paliativos, los servicios de orientación y la asistencia tanatológica, entre otros, que requieren ser regulados a partir de un marco normativo que brinde, tanto a pacientes, como a su familia, la eventual tranquilidad de que podrían contar con una digna calidad de vida en sus últimos momentos.

El objetivo primordial de los cuidados paliativos, de la voluntad anticipada y otras opciones que conforman el índice de calidad de muerte es afirmar la vida y ayudar a reconocer que la muerte es un proceso natural donde se debe preservar la dignidad de la persona hasta que ésta suceda. La voluntad anticipada nos lleva a desplazar la visión curativa de la salud, a una más humana, donde se incluye también a la familia. Por otra parte, la atención, tiene como valor central la dignidad humana, enfatizando la solidaridad entre pacientes y profesionales de la salud en un modelo de atención más holístico y centrado en la persona. (Vittorio, 1997)

BIBLIOGRAFÍA

- Adib, P. (2016). Comentarios a la ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. *Boletín Mexicano de derecho Comparado*, 1533-1556.
- AFDMD. (10 de octubre de 2016). *Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente*. Obtenido de http://www.eutanasis.ws/eutanasia_mundo.html
- Barreto, D. (2004). Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de Salud Pública. *Rev Cubana Salud Pública*, 87-91.
- Blando, L. (2008). Homicidio piadoso consentido. En J. Tealdi, *Diccionario Latinoamericano de bioética* (págs. 503-504). Colombia: UNESCO.
- Cano, A. (2005). *Problemas éticos y bioéticos en enfermería*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Castillo, A. M. (12 de octubre de 2011). *Revista 16 de Abril*. Obtenido de <http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/eutanasia.htm>
- Castillo, A., & Molina, J. (12 de Octubre de 2011). *Revista 16 de Abril*. Obtenido de *Revista Científico Estudiantil de las ciencias Médicas de Cuba*: www.16deabril.sld.cu/rev/244/eutanasia.html
- Castro-Bermudez, I. (3 de 3 de 1999). *Departamento de Filosofía y Salud*. Obtenido de *Catedra de Bioética*: <http://www.cocmed.sld.cu/no33/n33ori1.htm>

- Del Rio, A. (2008). Eutanasia y Suicidio asistido. En R. Pérez, R. Lisker, & T. Ricardo, *La construcción de la bioética* (págs. 161-182). México: Fondo de la cultura económica.
- Forbes. (14 de Julio de 2014). Voluntad anticipada a lo inevitable. México, México.
- Gutierrez-Samperio, C. (2001). La Bioética ante la muerte. *Gac Med Méx*, 269-276.
- Juárez, A. (5 de Marzo de 2012). Como decidir sobre tu cuerpo en caso de accidente o enfermedad fatal. México, México.
- Levin, R. (02 de mayo de 2017). *Cuidados paliativos, guías para el manejo clínico*. Obtenido de <http://www.paho.org/Spanish/AD/D/DPC/NC/paliative-care.htm>
- LGS. (s.f.). *Donación, trasplantes y pérdida de la vida*. Obtenido de Ley General de Salud-TXIV: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t14.htm>
- Montero, E. (1999). Los derechos del moriente. *Revista española de doctrina y jurisprudencia*, 275.
- Pérez, R. (2008). el médico y la muerte. En c. d. Bioética, *Eutanasia: hacia una muerte digna* (págs. 17-28). México: Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico.
- Pérez-Tamayo, R. (julio de 2014). *Revista Mexicana de Bioética*. Obtenido de Colegio de Bioética.org: <http://colegiodebioetica.org.mx/libros/revista-mexicana-de-bioetica-02/>
- Pessini, L. (2008). Eutanasia. En J. Tealdi, *Diccionario Latinoamericano de bioética* (pág. 660). Colombia: UNESCO.
- Reforma, A. (3 de julio de 2014). Sólo 11 estados cuentan con voluntad de muerte anticipada para enfermos terminales. Queretaro, México.
- Rosental, M., & Ludin, P. (1973). *Diccionario filosófico*. Argentina: Editorial Política.
- Salvat, M. (1990). *Diccionario médico*. Mexico: Salvat.
- Singer, P. (1990). Euthanasia a critique. *New England Journal of Medicine*, 1881-1883.
- Torres, R. (2011). *Glosario de bioética*. la Habana: Ciencias médicas.
- Vazquez, R. (2008). Eutanasia: hacia una muerte digna. En C. d. Bioética, *Eutanasia: Hacia una muerte digna* (págs. 29-38). México: Foro consultivo y tecnológico AC.
- Vega, J. (2007). La práctica del suicidio asistido en Oregón y la Pendiente resbaladiza. *Cuad.Bioét.*, 55-70.
- Vittorio, F. (1997). *Derechos humanos y bioética*. Bogotá, Colombia: Temis.