

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y SEMINARIOS



TESIS DE GRADO

**“PROPUESTA DE LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA A TRAVÉS
DE LA ORTOTANASIA EN ENFERMOS TERMINALES”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIATURA EN DERECHO

POSTULANTE: Gilmar Oblitas Ortega

TUTOR: Dr. Félix Peralta Peralta

LA PAZ – BOLIVIA
2015



DEDICATORIA:

*El presente trabajo, va dedicado con mucho cariño a mi abnegada esposa **Carmen Arce** y a mis amados hijos **Micaela, Gilmar y Kevin** porque son motivación y estímulo fundamental, para llegar a mis objetivos de vida.*

AGRADECIMIENTO

- *A la conclusión de este trabajo, quiero agradecer a Dios todo poderoso, por su bendición y fortaleza que me brindo desde el primer día de mi existencia.*
- *A mi Sra. Madre **DINA ORTEGA ZEBALLOS (+)** por su eterno amor, sus sabios consejos y en cumplimiento a promesa hecha en vida.*
- *Mi agradecimiento especial al Dr. **Félix Peralta Peralta**, por su orientación y dirección en la elaboración de la presente Tesis de Grado, así como a todos los Docentes de la Facultad de Derecho alma mater en la formación de los profesionales del derecho que contribuyen al desarrollo de nuestro país.*



“Una muerte humana, digna y sin dolor es un derecho y una exigencia ética, muerte por suicidio asistido o por homicidio consensuado jamás.”

“ORTOTANASIA SI EUTANASIA NUNCA”
(Padre Juan Carlos Quiroga)

RESUMEN ABSTRACT

En la presente investigación de tesis se aborda el tema de Propuesta de Ley de Voluntad Anticipada a través de la **Ortotanasia** en enfermos terminales, con la finalidad de aplacar el dolor y sufrimiento de aquellos que padecen de una enfermedad incurable y cuyo deceso es inevitable sin embargo debido al avance de la medicina y la tecnología, los mismos son sometidos a medios extraordinarios y desproporcionados evitando el advenimiento de la muerte de manera natural, haciendo que el enfermo en etapa terminal se mantenga con vida artificial, prolongando su agonía y sufrimiento extensible a su entorno familiar.

El Estado Plurinacional de Bolivia al no contar con una norma legal que regule los derechos del enfermo terminal, hace que no se respete la voluntad y dignidad del mismo a tener una muerte natural, anulando su autonomía.

Con la aprobación de la ley de voluntad anticipada a través de la **Ortotanasia**, el enfermo terminal podrá expresar su deseo de no ser sometido a medios extraordinarios y desproporcionados, para el mantenimiento de la vida, aceptando las bondades de la medicina paliativa para que la muerte se produzca de manera natural con menos dolor y sufrimiento.

Consideraremos los aspectos legales que tiene que ver con esta problemática como ser lo que señala nuestra Constitución Política del Estado, el Código Penal, Código Civil y demás normativas que regulan el derecho a la vida.

También realizar un sondeo de opinión mediante encuestas y entrevistas para que con apoyo estadístico formular una propuesta real en favor de los enfermos terminales para incorporar a nuestro ordenamiento jurídico.

“PROPUESTA DE LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA A TRAVÉS DE LA ORTOTANASIA EN ENFERMOS TERMINALES”

INDICE

Dedicatoria.	I
Agradecimiento.	II
Pensamiento	III
Resumen Abstrac.	IV
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1. ENUNCIADO DEL TEMA DE LA TESIS.	1
2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.	1
3. PROBLEMATIZACIÓN.	4
4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	4
4.1 Temática.	4
4.2 Espacial.	4
4.3 Temporal.	4
5. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.	5
6. OBJETIVOS A LOS QUE SE HA ARRIBADO EN LA INVESTIGACIÓN.	8
6.1 Objetivo general.	8
6.2 Objetivos específicos.	8
7. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN.	8
8. HIPÓTESIS DE TRABAJO DE LA INVESTIGACIÓN.	10
8.1 Variable independiente.	10
8.2 Variable dependiente.	10
9. MÉTODOS QUE FUERON UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN	10
9.1 Método general.	10
9.2 Métodos específicos.	10
9.2.1. Método gramatical.	10
9.2.2. Método exegético.	11
9.2.3. Método dogmático.	11
9.2.4. Método lógico jurídico.	11
10. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	11

11. TÉCNICAS QUE FUERON UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN.....	12
11.1 Técnicas Verbales	12
11.2 Técnicas Oculares	13
11.3 Técnicas Documentales	13
11.4 Técnicas Físicas	13
12. FUENTES DE INVESTIGACIÓN	14

DESARROLLO DEL DISEÑO DE PRUEBA

INTRODUCCIÓN. _____	16
----------------------------	----

CAPITULO I. MARCO HISTÓRICO. _____	18
---	----

1.1. DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA.	19
1.1.1. Origen del documento de voluntad anticipada o testamento vital.	20
1.1.2. El documento de voluntad anticipada, de voluntad previa o testamento vital como ejemplo en España.	21
1.1.3. Instrucciones previas.	22
1.1.4. Las voluntades anticipadas vigentes.	23
1.1.5. El documento de Voluntad anticipada en la actualidad.	28

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO _____	32
---	----

2.1 DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL.	33
2.2 RÉGIMEN DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.	34
2.2.1. Requisitos de objetivos de contenido y forma.	36
2.2.2. La Obligatoriedad y sus límites.	37
2.2.3. Revocabilidad.	38
2.3 DEL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL.	39
2.4 LA ORTOTANASIA Y EL BUEN MORIR.	43
2.5 DIFERENCIAS ENTRE EUTANASIA, DISTANASIA Y ORTOTANASIA.	47
2.6 CUESTIONES PROBLEMÁTICAS.	50
2.7. EL IDEAL, LA ORTOTANASIA.	52

CAPITULO III. MARCO JURÍDICO _____	55
---	----

3.1 Normativa Nacional.	55
3.1.1. Constitución Política del Estado (Derechos fundamentales).	55

3.1.2. Código Penal.	56
3.1.3. Código Civil	59
3.1.4. Protección a la salud.	59
3.1.5. Derecho a morir dignamente.	61
3.1.6. Prácticas para demorar la muerte con tratamientos extraordinarios.	61
3.1.7. Principio de autonomía y derecho constitucional a una muerte digna.	62
3.1.8. Negativa al tratamiento.	63
3.1.9. Consentimiento presunto.	64
3.1.10. Ortotanasia.	65
3.2. NORMATIVA INTERNACIONAL.	71
3.2.1 Protección constitucional a la vida.	71
3.3. LEGISLACIÓN COMPARADA.	72
3.3.1. Brasil.	72
3.3.2. España.	74
3.3.3. México.	75
CAPITULO IV. MARCO PRÁCTICO. _____	77
4.1. RESULTADOS.	77
4.1.1 Interpretación de las encuestas.	78
CONCLUSIONES. _____	88
RECOMENDACIONES. _____	89
ANTEPROYECTO	
LEY DE LA ORTOTANASIA	90
BIBLIOGRAFÍA. _____	104
ANEXOS _____	

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. ENUNCIADO DEL TÍTULO DEL TEMA.

“PROPUESTA DE LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA A TRAVÉS DE LA ORTOTANASIA EN ENFERMOS TERMINALES”

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La aplicación de la Ortotanasia mediante una Ley de Voluntad anticipada del enfermo terminal, como una opción de morir de forma natural sin prolongar la agonía y padecimiento del enfermo en etapa terminal a la que deben tener derecho todos los pacientes cuando se encuentran con una enfermedad terminal, es en la actualidad objeto de debate a nivel mundial. En nuestro país no existe una normativa legal para poder aplicar la ortotanasia sin riesgo de confundir su aplicación con hechos que pretenden buscar la muerte del enfermo.

Es necesario que el Estado participe para resolver este vacío legal apoyando la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada como instrumento que contribuya a garantizar el ejercicio de los derechos de los enfermos en etapa terminal, ya que una gran mayoría de la población quiere asegurarse de que en la etapa final de su vida, se respetarán sus decisiones sobre los tratamientos que desearían o no recibir.

Por otra parte es un hecho conocido que los sorprendentes avances de la medicina y la tecnología permiten en muchos casos prolongar de manera innecesaria la vida de enfermos en etapa terminal y que implican un enorme sufrimiento para ellos y por tanto para el entorno familiar, a tal grado que los enfermos llegan a solicitar al médico la suspensión del tratamiento, porque en el

mejor de los casos, sólo prolonga su agonía y sufrimiento, pasando por el terrible trauma de ver como disminuyen sus capacidades físicas, el estado de salud y emocional de la persona enferma. Esta es una de las razones por las cuales algunas familias se ven obligadas a recurrir a la aplicación de la eutanasia pasiva.

La aplicación de la Ortotanasia es la acción que tiene por finalidad no prolongar la agonía y padecimiento del enfermo en etapa terminal y de su entorno familiar, al omitir o retirar los medios extraordinarios o desproporcionados que de manera innecesaria posterga el proceso de la muerte natural.

En definitiva es saber que cuando ya no se puede curar, aún podemos cuidar, es la conciencia de cuando se debe iniciar ese cambio: si no puedes curar, alivia, y si no puedes aliviar; no permitas el sufrimiento mediante la aplicación de la obsesión terapéutica, en este aforismo se condensa toda la filosofía de los cuidados paliativos y Ortotanasia, la bondad del procedimiento médico y su recto proceder con las personas enfermas en estado crítico.

Por ello, es inaceptable que cuando la salud del enfermo se deteriora hasta llegar al grado de etapa terminal e irreversible que originan dolores insoportables, es totalmente inadmisibles que se pretenda alargar su vida de manera artificial, ya que inevitablemente la muerte llegara en cualquier momento.

Cuando la Distanasia es aplicada a un enfermo en etapa terminal estos pueden pasar meses o años conectados a una máquina recibiendo vida artificial, lo que nos lleva a pensar sobre la prolongación de su agonía y padecimientos.

La falta de una Ley que respete la voluntad de las personas en relación a la negativa a someterse a los medios, tratamientos y/o procedimientos médicos o retirar los mismos, que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, cuando sea imposible mantener esta, de manera natural y que regule la aplicación

de la ORTOTANASIA, prolonga lamentablemente la agonía y padecimiento innecesario del enfermo en etapa terminal y por lo tanto la aflicción y sufrimiento del entorno familiar.

Por otra parte el opuesto a la vida es por supuesto, **la muerte**¹, que no es ni ha sido nunca un hecho natural simple sino un complejísimo fenómeno cultural, si bien la descomposición orgánica es uno de los signos ciertos de muerte, este hecho biológico nunca ha sido culturalmente asumible.

“El derecho tutela la vida desde el momento de la concepción del ser humano hasta su muerte”² Es uno de los derechos y garantías fundamentales, instituidas en la Constitución Política del Estado Plurinacional ³

Sin embargo en casos extremos, cuando las condiciones de la buena salud se han deteriorado casi en su integridad y las enfermedades y accidentes fatales llevan a quien padece y a su entorno familiar a un sufrimiento innecesario y hasta siniestro, cabe preguntarse si se está protegiendo y manteniendo la vida como condición necesaria para existir o solamente prolongando inútilmente la agonía.

¹ OSSORIO, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. 28a. Ed. Heliasta, Buenos Aires, (2002). “Muerte, cesación o término de la vida”. Pág. 631.

² HARB, Benjamín Miguel, Derecho Penal. La Paz Bolivia, Ed. Juventud; Bolivia, 1996, pág. 167.

³ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, (2009). Art. 15 .I Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte.

3. PROBLEMATIZACIÓN.

¿SERÁ QUE, LA INEXISTENCIA DE UNA NORMATIVA LEGAL, REFERIDA A LA ORTOTANASIA O VOLUNTAD ANTICIPADA, APLACARÁ LA CONTINUACIÓN DEL SUFRIMIENTO EN ENFERMOS TERMINALES?

4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. DELIMITACIÓN TEMÁTICA.

La delimitación temática del trabajo de investigación, está relacionada al tema de la ortotanasia, aspecto que es de suma importancia para dejar que continúe el padecimiento del enfermo terminal en nuestra sociedad. Con la aplicación de la propuesta de Ley que se planteará en el Congreso del Estado Plurinacional de Bolivia, se solucionará este problema que atinge a muchas familias bolivianas.

4.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL.

La presente investigación está enmarcada en el Departamento de La Paz, sin embargo de entrar en vigencia la Ley de Voluntad Anticipada y la aplicación de la Ortotanasia esta se la aplicaría en todo el territorio del Estado Plurinacional, mediante el Documento de Voluntad Anticipada.

4.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.

La realización del presente trabajo de investigación científica se realiza durante las gestiones 2011 y 2015.

5. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

En el marco del derecho con el que cuentan todas las personas con capacidad de manifestar su voluntad anticipada para disponer sus bienes y derechos, se observa también que dentro de la manifestación de voluntades, nuestras Leyes prevén que esta manifestación de voluntad pueda contener disposiciones de carácter no patrimonial⁴.

Es importante considerar que esta manifestación de voluntad anticipada tendrá su efecto cuando el paciente en etapa de enfermo terminal se encuentre aún con vida y no, como en el caso de los Testamentos que tienen sus efectos después del fallecimiento del testatario. Por lo que podemos determinar que la presente propuesta de Ley correspondería al “Derecho Civil en el Capítulo; de los derechos de la personalidad”, además del “Derecho Constitucional, en su Capítulo referido al derecho a la salud”.

Siendo que, una de las funciones del Estado es la de regular los derechos a la atención y salud⁵, se establece en la normativa de nuestro ordenamiento jurídico, Constitución Política del Estado (Art. 44, Parágrafo I) De los Derechos a la salud:

“Que ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, **salvo peligro inminente de su vida**”.

“Debido a diferentes factores de urgencia médica y de peligro inminente de su vida, muchos de los enfermos son conectados a maquinas respiradoras y a otros

⁴ CÓDIGO CIVIL. Título III. Cap. I, Del testamento en general, Art. 1112.

⁵ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, Cap. V, Sección II, Arts. 35 y sigs.

tratamientos médicos con medios y fármacos que no hacen más que prolongar la agonía y padecimientos del enfermo y su entorno familiar”.⁶

Por el contrario en otros casos, en una urgencia médica y cuando el paciente se encuentra imposibilitado de expresar su voluntad y no se encuentran los terceros legalmente autorizados y no se puede lograr el consentimiento informado, los médicos responsables de la atención del paciente diagnostican una muerte inminente sin ninguna posibilidad de recuperación o mejoría y deciden no aplicar ninguna terapia invasiva u obstinación terapéutica. En este caso, si el paciente fallece, los familiares podrían acusar a los médicos de omisión o negligencia médica y de otro ilícitos que pueden ser confundidos con la Eutanasia Pasiva, aun sabiendo que la muerte era inminente, alegando sin embargo que de haberse brindado un auxilio médico oportuno sin importar los medios utilizados debido al peligro inminente de su vida, podrían haber salvado su vida sin importar el tiempo que esta dure.

Por lo que la razón principal o fundamento jurídico para la implementación de una Ley de Voluntad Anticipada que permitiría la aplicación de la Ortotanasia, es que si bien en nuestra normativa, se manifiesta el derecho de rechazar las intervenciones quirúrgicas, examen médico o de laboratorio sin el consentimiento del enfermo o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida⁷, **no existen en nuestras Leyes las regulaciones precisas y claras en relación a la voluntad anticipada referidas a las disposiciones de carácter no patrimonial de las personas.**

Por lo tanto la propuesta del presente trabajo de Tesis de implementar la Ley y Documento de Voluntad Anticipada **en el que se manifieste, “el derecho” a la negativa a someterse a los medios, tratamientos y/o procedimientos**

⁶ LEY 3131, Ley del Ejercicio Profesional Médico, Art. 12, Inc. g.

⁷ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, (2009). Art. 44 I

médicos y/o al retiro de los mismos, que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, su agonía y padecimientos, cuando sea imposible mantener esta de manera natural, cumpliría el objetivo de llenar este vacío jurídico, permitiendo la aplicación de la **ORTOTANASIA**.

La aplicación de la Ortotanasia sin los procedimientos y ámbito de aplicación adecuados y fundamentalmente sin el consentimiento del enfermo en etapa terminal o los autorizados legalmente mediante el Documento de Voluntad Anticipada, podría crear el serio riesgo de generar confusiones en cuanto al ámbito de su aplicación, licitud y a los procedimientos médicos utilizados, con consecuencia incluso penales.

Es por lo tanto el presente trabajo de Tesis de primordial importancia y urgencia, porque nos permitiría implementar la Ley para la aplicación de la Ortotanasia mediante el Documento de Voluntad Anticipada, definiendo sus requisitos y formato del mismo. Su implementación permitirá la aplicación Ortotanasia a pacientes en etapa terminal, evitando de esta manera confusiones legales y fundamentalmente no prolongando la agonía del enfermo y por lo tanto del entorno familiar, contribuirá además al Estado con su obligación Constitucional de regular y controlar el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud.

6. OBJETIVOS A LOS QUE SE HA ARRIBADO EN LA INVESTIGACIÓN.

6.1. OBJETIVO GENERAL.

Proponer una normativa legal, referida a la ortotanasia o voluntad anticipada, para aplacar la continuación del sufrimiento en enfermos terminales.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la necesidad de una normativa, referida a la ortotanasia.
- Establecer los fundamentos teóricos y doctrinales que permitan la viabilidad de la ortotanasia.
- Analizar la Legislación Comparada referida a la ortotanasia.
- Realizar el trabajo de campo, relacionado a la comprobación de la hipótesis.
- Elaborar el Proyecto de Ley de Voluntad Anticipada.

7. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN.

En esta primera parte del Marco Teórico, se realizará una introducción de lo que será el presente capítulo; posteriormente en el Capítulo II del desarrollo de los capítulos se complementará inextenso lo concerniente al Marco Teórico.

Debido a que el objetivo del presente trabajo propone al implementación de una Ley de Voluntad Anticipada para la aplicación de la Ortotanasia, cuya finalidad de

no prolongar la agonía y el padecimiento del enfermo en etapa terminal y de su entorno familiar, es de suma importancia conocer, entender y profundizar los problemas del enfermo en estado terminal y de su entorno familiar, justificando la necesidad de contar con una norma legal para la aplicación de la ortotanasia.

Hace mucho tiempo, numerosas personas fallecían al poco tiempo de sufrir una lesión traumática o de contraer una enfermedad o infección grave; otras tenían poca esperanza de vida una vez que se les diagnosticaba una enfermedad del corazón, un derrame cerebral o un cáncer. Así que la muerte en estos casos de enfermedades graves o en estado terminal era una experiencia familiar esperada y en estos casos no se aplicaba más que los cuidados paliativos por parte de los médicos

La mayoría de las personas con enfermedades crónicas viven durante muchos años aunque sufran limitaciones en su actividad física, a causa de enfermedades como las cardíacas, algunos tipos de cáncer, el enfisema, la insuficiencia renal, derrames cerebrales, la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos mentales. Otras veces esta calidad disminuye, aunque se consiga prolongar la vida del paciente, de todos modos, es frecuente que la muerte constituya un hecho inesperado, aun cuando la familia supiera que una enfermedad grave causó el fallecimiento.

En la mayoría de los casos, con la fe y la esperanza de que el enfermo en etapa terminal pueda recuperar y acompañar un tiempo más a la familia, buscan todos los medios posibles para producir este efecto de recuperación.

8. HIPÓTESIS DE TRABAJO DE LA INVESTIGACIÓN.

La inexistencia de una normativa legal, referida a la ortotanasia o voluntad anticipada, tiene como consecuencia la continuación del sufrimiento en enfermos terminales.

8.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

Normativa legal, referida a la ortotanasia o voluntad anticipada.

8.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

Sufrimiento de enfermos terminales.

9. MÉTODOS QUE FUERON UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.

9.1. MÉTODO GENERAL.

El método de investigación a ser utilizado en la presente investigación científica será el “**Hipotético Inductivo**”, es decir, ya que el planteamiento de la solución del problema guiará la investigación y a partir de ella se desarrollará la temática **de lo particular a lo general**.

9.2. MÉTODOS ESPECÍFICOS.

- **Método Gramatical.-** Facilitará la elaboración del Anteproyecto de Ley que se pretende analizar, ya que toma en cuenta el sentido de las

palabras determinando su origen, incluso etimológico para plantear la norma jurídica y la correcta tipificación.

- **Método Exegético.**- Será importante la utilización de este método que nos servirá para analizar la legislación actual y determinar si existen deficiencias, contradicciones o vacíos legales.
- **Método Dogmático.**-También se utilizará el método dogmático que tiene por objetivo la aplicación de la norma jurídica tal cual está establecida sin someterla a discusión alguna, ya que para realizar el presente trabajo, es necesario seguir al pie de la letra la normatividad jurídica inmersa en la legislación.
- **Método Lógico Jurídico.**- Finalmente, es imprescindible la utilización del método lógico jurídico, que consiste en el análisis lógico de la normatividad existente y su desarrollo, y el desarrollo fenomenológico que es el estudio de la realidad misma y su repercusión en el problema.

10. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de estudio de la investigación será el “**Sistémico**”. En este se considera un antes y un después. Se centra en establecer el resultado de las relaciones entre elementos bajo estudio más bien que solo exponer las características de los mismos.

Asimismo, el tipo de estudio será de carácter “**explicativo y no experimental**” ya que la presente investigación va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, o del establecimiento de relaciones entre conceptos y no experimental porque no se realizará la manipulación de variables.

11. TÉCNICAS QUE FUERON UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN.

Las técnicas de investigación a utilizarse en la presente investigación serán:

- **Técnicas de recolección de información**

(*Berelson, 1971*) “La recopilación de contenidos para su análisis cuantitativo y cualitativo, denominado análisis de contenido, aunque es un método que abarca una forma de recopilar contenidos y los prepara para su análisis estadístico”.

La recopilación de información se basa en los hechos reales que serán analizados y examinados durante la preparación del trabajo de investigación, por la naturaleza de la Tesis, la documentación e información necesaria será proporcionada por los datos estadísticos realizados, que es el objeto de estudio, entre los cuales se obtiene:

11.1. TÉCNICAS VERBALES.

- **Entrevista;** Consiste en la obtención de información sobre las actividades examinadas, mediante entrevistas
- **Encuesta;** Consiste en la obtención de información a través del uso de formularios específicos que se dirigen a los funcionarios la entidad con preguntas predefinidas, que permiten conocer las tendencias en determinadas actividades.

11.2. TÉCNICAS OCULARES.

(**Sabino, 1997**)“La **observación directa** es aquella que a través de la cual se pueden conocer los hechos y situaciones de la realidad social”:

- **Observación directa;** Consiste en efectuar una verificación de determinadas áreas, operaciones, procesos, etc.
- **Comparación;** Consiste en determinar la similitud de diferencia de dos o más conceptos.

11.3. TÉCNICAS DOCUMENTALES.

Son utilizadas para verificar la exactitud aritmética de los datos estadísticos y otros. Consiste en repetir los procedimientos del registro de las operaciones para determinar su corrección, con el objeto de asegurarse de que los mismos sean correctos.

- **Comprobación;** Permite verificar la existencia, legalidad y legitimidad del registro de las estadísticas levantadas, mediante la revisión de los documentos que lo justifican, también constituye el esfuerzo realizado para cerciorarse o asegurarse de la veracidad de los datos.

11.4. TÉCNICAS FÍSICAS.

- **Inspección;** Involucra el examen físico y ocular de algo, la aplicación de esta técnica es sumamente útil en lo relacionado a la constatación de documentos que evidencian las actividades realizadas.

12. FUENTES DE INVESTIGACIÓN.

Las fuentes de investigación a ser aplicadas en el presente trabajo son fuentes **primarias, secundarias y terciarias** que a la vez se dividen en fuentes internas y externas.

(*Danhke, 1989*) “Son compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en un área de conocimiento en particular (son listados de fuentes primarias). Es decir procesan información de primera mano”.

- **Internas;** Consiste en recopilar la información de la entidad objeto de estudio, como ser toda la documentación que se registren a fines específicos derivados de sus operaciones propias como parte del trabajo que se realiza, como ser: documentación ligada directamente con el estudio.
- **Externas;** Recopilación de normativas, disposiciones y otros que normen el trabajo, para de esta manera conocer bajo que regla se sustenta el trabajo de investigación.

Población

Es el conjunto total que abarca un fenómeno de estudio. Se caracteriza porque todos sus elementos constitutivos poseen una característica común, la que es definida por el investigador.

Muestra

La determinación del tamaño de la muestra está en función a los objetivos de la investigación. Una vez conocida y delimitada la población, en función

de los objetivos planteados, el investigador decide el grado de error permitido en la estimación de la muestra, con base en el uso de recursos disponibles y en la dimensión preestablecida del trabajo.

El tamaño de la muestra se define en función al grado y calidad de estimación del valor de la población que se desea lograr, o sea, del error permitido: a menor error permitido y mejor estimación, corresponderá un mayor tamaño de muestra; inversamente, si no se desea o no se puede trabajar con una muestra grande, entonces el error permitido de estimación será definido por el investigador en niveles mayores, dentro de un límite estadísticamente aceptable.

En el caso del presente estudio de investigación se determinó la muestra, tomando en cuenta la población de 18 a 64 años de la ciudad de La Paz, de forma aleatoria (el modelo matemático de la muestra, se adjuntará en los anexos del presente estudio); finalmente esta muestra, tal como se demostrará matemática y científicamente llegara a 98 encuestados, vale decir que la presente encuesta, considerará como válidos a aquellos sujetos de estudio que tuviesen conocimiento respecto al tema, o tengan un pariente, amigo o conocido.

DESARROLLO DEL DISEÑO DE PRUEBA.

INTRODUCCIÓN.

Para todo ser humano y particularmente para el Estado, **la vida**, constituye la manifestación más trascendental en cuanto a la obligación jurídica y moral que tenemos para preservarla y conservarla como uno de los bienes jurídicamente más importantes y esenciales que deben ser protegidos por el Estado y la humanidad en su conjunto.

“El Derecho tutela la vida desde el momento de la concepción del ser humano hasta su muerte”. Es uno de los derechos y garantías fundamentales, instituidas en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Sin embargo en casos extremos, cuando las condiciones de la buena salud se han deteriorado casi en su integridad y las enfermedades y accidentes fatales llevan a quien padece y a su entorno familiar a un sufrimiento innecesario y hasta siniestro, cabe preguntarse si se está protegiendo y manteniendo la vida como condición necesaria para existir o solamente prolongando inútilmente la agonía.

La presente investigación, está orientada a la propuesta de **“Ley de Voluntad Anticipada a través de la ortotanasia en enfermos terminales”**, la misma que está destinada a la disminución del sufrimiento de enfermos terminales, tanto para el propio enfermo, como para su entorno familiar.

La motivación de la investigación fue que en los últimos años se ha visto un alto crecimiento de este tipo de enfermos terminales en todo el territorio nacional; principalmente en enfermedades como: cáncer, embolia, accidentes fatales y

otras. Consiguientemente, se ha visto por conveniente proponer la presente Ley, como un aporte al Estado Plurinacional de Bolivia de este mal que viene aquejando en todo el país, y consiguientemente aliviar a las familias de los enfermos terminales.

CAPÍTULO I

MARCO HISTÓRICO

En la vida humana hay momentos de una especial trascendencia cultural, como son, el nacimiento, la pubertad, el matrimonio y la muerte; pasos cualitativos de una situación social a otra; de ahí que especialmente la muerte por las connotaciones que tiene ha sido un tema de especial importancia, este momento delicado y conflictivo necesita de una liturgia especial, es decir los ritos de paso.

La muerte, su agonía, sufrimientos y padecimientos que conlleva, la forma, sus condiciones y el cómo morir como fenómeno social han tenido profundas diferencias en los planos religiosos, éticos etc. ha recibido el culto y la veneración del hombre a través de los siglos. Las ceremonias funerarias, mezcla de celebración y temor han sido motivo de estudio, tanto como la vida, por parte de científicos, filósofos y teólogos; los diferentes cultos, por su parte le han dado interpretaciones diversas: castigo, redención, vida después de la muerte, un paso al más allá, etc. como si un calificativo pudiera por sí sólo explicarla como fenómeno, que por irreversible ha sido a la vez motivo de rechazo y búsqueda, en el cual ciencia y religión se han mezclado.

En la actualidad la muerte ocurre en modernos hospitales donde puede ser despojada de su proceso natural, prolongando de manera innecesaria la agonía y padecimientos de los enfermos en etapa terminal, aplicando por otra parte diversas formas para el denominado buen morir, de forma lícita e ilícita.

Son muchas las experiencias y connotaciones que se han desarrollado alrededor de la **buena muerte y sus derivaciones**, que en la actualidad se relaciona o se conoce como la aplicación de diferentes acciones como son la **Eutanasia, Distanasia y Ortotanasia**.

Desde que el ser humano ha poblado el mundo hasta la actualidad, los fenómenos de la vida y en particular lo relacionado a la buena muerte han generado siempre profundas reflexiones en la conciencia de los pueblos. En la actualidad se pueden señalar diversas formas del morir o del buen morir, formas que se plasman en normas legales que pretenden respetar el derecho del ser humano a decidir libre y voluntariamente sobre el derecho a elegir sobre la atención médica que desea o no recibir y no prolongar su agonía y sufrimiento.

Desde hace varias décadas que las diferentes legislaciones de muchos países han planteado propuestas de Leyes relativas al respeto y a la voluntad de los enfermos especialmente en la etapa terminal de su vida, por lo que es necesario revisar la historia como ejemplo para nuestro trabajo y de cómo se originan las Leyes de Voluntad Anticipada o Previa.

1.1. DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA.

El término documento de voluntades anticipadas, o Testamento Vital, de Vida, Testamento Biológico, de instrucciones previas como se conoce en distintas legislaciones, se refiere al **documento escrito por el que un ciudadano manifiesta anticipadamente su voluntad**, con objeto de que ésta se cumpla en el momento que no sea capaz de expresarse personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud que desea o no recibir y/o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Su aplicación se entiende en previsión de que **dicha persona** no estuviese consciente o con facultades suficientes para una correcta comunicación.

Existen algunas organizaciones, en el mundo entero que han escrito libros como El Buen Morir y Muerte Digna, que sostienen la necesidad de respetar los deseos individuales en cuanto a los derechos de las personas en los

últimos tramos de sus vidas. Hay corrientes religiosas que también entienden que el acompañamiento y la dignidad deben ser derechos de todo paciente terminal⁸.

La medicina moderna es cada vez más capaz de prolongar la vida, pero está poco preparada para tratar humanamente al enfermo en etapa terminal, de ahí la repercusión de recurrir al expediente de la Ortotanasia como garantía de una muerte digna ante el peligro del ensañamiento terapéutico. Muerte digna es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles⁹ denominada Ortotanasia.

1.1.1. Origen del Documento de Voluntad Anticipada o Testamento Vital.

El origen del *testamento* vital (Living Will) en inglés, se atribuye a Luis Kutner, abogado de Chicago y cofundador de Amnistía Internacional en 1961, quien desde el año 1967 defiende su implantación y publica en 1969 en el *Indiana Law Journal* un modelo de documento para expresar voluntades relativas a tratamientos médicos en caso de enfermedad en estado terminal.

La figura del Living Will en la doctrina jurídica norteamericana remite a las instrucciones dadas en relación con el final de la vida. A este documento se le unirá el durable Power of Attorney, (poder notarial) mediante el que se nombra a un representante para que tome decisiones de acuerdo con los deseos del paciente. Ambos tipos de documentos se incluyen en las

⁸ La Congregación para la Doctrina de la Fe del Vaticano, el 5 de mayo de (1980), declaró: “Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo los cuidados normales debidos al enfermo en casos similares”.

⁹ SILVA-RUIZ, Pedro f. "El derecho a morir con dignidad y el testamento vital", en Revista General de Derecho, núms. 592-593, págs. 435 y 436.

denominadas *Advances Health Care Directives* (Poder sobre futura atención médica) que son el equivalente a las voluntades anticipadas o instrucciones previas.

En la actualidad se ha extendido por muchos países tanto Europeos como Americanos el uso del testamento vital como el documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas en relación con el derecho a la autonomía del paciente afectado por un proceso en fase terminal y en consideración a una muerte digna.

1.1.2. El documento de voluntad anticipada, de voluntad previa o testamento vital como ejemplo en España.

Consideramos que el Documento de Voluntad Anticipada o testamento vital constituye un hito en el desarrollo de la autonomía del paciente, por lo que consideramos como ejemplo lo ya establecido en España, líder en este ámbito de Voluntades Previas.

En España a partir del año 2002 el Documento de Voluntad Anticipada ha adquirido estatus legal con la publicación de la Ley 41/2002. Esta Ley regula los registros de carácter público denominados registros de instrucciones previas (término legal sinónimo y equivalente a testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas) en todas las Comunidades Autónomas y un Registro nacional; las Comunidades Autónomas han publicado las respectivas normativas y ofrecen información y en numerosos casos modelos que siempre pueden ser modificados por los signatarios.

1.1.3. Instrucciones previas.¹⁰

“Luego de mucho tiempo y años de discusiones legales en relación a que si este documento de Voluntad Anticipada, de Instrucciones Previas o Testamento Vital correspondía a un Testamento como materia extrajudicial o debía encararse con una Ley, determinando finalmente que debía ser una Ley que regule este tipo de documentos, conteniendo algunos requisitos.

1. Por el documento de instrucciones previas, **una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad**, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia

¹⁰ DOMINGUEZ LUELMO, Andrés, La expresión anticipada de voluntades en el ámbito sanitario: el documento de instrucciones previas en 'Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia', Gómez Tomillo, M (ed.), Fundación Lilly, (2008), pág. 412

clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación, se creará en el Ministerio de Salud el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo con el Sistema Nacional de Salud”

1.1.4. Las voluntades anticipadas vigentes.¹¹

En relación al consentimiento informado como manifestación del respeto a la autonomía del paciente, hay que hacer referencia al Documento de Voluntad Anticipada o testamento vital o Living Will, directrices anticipadas o advance directives.

Aparece en Estados Unidos a partir de la sentencia dictada en 1957 por el Tribunal Supremo de California en el caso Salgo vs Leland Stanford Jr. University Board of Truste, se declaró la “obligación de indemnizar cuando se traspasaban los límites del consentimiento otorgado por el paciente o bien se ocultaba una prohibición suya”; el caso consistía en un enfermo, Martin Salgo, con arteriosclerosis al que se le practicó una **aortografía**

¹¹ REQUERO IBÁÑEZ, José Luis, Magistrado especialista de lo Contencioso-administrativo Vocal del Consejo General del Poder Judicial (Aproximación al ordenamiento español)

traslumbar sin su consentimiento y sufrió una parálisis permanente, por lo que demandó a su médico por negligencia.

La jurisprudencia de ese país reafirmó esa figura en la sentencia de 25 de junio de 1990, dictada por el Tribunal Supremo en el caso Nancy Cruzan.

El 11 de enero de 1983, a los 24 años de edad, Nancy Cruzan perdió el control de su auto en una pista con hielo en Missouri. Producto del impacto, Nancy salió eyectada del vehículo, quedando boca abajo en un estanque con agua. Los paramédicos la encontraron sin signos vitales, por lo que la reanimaron y estabilizaron. Luego de dos semanas de permanecer inconsciente, fue diagnosticada con un estado vegetativo persistente, ya que producto de la privación prolongada de oxígeno su cerebro sufrió daños irreversibles. Nancy Cruzan evolucionó a respiración espontánea, sin embargo, a raíz de su estado, no era capaz de deglutir. Antes de que los tubos de alimentación comenzaran a ser usados en los 60', el curso natural de este tipo de pacientes era morir de inanición; pero con este sistema, tal deterioro puede quedar aplazado por años, e incluso décadas. Debido a lo mencionado, los cirujanos instalaron un tubo de alimentación para su cuidado a largo plazo. Los familiares de Nancy esperaron su recuperación, aunque eventualmente, luego de cuatro años aceptaron que su condición no variaría. En 1987 los padres de Nancy Cruzan solicitaron que su tubo de alimentación fuese removido. El Hospital y los médicos a cargo de Nancy rechazaron la petición, indicando que requerían una orden judicial para ello)¹²

En el ámbito legislativo, se dictó en su momento la Ley de autodeterminación del paciente (1991), si bien en la década de los setenta

¹²RECULÉ, Francisca G. Recopilación de (Ayudante-alumno, Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo)

ya había tenido su reflejo con la adopción de Natural Death Act (Ley de muerte natural) en California, norma común en otros Estados.

En España han sido las Comunidades Autónomas las que han dado el paso de regular por vía legal este tipo de documentos (Ley 21/2000, de Cataluña, Ley gallega, la Ley 12/2001 de Madrid y Ley 2/02 de La Rioja y la Ley Foral Navarra de 2002 y otras) en su ámbito normativo, ya antes, el Consejo de Europa en el Convenio de Oviedo de 1997 había abierto la puerta a estos testamentos.

Su fundamento es prácticamente el mismo que el del consentimiento informado (autonomía de la persona, dignidad, proscripción del “paternalismo”) pues, al fin y a la postre, no deja de ser sino la plasmación de la voluntad del paciente en casos en los cuales deba someterse a una intervención en momentos críticos para su vida, sin que goce de la capacidad suficiente para mostrar sus deseos ni otorgar su consentimiento.

En España, la Ley 21/2000 de Cataluña lo define en el artículo 8.1 como **“el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad...”**, definición muy semejante a la recogida en otras normas autonómicas que regulan esta materia”.

La falta de un documento de voluntad anticipada podría generar problemas con la proximidad con la eutanasia de ahí que se diga que las disposiciones en esta materia constituyen una pendiente resbaladiza hacia su despenalización. No en vano el inicio de la corriente a favor de su difusión la protagonizó Lewis Kutner, abogado norteamericano y partidario de la

eutanasia, quien en 1967 propugnó la difusión de documentos en los que un paciente pudiera manifestar su deseo por escrito de que, en caso de enfermedad terminal, se dejase de administrarle un tratamiento.

Hay que referirse también que ante un documento de voluntad anticipada, el servicio médico debe adoptar un criterio de actuación que se enmarque en los estándares de regularidad o normalidad del funcionamiento del servicio.

Consideramos a la legislación Española como ejemplo, porque es una de las legislaciones que más ha podido aportar en materia legal en relación a la aplicación de la ortotanasia, su primera incorporación normativa con carácter nacional viene a raíz del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

La Ley General de Salud tiene el carácter de norma básica a los efectos del artículo 149.1.16 de la Constitución (artículo 2.1), pero su parquedad ha dado lugar a que las Comunidades Autónomas hayan regulado esta materia, de forma que en alguna normativa se ha ensanchado el ámbito de derechos de los usuarios al regularse materias inéditas en el ámbito nacional lo que ocurre, precisamente, con los documentos de voluntades anticipadas. Dentro de las normas promulgadas por las Comunidades Autónomas, están:

La ya citada Ley catalana 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica; la Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que expresamente dice que "...además de los derechos regulados en la Ley General de sanidad, se recogen como

derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid...”;

- La Ley Gallega 3/2001, de 28 de mayo de 2001, de Regulación de consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes;
- La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud, de Extremadura.
- La Ley 6/2002, de 15 de abril, de la Salud, de Aragón.
- La Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud, de la Comunidad Autónoma de La Rioja
- La reciente Ley Foral Navarra de 25 de abril de 2002, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.

Esta pluralidad de normas que regulan la misma materia, algunas modulando la esfera de derechos del paciente respecto de la Administración sanitaria, puede dar lugar a un fenómeno confuso en el que, según el territorio, el estándar de funcionamiento del servicio puede variar; esto es especialmente grave siendo como es el Sistema Nacional de salud único para toda España.

Así lo advertía el Defensor del Pueblo en su informe del año 2000 al aludir a la inexistencia de una norma básica estatal posterior a la Ley General de Salud que unifique e integre los derechos y obligaciones que han de regir la materia y con esta finalidad se elaboró el Documento Final del Grupo de expertos en Información y Documentación Clínica, de 26 de noviembre de 1997.

Otros documentos a los que puede acudir en esta materia como, en general sobre la figura del consentimiento informado son, por ejemplo, la

Carta de 1984, que recoge los derechos de los pacientes en el ámbito de los Hospitales del Insalud; el Código de Ética y Deontología de la OMC (Organización Médica Colegial) o los propios protocolos cuyo valor en orden a determinar el estándar de funcionamiento del servicio se verá más adelante. Por último, también se puede hacer referencia a la Propuesta de acuerdo del Consejo Interterritorial sobre consentimiento informado, de 8 de marzo de 1995”¹³.

1.1.5. El documento de voluntad anticipada en la actualidad.

La concepción de la muerte ha cambiado y su modelo actual sufre al parecer de una profunda crisis, este proceso está ligado al desarrollo de la civilización científico, técnico e industrial y se manifiesta en el orden de las ideas, en las actitudes psicológicas y hábitos sociales respecto de la muerte y las formas aceptables de morir.

El modelo impuesto por la sociedad contemporánea implica una desacralización de la muerte, abandonando el más allá de las creencias por la ciencia. No se sabe qué pensar de la muerte, entonces se trata de disimularla públicamente: rechazo del duelo, “neutralización o asepsia” de los ritos mortuorios (ornamentos, luto, cortejos) para hacerlo más simple e higiénico.

En cuanto a la mejor forma de morir también ha cambiado; la buena muerte no es más la muerte consciente, preparada, el partir sin ruido, en puntas de pie: muerte súbita, infarto, que nos sorprenda en pleno impulso, sin procesos prolongados que puedan provocar sufrimiento ni deterioro.

¹³ DIEGO GRACIA, Javier Gafo, Historia de la eutanasia, La eutanasia y el arte de morir (ed.). Madrid, (1990). Pág. 223 y ss.

La medicalización de la muerte consiste en el hecho de que ésta ha caído progresivamente en el dominio de la medicina, asimilándose a su modelo tanatocrático científico, técnico y profesional (muerte medicalizada). Se ha descrito una serie de etapas en las actitudes de la cultura europea respecto de la muerte a las que denomina: “la muerte domesticada”, “la muerte de uno mismo”, “la muerte del otro”, y “la muerte prohibida”: caracterizando en esta última al modo de morir actual: en el hospital, rodeado del equipo sanitario y con toda la tecnología disponible.

Se pasó de una muerte “padecida” a otra muerte “dominada”, cuando el hombre por su deseo de prolongar su vida trató de utilizar la medicina y la tecnología como medios para lograrlo.

Muchas veces nuestra sociedad, basada en el principio de la competición y la juventud, margina ancianos y enfermos crónicos de modo sistemático. Luego de los 65 años el hombre va sufriendo un conjunto de marginaciones o muertes progresivas: la muerte laboral, la muerte familiar. Si a esto se añade la invalidez biológica y la enfermedad no es de extrañar que algunos pacientes pidan morir y que tal vez no lo hicieran si vivieran de otro modo.

El médico, a medida que avanza la medicina, se ve más frecuentemente enfrentado a situaciones donde debe decidir cuál es el tratamiento debido y el cuidado adecuado para los pacientes en etapa terminal. Esto, que ya de por sí no es tarea fácil, se ve influenciado, además, no sólo por la relación con el paciente y los familiares sino también por el constante empuje de la tecnología, las políticas sanitarias, cuestiones ético-culturales, legales, y factores económico-financieros, además de sus propias creencias, sintiéndose muchas veces atrapado en medio de la

gran desproporción existente entre la ética, el derecho, la jurisprudencia y la práctica clínica.

A los enfermos en etapa terminal al profesional se le abre un abanico de posibilidades, como ser:

- a) Prolongar la vida con todos los medios a su disposición, con lo que puede caer en el uso desproporcionado de la tecnología y los conocimientos a su alcance provocando la prolongación de la agonía (distanasia).
- b) Omisión deliberada de un cuidado debido, necesario y con sentido, sabiendo que provocará la muerte del paciente (eutanasia pasiva).
- c) Omisión responsable de cuidados no debidos, no necesarios y sin sentido, omisión de medios desproporcionados o extraordinarios, permitiendo morir de un modo natural (ortotanasia).

Provocar directamente la muerte con medicación, etc., para tal fin o facilitándole los medios al paciente para ello, (eutanasia activa).

En todos estos ejemplos, además de un problema de lenguaje, hay un problema de actitudes culturales y éticamente divergentes ante el hecho de la muerte.

Tanto en la precipitación por “solucionar el problema con la muerte anticipada”, como en la prolongación indebida de la agonía por medios exagerados, existiría un denominador común: el miedo a confrontar la muerte y asumirla, ya sea por parte de algunos médicos, o por parte del paciente o de algunos familiares.

Una cosa es elegir morir y otra es elegir cómo vivir hasta morir y tener una muerte digna, depositando mayor importancia en el viviente, que en el valor abstracto de “vida” como hecho meramente biológico (opción de morir). Se debe ayudar al moribundo a vivir la muerte como la parte final de su vida, y no sólo a nivel individual, sino humanizando el hospital, no creyendo que la única finalidad de la medicina es luchar contra la muerte, dando sentido a la terapia al acompañarla de la ayuda personal a vivir hasta el momento de morir. Si se repensaran así las actitudes habituales ante la vida y la muerte se estaría más capacitado para ayudar a que las personas no mueran solas, es decir, humanizar la muerte.

La muerte ha cambiado en definitiva porque la medicina ha conseguido transformar el morir, arbitrando el pasaje de la vida a su extinción, respetando el derecho del paciente a decidir sobre el final de su vida, actualmente se plantea en la mayoría de los países la implementación de Leyes relacionadas a la **voluntad anticipada o testamento vital**, que permita al enfermo en etapa terminal, manifestar el tratamiento que desee o no recibir a partir de haber sido diagnosticado como enfermo en etapa terminal.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

Hace mucho tiempo, numerosas personas fallecían al poco tiempo de sufrir una lesión traumática o de contraer una enfermedad o infección grave; otras tenían poca esperanza de vida una vez que se les diagnosticaba una enfermedad del corazón o un cáncer. Así que la muerte en estos casos de enfermedades graves o en estado terminal era una experiencia familiar esperada y en estos casos no se aplicaba más que los cuidados paliativos por parte de los médicos

En la actualidad ya no se contempla la muerte como una parte intrínseca de la vida sino como un evento que se puede aplazar indefinidamente, aplicando incluso medios extraordinarios y desproporcionados.

La mayoría de las personas con enfermedades crónicas viven durante muchos años aunque sufran limitaciones en su actividad física, a causa de enfermedades como las cardíacas, algunos tipos de cáncer, el enfisema, la insuficiencia renal o hepática, la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos mentales. Otras veces esta calidad disminuye, aunque se consiga prolongar la vida del paciente, de todos modos, es frecuente que la muerte constituya un hecho inesperado, aun cuando la familia supiera que una enfermedad grave causó el fallecimiento.

Es a partir de este instante, del pronóstico y diagnóstico verdadero, que para el enfermo en etapa terminal aun consciente y **su entorno familiar, empieza la verdadera agonía y padecimiento**, la experiencia de vida nos muestra, sin lugar a dudas de que si bien hay familias de extraordinario y profundo amor hacia sus seres queridos, que harán hasta lo imposible por apoyar al enfermo en toda esta etapa agónica, existen familias del extremo opuesto, que conocido el diagnóstico dejan al enfermo en total orfandad ante sus propias desdichas.

En la mayoría de los casos, con la Fe y la esperanza de que el enfermo en etapa terminal pueda recuperar y acompañar un tiempo más a la familia, buscan todos los medios posibles para producir este efecto de recuperación.

2.1. DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL.

Uno de los propósitos importantes de la presente Tesis es el de no prolongar la agonía y padecimiento innecesario del enfermo en etapa terminal por lo que es necesario atender y apoyarnos en los episodios críticos de dolor y sufrimiento del enfermo y los **problemas que conlleva el entorno familiar**, para poder comprender el espíritu del objetivo de la Tesis.

Las enfermedades en etapa terminal y la posterior agonía se caracterizan habitualmente por un largo deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios como sucede en la mayoría de los casos en etapa terminal.

En general, durante los meses anteriores a la muerte disminuyen de forma sustancial la energía, la actividad y el bienestar del enfermo. Se observa un visible debilitamiento del paciente y para todos resulta evidente que la muerte se aproxima inexorablemente.

La agonía también sigue otro curso, a veces, un paciente tratado en el hospital con una terapia agresiva (Distanasia) a consecuencia de una enfermedad grave, puede empeorar de repente y sólo se sabe que se está muriendo algunas horas o días antes de fallecer, justamente por la terapia extraordinaria que no permite tener un cuadro realista del momento y que logra solo prolongar la agonía del enfermo.

Sin embargo, es cada vez más común agonizar con una lenta disminución de las capacidades y durante un largo período de tiempo, a veces con episodios de síntomas graves.

Durante una enfermedad en etapa terminal, muchas enfermedades mortales producen síntomas similares, como el dolor profundo, ahogo, trastornos gastrointestinales, lesiones de la piel, agotamiento etc. También pueden manifestarse depresiones, ansiedad, confusión, delirio, pérdida de conocimiento e invalidez, en resumen un cuadro clínico trágico, que incrementa día a día la agonía y padecimiento del enfermo y por lo tanto el dolor de la familia.

Existe un sentimiento generalizado de temor al dolor cuando hay que afrontar la muerte, las nuevas Legislaciones tratan de buscar soluciones a no prolongar la agonía del enfermo en etapa terminal, cuando la medicina ha agotado todos sus esfuerzos, es ahí donde promueve Leyes de respeto a la voluntad del enfermo en etapa terminal que solo busca no prolongar su agonía y morir de forma natural.

2.2. RÉGIMEN DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.¹⁴

El Documento de Voluntad Anticipada está relacionada a los derechos del enfermo en etapa terminal, precisamente con el fin de **NO** prolongar su agonía y padecimiento, relacionado también al derecho a la información y al consentimiento informado en su caso, los documentos de voluntades anticipadas se aplican generalmente en aquellos casos en los que, por razón de la causa que motiva la intervención, el paciente está privado de

¹⁴ (Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina) celebrado en Oviedo el 4 de abril de 1997 y ratificado por España mediante Instrumento de 23 de junio de (1999).

razón o carece de capacidad para ser informado y prestar su consentimiento, con lo cual estamos ante una excepción al consentimiento del enfermo. Así la persona deja predeterminado para el caso de enfermedad o accidente sus deseos en orden a los tratamientos que quiere que se le apliquen o no.

Se trata de un documento redactado en un formato particular, que una persona manifiesta su voluntad libremente en momentos de lucidez y capacidad para que en el supuesto de que el enfermo se encuentre privado de expresar su voluntad, se tengan en cuenta sus deseos o a que otra persona le represente ante el médico.

Como se ve, se asienta en los mismos principios que el consentimiento informado pues el consentimiento anticipado suple el consentimiento informado cuando las circunstancias permitan o no al paciente expresar personalmente su voluntad.

El otorgante de un documento de voluntad anticipada debe ser una persona mayor de edad y **capaz física y mentalmente**, así lo regulan expresamente nuestras leyes al exigir, la mayoría de edad, la capacidad suficiente y la libertad de actuación.

Para que tenga validez jurídica un acto unilateral de disposición del propio paciente y con fuerza vinculante para terceros, médico, familia, allegados, debe plantearse una Ley que permita su regulación y aplicación. Debe tenerse presente que esta Ley debe modificar o incorporar algunos artículos en nuestro Código Civil y Constitución Política del Estado.

El Documento de Voluntades Anticipadas se basa como se ha dicho, en el principio de dignidad y voluntad de la persona, pero también en el de

responsabilidad respecto de las decisiones que conciernen a su salud. En cuanto a quien es el destinatario del documento de voluntad anticipada, habrá que entender que es el médico responsable al que el enfermo manifiesta su voluntad anticipada para el caso de que no pudiera ya participar en las decisiones que le atañen, quien deberá de comprobar la autenticidad del documento, si los deseos expresados son congruentes con el ordenamiento jurídico, y determinar, finalmente, su aplicación”.

2.2.1. Requisitos de objetivos de contenido y forma.

El contenido del documento de voluntad anticipada se deduce de las definiciones anteriores y de los preceptos citados. Es objeto del mismo unas instrucciones que surtirán efecto cuando vaya a ser objeto de intervención y esté privado de capacidad para expresar su consentimiento anticipado.

El documento de voluntades anticipadas reemplazaría al consentimiento informado en el supuesto de situaciones críticas e irreversibles respecto a la vida, se evite el sufrimiento con medidas paliativas aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios, ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte.

En las Consideraciones sobre el Documento de Voluntades Anticipadas el contenido siguiente:

- Las situaciones concretas en que se quiere que la voluntad anticipada sea tenida en cuenta.

- Las instrucciones y límites más concretos a la actuación médica y la información sobre las probabilidades evolutivas.
- La indicación del representante o representantes pues aparte de manifestar su voluntad, cabe que el otorgante designe un representante para que intervenga como “interlocutor válido y necesario” para el médico o equipo sanitario.

En cuanto a la forma, la voluntad, deseo o instrucción debe ser escrito así lo recogen todas las normas pues se está hablando de un documento.

El que tenga esta forma lleva a los requisitos de otorgamiento, sin perjuicio de que más abajo se haga referencia a los de custodia y entrega. En cuanto al otorgamiento se efectuará ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, los cuales no deben tener relación de parentesco.

Lo básico en esta modalidad es la garantía de incompatibilidad y de cierto alejamiento de la persona del otorgante y, por tanto, de su esfera de intereses.

2.2.2. La obligatoriedad y sus límites.

La solicitud de la aplicación de la ortotanasia podrá realizarla el propio otorgante si al momento de ingreso en el centro sanitario está consciente; en su defecto lo harán los familiares o el representante designado en el propio documento; desde ese momento, el documento se integra en la historia clínica.

En cuanto a los límites, la eficacia de los mismos pueden surgir en dos momentos, uno, al tiempo del otorgamiento ante notario y otro al tiempo de su aplicación clínica. En el primer momento el control es estrictamente jurídico pues un testamento vital no puede ser contrario al ordenamiento jurídico tal y como prevén toda la normativa autonómica y, en general, es el límite tradicional a la autonomía de la voluntad aparte de que siempre serán nulos de pleno derecho aquellos actos contrarios a normas.

Este será, el límite jurídico que evitará que el Documento de Voluntad Anticipada promueva hacia prácticas eutanásicas, pero aparte de este límite jurídico, en la praxis médica serán límites a la voluntad anticipada si de su contenido se deducen deseos o instrucciones contrarias a la buena práctica clínica.

2.2.3. Revocabilidad.

En cuanto a la revocación de la voluntad anticipada, debe entenderse que su autor siempre **puede dejarla sin efecto**. En las normas que se comentan no hay expresa previsión de esta posibilidad, salvo en lo que afecta al consentimiento informado que puede ser revocado libremente.

En ausencia de regulación específica habrá que entender que las formalidades previstas para el otorgamiento, las previsiones de constancia y de custodia del documento deberán regir también para la revocación; así, si el documento obra en un registro deberá incluirse el documento de revocación en ese registro para que obre con el documento; si obra en una historia clínica por ejemplo, en caso de patologías crónicas, deberá documentarse en esa historia; cabría plantearse, no obstante, si deben seguirse para la revocación los dos posibles trámites previstos para el otorgamiento, esto es, ir de nuevo al notario o acudir a tres testigos.

En consecuencia, entiendo que el mismo escrúpulo jurídico que se advierte para preservar la voluntad anticipada del paciente debe seguirse para cuando decida dejarla sin efecto, pues tanto el otorgamiento de la voluntad como su revocación es la misma manifestación de su autonomía, por otra parte, si el paciente está consciente y en uso de sus facultades se le puede recabar un consentimiento informado ordinario, hay que entender que esta vía prevalecerá sobre un posible documento de voluntad anticipada preexistente.

La relación médico-paciente puede desarrollarse con gran flexibilidad y espontaneidad, de manera que en el curso de ese proceso de diálogo, el paciente puede hacer consideraciones que encierren verdaderas revisiones o revocaciones expresas o presuntas de lo que hizo constar en un documento de voluntad anticipada. Ante esa tesitura lo aconsejable sería no sólo dejar constancia de esas manifestaciones en la historia clínica, sino transformarlas en una declaración de voluntad formalizada, por ejemplo, ante tres testigos por su mayor facilidad en un entorno clínico.

2.3. DEL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL.

Uno de los sufrimientos más crueles para el ser humano es sin duda la pérdida de un ser querido (su muerte), es una situación por la que todos debemos atravesar. Si bien es una de las transiciones normales y naturales de la vida, la ausencia del ser amado, nos deja en una situación de profundo dolor, aturdidos, y sin consuelo, la angustia se transforma en nuestra compañía.

Nos duele el alma, nada nos calma, la tristeza nos agobia, se reviven recuerdos en un intento de recuperar a ese ser a través de la memoria. Nos invaden los sentimientos de culpa, podíamos haber evitado su muerte y

mantenernos un poco más con su compañía, o porque no lo dejamos descansar en paz y no torturarlo con aparatos que solo le dieron vida artificial y muchos otros miedos irracionales.

Al principio de la crisis cuando la familia se entera de que el enfermo padece una enfermedad en etapa terminal, hace todo lo posible para que se le brinde una adecuada atención médica y hospitalaria adecuada toda la familia se une, siente y comparte la agonía y padecimiento, están en compañía de forma permanente con el enfermo.

Se solidarizan, con el enfermo, comparten los cuidados y las atenciones, los gastos económicos, hacen turnos de visita y de compañía, brindan cariño y afecto y atienden sus mínimos deseos y necesidades, se llega incluso a exigir al médico la aplicación de medios extraordinarios con el fin de que el enfermo permanezca el mayor tiempo posible junto a la familia, a sabiendas de que esta acción solo prolongaría su agonía.

En muchos de los casos cuando la enfermedad en su etapa terminal y la agonía se prolonga más allá de lo previsto, es cuando comienzan los problemas familiares, ya no todos tienen el tiempo para compartir los cuidados, no todos pueden o quieren ir a pedir información a los médicos, los seguros sociales no siempre cubren el 100% de la asistencia y los costos de medicamentos especiales son muy altos y afecta a los miembros de la familia que tienen sus propias obligaciones y si el tratamiento se lo realiza en un nosocomio privado porque no se cuenta con un seguro es peor aun cuando las familias llegan a un último grado de angustia, frustración, agotamiento físico y mental las consecuencias son aún más devastadoras y graves para el enfermo, pues en muchos casos la familia ya no cuenta con los recursos económicos para solventar una crisis de tal magnitud y se encuentra agotada y decide y prefiere buscar pretextos para abandonar y

no prestar, la más básica asistencia a sus necesidades, sumiendo al enfermo en el abandono, desprecio y padecimiento profundo, inhumano e inaceptable, desde todo punto de vista racional.

Se acusan mutuamente, argumentos de que alguien no está cumpliendo sus obligaciones con el enfermo y que los otros ya hicieron demasiado en vida y que es hora de que los que no participaron otrora, sean los que velen por el enfermo, se llegan a extremos inauditos de que prefieren romper sus lazos familiares y mantenerse alejados del “problema”.

Esta, en la mayoría de los casos es lamentablemente una verdad triste, inaceptable, pero cierta, los menos, son los que mantienen su amor y lealtad inculdicable con el enfermo en etapa terminal, sufren su agonía y padecimiento en carne propia, no importan los gastos, el tiempo, el sacrificio, el agotamiento, solo el bienestar del enfermo y el tratar de mantenerlo el mayor tiempo con vida, motivados por sus formaciones morales conservadoras con la esperanza de que pueda recuperar aunque sea por un tiempo muy corto, exigiendo al médico incluso la aplicación de medios desproporcionados a sabiendas de que no habrá ninguna mejoría ni recuperación.

No todos los integrantes de la familia, comparten la idea de mantener al enfermo terminal con una vida artificial cuando el enfermo se encuentra sometido a la aplicación de aparatos extraordinarios o en el momento en el que se debe tomar la decisión de colocarle maquinas respiradoras u otros elementos artificiales con el objeto de mantenerlo con vida aun a sabiendas de su inutilidad, ya que estos solo prolongaran una vida artificial.

Estos son los momentos más críticos aun para las familias más unidas ya que estas determinaciones pueden marcar la historia más trágica de sus

vidas, por lo que algunos de los miembros de la familia prefieren no participar en tales hechos y dejar la decisión a los que consideran los más adecuados por diferentes motivos.

Los pacientes y sus familiares pueden sentirse anulados por la enfermedad y el tratamiento, como si no tuvieran ni voz ni voto con relación a lo que les está sucediendo, a veces la familia prefiere por temor, aceptar la sensación de no tener el control, a tener la responsabilidad de las decisiones.

La sociedad está obligada a buscar alternativas de solución a tanta agonía y padecimiento de los enfermos en etapa terminal y de su entorno familiar, por lo que es importante crear los instrumentos claros como un Testamento Vital, (Ley de voluntad anticipada) que permita al enfermo de forma voluntaria y anticipada a estos acontecimiento, tomar sus determinaciones en relación al tratamiento que desea o no recibir en los últimos momentos de su existencia, evitando confusiones y conflictos morales en la propia familia.

¿Será necesaria mantener la vida a cualquier precio? ¿Se puede omitir el tratamiento vital? ¿Una vez colocados estos dispositivos o medios artificiales el retirarlos a petición de la familia, será un delito? ¿Hasta qué punto hay que agotar con un enfermo todos los medios terapéuticos?

¿Es ético emplear tratamientos costosos y difíciles aun sabiendo que el paciente no tiene cura y se encuentra en etapa terminal sin una pequeña esperanza de éxito? ¿Es obligatorio poner todos los medios disponibles en cada caso, para mantener a un enfermo en vida el mayor tiempo posible, pese al sufrimiento que se le causa? ¿Se puede/debe prolongar artificialmente la vida?

Muchas veces se debe elegir entre la alternativa de una muerte natural y más rápida, en lo posible confortable, no aplicando tratamientos innecesarios o aparatos artificiales extraordinarios o vivir un poco más recibiendo un tratamiento extraordinario (Distanasia). Este último puede prolongar el período de vida, en el fondo artificial, pero también la agonía, aumentar la aflicción y la dependencia por parte del paciente y disminuir su bienestar y ***lo más grave es que el paciente fallece en soledad, sin el consuelo ni el apoyo de sus familiares, ya que generalmente el paciente se encuentra en Terapia Intensiva.***

Para obtener la mejor calidad de vida durante una enfermedad mortal, debe existir una comunicación honesta y abierta entre el médico y el paciente sobre las preferencias del paciente en cuanto a los cuidados que desea recibir al final de su vida.

“NADIE ESTA OBLIGADO A RECIBIR TRATAMIENTO QUE NO DESEE.”

No es nada fácil prepararse para una muerte serena y los altibajos emocionales son constantes, sin embargo, para la mayoría de las personas es un momento de raciocinio y crecimiento espiritual, un paciente moribundo y su familia pueden obtener una profunda sensación de paz hablando y aclarando sus diferencias familiares y problemas que tuvieron.

2.4. LA ORTOTANASIA Y EL BUEN MORIR.¹⁵

Debido a que en las últimas décadas los derechos humanos fueron alcanzando un lugar preponderante, las cuestiones sobre muerte digna, sin prolongar innecesariamente la agonía y sufrimiento del enfermo en etapa

¹⁵ BERGOGLIO M.T. y BERTOLDI M.V.: La eutanasia, distanasia y ortotanasia. Nuevos enfoques de una antigua cuestión. El Derecho N° 117, pág. 781 y ss, (1986).

terminal, se han reformulando y han originado nuevos lenguajes, terminologías, significados y maneras de entender el buen morir, un extenso y profundo debate en todos los foros, a la luz de este nuevo enfoque.

Desde los tiempos antiguos, el error común al tratar el tema de la buena muerte está en la utilización del lenguaje, ya que muchas veces se utiliza la misma palabra o frase con distinto significado. Es de mucha importancia el recordar el significado de los términos utilizados y enfocarnos solamente en los que tienen relación directa y de comparación de contrarios del tema, aunque sea de forma recurrente.

En un intento de recuperar el significado del buen morir últimamente se ha acuñado el término de ortotanasia.

Esta revisión del lenguaje y con la concepción de la ortotanasia lleva indefectiblemente a una revisión del modo de pensar, como parece quedar claro cuando se dice que, no elegimos la muerte, sino cómo vivir mientras nos estamos muriendo.

Esto nos permitiría ver dos aspectos en la concepción de la muerte: la muerte como momento y el morir como proceso. El primero puede asumirse como el hecho biológico (ausencia de actividad cardiorrespiratoria) y legal (certificado de defunción) y el segundo como el proceso humano personal, social y cultural, mucho menos pasible de simplificación.

La enfermedad en etapa terminal (enfermedad irreversible, con perspectiva de fallecimiento irremisible y previsible) enfrenta al paciente, familiares y al cuerpo profesional que lo asiste con el concepto de muerte que cada uno posee y la actitud ante ella, desde el punto de vista del enfermo las variables más relevantes son: la movilidad física, el dolor y el agotamiento, la

capacidad de cuidar de sí mismo, y la aptitud para entablar relaciones personales más que la edad o clase social.

La incapacidad física, intelectual o la carencia afectiva extremas, pueden poner al enfermo frente a una situación peor que la muerte para él, y es por esto entonces que el enfermo puede invocar su derecho a ser protagonista de su última etapa.

La muerte es la cuestión personal por antonomasia, siempre se muere solo y no hay más muerte que la propia, de allí que el hombre es en principio, propietario y responsable de su muerte. En los últimos tiempos, se ve como en el mundo de la medicina se da habitualmente una dialéctica entre “expropiación” y “apropiación” y esto toma particularmente importancia en el período final de la vida”.

No hay duda de que la enfermedad mortal va poco a poco expropiando el cuerpo hasta acabar con él, pero tampoco la hay de que los procedimientos técnicos y asistenciales altamente perfeccionados en la actualidad (unidades de cuidados intensivos, trasplantes, soporte vital, etc.) cuando no son proporcionales con la enfermedad pueden incrementar aún más ese proceso de expropiación y que por ello algunos enfermos prefieran morir a vivir de esa manera, porque lo consideran humillante, indigno o inhumano.

La vida no sólo se mide por su cantidad, sino también por su calidad, cualidad que lleva a que muchos enfermos hayan comenzado a exigir respeto a sus propias decisiones sobre cómo morir.

Como se explicó anteriormente el médico se ve enfrentado a situaciones donde debe decidir cuál es el tratamiento debido y el cuidado adecuado para los pacientes terminales, tarea nada fácil, se ve influenciado por el

paciente, familiares y la tecnología, además de sus propias creencias, sintiéndose muchas veces atrapado en medio de la gran desproporción existente entre la ética, el derecho, la jurisprudencia y la práctica clínica.

Ante estas situaciones el médico debe decidir sobre varias posibilidades:

Prolongar la vida con todos los medios a su disposición, omitir deliberadamente el cuidado debido, necesario y con sentido, sabiendo que provocará la muerte del paciente (eutanasia pasiva) u omisión responsable de cuidados no debidos, no necesarios y sin sentido, omisión de medios desproporcionados o extraordinarios, permitiendo morir de un modo natural (ortotanasia).

La precipitación por “solucionar el problema con la muerte anticipada”, o prolongar indebidamente la agonía por medios exagerados, existe el miedo a confrontar la muerte y asumirla, ya sea por parte de algunos médicos, por el paciente o familiares.

Todo esto hace pensar en la necesidad de descubrir el sentido de la vida, de la enfermedad o de la muerte, como en repensar la finalidad de la medicina: restaurar la salud (cuando se puede), aliviar el dolor, y tratar de ayudar pero pensando sobre todo en el enfermo.

Una cosa es elegir morir (suicidio) y otra es elegir cómo vivir hasta morir y tener una muerte digna, depositando mayor importancia en el viviente, que en el valor abstracto de “vida” como hecho meramente biológico (opción de morir). Si se repensaran así las actitudes habituales ante la vida y la muerte se estaría más capacitado para ayudar a que las personas no mueran solas, es decir, humanizar la muerte.

Si bien la aplicación de la ortotanasia es comprensible bajo el tradicional concepto que la identificaba como “buena muerte sin dolor ni sufrimiento”, esta modalidad sería irrelevante para el orden penal, pues no se trata de acortar el curso vital, y que aplicando la distanasia solo contribuirían a la prolongación de la agonía de cierto modo, especialmente cuando ésta presenta ya un deterioro irreversible o una enfermedad incurable en fase terminal.

Sin embargo pueden existir factores de confusión entre la aplicación de la ortotanasia y la eutanasia pasiva, que consiste en omitir los tratamientos terapéuticos y otros medios en estados como por ejemplo de coma profundos pero con la posibilidad de recuperación del enfermo, ante tal situación, podría de algún modo existir la posibilidad de que el entorno familiar pueda iniciar una demanda penal especialmente cuando no existe una normativa y procedimiento que permitan la aplicación de la ortotanasia.

El punto medular es la necesidad de evitar confusiones del lenguaje, de licitud, precisar los instrumentos, procedimientos y ámbito de aplicación de la ortotanasia, los límites del inicio o la prolongación del tratamiento o el momento de su interrupción dependiendo de la voluntad anticipada del enfermo mediante su Testamento Vital.

2.5. DIFERENCIAS ENTRE EUTANASIA, DISTANASIA Y ORTOTANASIA.¹⁶

Mientras que la **Eutanasia (Homicidio Terapéutico)**, se caracteriza por un “hacer” del sujeto agente sobre el sujeto paciente, siendo preciso una intervención adecuada del primero, que utilizando determinados medios,

¹⁶ BERTOLDI DE FOURCADE, María Virginia, (1992): «La eutanasia, distanasia y ortotanasia». Ed. Rubinzal-Cuzoni. Santa fe. Pág. 220 y ss.

generalmente drogas, que aceleran y produce la muerte del segundo, por lo tanto es una acción antijurídica y tipificada como delito, y sancionada como tal.

La diferencia entre la ortotanasia y la eutanasia es que, mientras la primera defiende la interrupción de los mecanismos artificiales que mantienen vivo al paciente para que éste muera de forma natural, la segunda anticipa la muerte del mismo interrumpiéndole la vida y es considerada homicidio.

La **Distanasia (Obstinación Terapéutica)** es el extremo opuesto del término de eutanasia, que equivale a la muerte lenta, dolorosa, con prolongación de la agonía , práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, desahuciado, sin esperanza humana de recuperación, y utilizando para ello no sólo los medios ordinarios, sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia.

Como se observa, la distanasia se caracteriza porque tiende a alejar por cualquier método, el momento de la muerte del moribundo; puede darse en el caso en que un enfermo es entubado y conectado a una máquina, acción totalmente lícita.

En cambio la **Ortotanasia (Privilegio Terapéutico)** , se define como aquella postura que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida como medios desproporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una distanasia, aunque siempre dejando actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la

racionalidad humana; es digno, ciertamente, renunciar al empeñamiento terapéutico sin esperanza alguna de curación o mejoría, haciendo lo posible por el paciente crítico y esperando la llegada de la muerte con menos dolores y sufrimientos posibles.

Nada de esto tiene que ver con la eutanasia, porque la provocación de la muerte de un semejante, cualesquiera que sean las motivaciones, es siempre ajena a la noción de dignidad de la persona humana; el valor absoluto de la dignidad humana se fundamenta en el hecho de que su vida es sagrada.

La Medicina Paliativa y la Ortotanasia es una forma civilizada de entender y atender a los pacientes terminales opuesta principalmente a los dos conceptos extremos ya aludidos: distanasia y eutanasia.

Esta es una nueva especialidad de la atención médica al enfermo terminal y a su entorno que contempla el problema de la muerte del hombre desde una perspectiva profundamente humana, reconociendo la dignidad de su persona y el respeto por su vida en el marco del grave sufrimiento físico y psíquico que el fin de la existencia lleva generalmente consigo.

En definitiva, la ortotanasia con la ayuda paliativa es, ni más ni menos, un cambio de mentalidad ante el paciente en etapa terminal; es saber que, cuando ya no se puede curar, aún podemos cuidar, es la conciencia de cuando se debe iniciar ese cambio: si no puedes curar, alivia, y si no puedes aliviar; consuela y permite el morir con dignidad al enfermo en etapa terminal e irreversible; en ese viejo aforismo se condensa toda la filosofía de los cuidados paliativos y ortotanasia; la bondad del procedimiento médico y su directo proceder con las personas enfermas en estado crítico.

Por contraposición a lo que ocurre en la “eutanasia pasiva”, no hay aquí una colaboración en un suicidio, sino la simple aceptación de la condición limitada de la ciencia médica y, antes, del hombre; finalmente, tampoco la aplicación de cuidados paliativos, aun cuando aceleren la muerte, debe confundirse con una asistencia al suicidio, ni objetiva ni subjetivamente.

Objetivamente, porque la causa eficaz de la muerte no son los cuidados paliativos, sino cualesquiera otros factores que hayan desencadenado el proceso mortal.

Subjetivamente, porque la intención directa y principal no es acelerar la muerte, lo cual se acepta o tolera como un efecto malo pero proporcionado al efecto bueno directamente buscado: disminuir el sufrimiento.

Las distinciones precedentes tornan superflua buena parte del debate actual sobre la buena muerte. En efecto, no pocos de los que abogan por la aplicación legal de la ortotanasia para evitar presupuestos previstos en el Código Penal, proponiendo en este trabajo ejemplos encuadrables ya en la ortotanasia, ya en los cuidados paliativos que, por lo que llevamos dicho, no precisan de aquella despenalización por no constituir auténticos suicidios ni homicidios, aunque, para mayor seguridad jurídica, es necesario normar sus procedimientos de su aplicación mediante el Documento de Voluntad Anticipada.

2.6. CUESTIONES PROBLEMÁTICAS.¹⁷

“Se podría plantear qué diferencias habría entre situaciones del estado terminal y no terminal y en los casos de estado vegetativo; según la

¹⁷DOMÍNGUEZ M.E. Eutanasia, Distanasia y Ortotanasia, Hospital Pirovano de Tres Arroyos Centro Oncológico de Tres Arroyos. G.O.C.S

American Medical Association se cesa de tratar cuando se sabe que es inútil, aumentando el consenso acerca de cesar el tratamiento fútil en pacientes en estado vegetativo desesperado, en los pacientes incompetentes en estado terminal.

Habría que tener en cuenta peligros tales como la posibilidad de errores y abusos y de que se masifique la eliminación de aquellos más débiles o indefensos, por la gran desproporción que existe entre la ética, el derecho, la jurisprudencia y la práctica clínica.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares.

La inminencia de la muerte, ocurre a pesar de los medios empleados y no por causa de retirar unos medios o por no emplearlos, se presenta inevitablemente no importa qué se haga; sólo en esa situación es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, son los que se los llama "medios desproporcionados", es decir, medios que sólo le infligen al enfermo cargas graves (en términos de dolor y sufrimiento) mayores que los beneficios que se suponía le iban a proporcionar.

Lo importante es observar que lo único que estos tratamientos puede procurar es una prolongación precaria y penosa de la existencia. Es decir, y esto es de crucial importancia, los adjetivos precarios y penosos se

refieren a la prolongación de la existencia del enfermo, no a la existencia misma.

Lo que se considera inútil o inservible, no es la vida del paciente, sino los medios que se han utilizado sobre él, los cuales, en este caso, lamentablemente, no han servido para curarle ni para mantener su vida sin sufrimientos graves.

La diferencia puede lucir sutil, pero es realmente abismal y distingue a dos concepciones radicalmente opuestas de la vida humana.

En otras ocasiones, en las que el intenso dolor persiste, independientemente de los medios utilizados, es lícito proporcionarle al enfermo, analgésicos adecuados, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares.

Las curas normales se refieren, entre otras cosas, a la atención higiénica, a la ventilación y al agua y la alimentación que todo enfermo necesita. Éstas forman parte de los "medios proporcionados" que no le deben ser retirados al enfermo; en las últimas décadas se ha discutido mucho si el suministro de agua y alimentos por medios intravenosos o por tubos constituye un medio desproporcionado y que por tanto se puede retirar.

2.7. EL IDEAL, LA ORTOTANASIA.

El ideal sería lograr un término medio al que se le ha dado últimamente el nombre de ortotanasia: ni eutanasia ni distanasia. Los defensores de esta postura invocan que el matar es irreversible, mientras que el permitir morir es reversible; es no impedir algo que se puede pero no se está obligado a impedir; cesar en el uso de medios desproporcionados es no poner o dejar

de poner (interrumpir) los tratamientos que no pueden impedir el final inevitable e inminente.

Se puede y se debe ayudar al paciente a que viva y muera como persona, teniendo en cuenta lo que dijo A. Ziegler¹⁸ de que el “preservar la vida biológica es como base para una vida humana”, para la cual habría tres bienes a distinguir: prolongar la vida, disminuir el sufrimiento y conservar la libertad; el equilibrio de las tres exigiría algo más que la mera ayuda técnica y clínica: cuidado humano; esta sería la ortotanasia, que no debe confundirse con el suicidio, la colaboración con él o el asesinato.

Es aquí donde nace como gran alternativa la propuesta de implementación de la voluntad anticipada mediante una Ley para aplicar la Ortotanasia con procedimientos y ámbitos de aplicación establecidos de manera transparente y clara, sin dejar de utilizar los cuidados paliativos, cuya filosofía apunta al confort del paciente.

Existe desde hace tiempo, un movimiento llamado Hospice. (Movimiento de fomento de los cuidados paliativos iniciado por Cicely Saunders, en Inglaterra, que propugna la atención de los enfermos terminales en establecimientos especializados (*Hospice*) donde residen y son atendidos, de forma adecuada, durante el último periodo de su vida) que se ha ocupado en especial de este tema, teniendo como metas de tratamiento, disminuir el sufrimiento con nuevas técnicas y esquemas de administración de analgésicos más que en prolongar la vida, promover la aceptación de la muerte como una parte natural de la misma, ayudando tanto al paciente como a la familia a tomar la decisión sobre el lugar donde morir con un sentido mayor de comunidad, más que la experiencia solitaria de la

¹⁸ MAINETTI J.A. La muerte y la medicina: Estudios bioéticos. Ed. Quirón, (1993).

hospitalización, enfatizando la importancia de un soporte digno al moribundo.

La ventaja de estos Hospices es que pueden ser implementados tanto en el hogar o en un hospital, como en otros sistemas de atención.

CAPÍTULO III MARCO JURÍDICO

En el Marco Jurídico, analizaremos la utilización de las diferentes normas y preceptos legales que tienen relación directa con los derechos fundamentales los cuales se los dividirá en tres: Normativa Nacional, Normativa Internacional y la Legislación Comparada, así como el derecho a la salud, fundamento para la presente propuesta de Ley.

3.1. NORMATIVA NACIONAL.

3.1.1. Constitución Política del Estado (Derechos Fundamentales).

Artículo 15.¹⁹ “Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual: Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte”.

Desde la mirada de los derechos constitucionales, se puede establecer lo siguiente:

- **Derechos de la integridad física** que son los que permiten a la persona ejercer facultades sobre su cuerpo, desarrollarlo, provecharlo y defenderlo ante posibles atentados; comprenden la vida misma, como la existencia vital del cuerpo, la salud y los medios para preservarla, así como el destino de sus órganos una vez fallecida la persona.

¹⁹ NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2008). Ed. MAVA Producciones Gráficas. La Paz – Bolivia.

- **Derechos de libertad**, que no sólo conciernen la locomoción, sino a la expresión de ideas, a la realización de actos jurídicos, así como al respeto a su voluntad.
- **Los derechos fundamentales** se estructuran en torno a ciertos derechos básicos y esenciales que sustentan y condicionan la realización de todos los demás.

La vida como bien jurídico protegido por el Estado, es el soporte necesario para el goce de los restantes bienes, salud, solvencia económica, solvencia moral, etc.

Artículo 13.²⁰ III.- La clasificación de los derechos establecida en esta Constitución **no determina jerarquía alguna ni superioridad de unos derechos sobre otros.**

Artículo 14.²¹ I. Todo ser humano tiene **personalidad y capacidad jurídica** con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta constitución, sin distinción alguna.

Artículo 22. La dignidad y la libertad de la persona son inviolables respetarlas y protegerlas es deber primordial del Estado.

3.1.2. Código Penal.

Es muy importante analizar nuestro Código Penal en el que **se sanciona la Eutanasia** por ser esta una práctica ilegal y penalizada en la mayor parte de los países del mundo y que en muchos casos puede confundirse con la aplicación de la **Ortotanasia** con actos eutanásicos particularmente

²⁰ NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2008). Ed. MAV A Producciones Gráficas. La Paz – Bolivia.

²¹ Ibidem.

pasivos, en Bolivia este ilícito se encuentra establecido en el Capítulo I del Título VIII del Código Penal; delitos contra la vida y la integridad corporal, entre ellos se citan los siguientes artículos:

Homicidio.- El Art. 251 de nuestro Código Penal define el homicidio como matar a otro. "... El que matare a otro, será sancionado con presidio de 5 a 20 años. Si la víctima del delito resultaren ser niña, niño adolescente, la pena será de 10 a 20 años...".

La acción del sujeto activo consiste en matar a un ser humano, la acción es matar y el resultado tipificado es la muerte. Es un delito instantáneo de resultado material (la muerte); la muerte puede ser causada por comisión o por omisión, puede haber tentativa y participación.²²

Asesinato.- El Código Penal en su Art. 252 considera el asesinato como un homicidio agravado.

En su párrafo 5), por medio de sustancias venenosas u otras semejantes.

El Código Penal, dice que usar sustancias venenosas u otra semejantes, porque es difícil muchas veces concretar qué es lo venenoso, pues hay sustancias que sin ser veneno matan, y muchas veces la usan para la eutanasia²³.

Homicidio - Suicidio.- En el Art. 256 del código penal, se refiere a la instigación tanto como la ayuda al suicidio.

²² MIGUEL HARB, BENJAMÍN, Derecho penal – Tomo I – Ed. Juventud; Bolivia, (1996), págs. 166-167

²³Ibidem, pág.170.

La pena en este delito es a la instigación o a la ayuda al suicidio, cuando este se haya tentado o consumado, por ello es delito de daño; por instigar al suicidio hemos de entender iniciar su realización y por ayuda al suicidio se entiende facilitar medios, como armas y otros, cualquier cooperación directa o indirecta; la actitud pasiva de no impedir no es auxilio, pero puede interpretarse como delito de omisión.²⁴

Homicidio piadoso.- Conocido también como **Eutanasia** está definido en el Art. 257 como una figura atenuada, en el que el homicidio es por causas piadosas con el fin de acelerar la muerte inminente o poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales, probablemente incurables.

“...se pueden tomar como pretexto los móviles determinantes piadosos y apremiantes las circunstancias para encubrir un homicidio común y corriente, en otras legislaciones ponen como requisito la autorización escrita de la familia y la necesidad de que hayan testigos de la petición del enfermo para asegurar más la imparcialidad del médico que no puede ser amo de la vida de los pacientes sometidos a su cuidado, lo contrario de la Eutanasia es la Distanasia, cuando se prolonga el deceso de una persona, dándole vida artificial, es decir no dejarla morir naturalmente...”²⁵

Homicidio culposo.- El Art. 260 establece en nuestro código penal, el que por culpa causare la muerte de una persona incurre en delito.

El delito es culposo, cuando el resultado aunque haya sido previsto, no ha sido querido por el agente y se produce por imprudencia, negligencia o inobservancia de leyes, reglamentos, órdenes o resoluciones.²⁶

²⁴ MIGUEL HARB, BENJAMÍN, Derecho penal – Tomo I – Ed. Juventud; Bolivia, (1996), pág.175.

²⁵ *Ibíd.*, pág.176.

²⁶ *Ibíd.*, pág.179.

3.1.3. Código Civil.

En el Código Civil boliviano, en el capítulo de: **Los derechos de la Personalidad**, se establece en el Artículo 6. “La protección a la vida y a la integridad física de las personas se ejerce conforme a las normas establecidas en el presente Código y las demás Leyes pertinentes”

La vida como bien jurídico, está protegido por nuestras leyes y penalizada a toda acción que interrumpa no solo la vida, además las acciones que dañen o afecten la integridad física, psicológica y sexual, en nuestra normativa no existe la pena de muerte.

De igual manera se establece el respeto a la voluntad de las personas a no someterse a **algunas acciones médicas** que vayan en contra de su voluntad.

Artículo 14.- (negativa de examen o tratamiento médico) La persona puede rehusar a someterse a un examen o tratamiento médico quirúrgico, a menos que se halle obligada por disposición de la ley o reglamento administrativo.

3.1.4. Protección a la salud.

“El derecho fundamental a la protección de la salud, principio constitucional es una extensión o corolario del derecho a la vida y a la integridad psicofísica, no es un derecho “de” sino un derecho “a”, es decir, un derecho prestacional, que da lugar a una prestación exigible al Estado y que conlleva un gasto social, cuya atención depende tanto de los recursos como de la voluntad política del momento”.²⁷

²⁷ SERRANO ESCOBAR, Luis Guillermo – TEJADA RUIZ, Claudia Patricia, «Responsabilidad civil del Estado en la prestación de servicios médicos asistenciales», Edic. Jurídicas Gustavo Ibáñez, Sta. Fe de Bogotá, (1994), pág. 81

Las garantías constitucionales a la salud, exigen una nueva lectura con el fin de no derivar en solo formulismo, este derecho y deber, que impone al Estado la obligación de tutelar la salud individual y pública en el marco del respeto a la voluntad de las personas a tomar sus propias decisiones en relación a los tratamientos médicos que desea o no recibir de acuerdo a su estado de salud, abarca además la debida atención integral del enfermo y hace a la humanización de la asistencia sanitaria.

El derecho a la protección de la salud está íntimamente vinculado a la calidad de vida, se extiende no sólo a la prohibición de comportamientos con efectos negativos para la persona que puedan provocar su deterioro, o incapacidad, sino a toda conducta que, con la finalidad que fuere, configure cualquier forma de tratamiento cruel, inhumano o degradante.

De acuerdo a nuestra normativa jurídica se establece el derecho de la persona a “rehusar a someterse a exámenes o tratamientos medico quirúrgicos, a menos que se halle obligado por disposición de la Ley o reglamento administrativo”²⁸

De igual manera se establece que Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio, salvo peligro inminente de su vida”²⁹

Con relación a la promoción de la salud, para hacer realidad el derecho a la salud (que incluye cuidados profesionales, provisión de medicamentos, laboratorios, etc.), el Estado debe brindar un nivel mínimo de atención

²⁸ CÓDIGO CIVIL. Art. 14 (Negativa de Examen o Tratamiento Médico)

²⁹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. Art. 44. I.

sanitaria que satisfaga las necesidades básicas de la población, en el marco del respeto por los derechos de los pacientes”³⁰.

3.1.5. El Derecho a Morir Dignamente.

Antes las personas morían cuando la naturaleza lo indicaba; ahora se posterga una inevitable muerte durante cierto tiempo, con un alto grado de sufrimiento, el deber médico apunta a preservar la vida y postergar la muerte, cualquiera sea el costo, algunos pacientes no están de acuerdo con esa postergación, que sienten como degradante, porque prolonga su sufrimiento mientras anula su autonomía.

La defensa de los derechos de los pacientes aquejados de enfermedades graves y terminales, permite auxiliar a todas las personas y defender su derecho a tomar sus decisiones con libertad en el proceso de morir.

Los problemas ético-jurídicos del morir humano, encuentran fundamento en el valor de la vida humana, el padecimiento de enfermedades crónicas o terminales, en etapas avanzadas, conllevan un elevado nivel de sufrimiento, los tratamientos extremadamente invasores o con importantes efectos adversos ubican al enfermo y a su entorno frente a una decisión consciente y angustiada de extender la agonía o de morir en paz.

3.1.6. Prácticas para demorar la muerte con tratamientos extraordinarios.

La distanasia es la práctica que tiende a alejar la muerte a través de medios ordinarios y extraordinarios.

³⁰ LLOVET, Juan José, «Salud y Derechos humanos» Abeledo - Perrot, Buenos Aires, 1993, pág. 20.

Esta determinación totalmente lícita de prolongar la vida, a cualquier costo merece serios cuestionamientos éticos, por lo que se propone que, en circunstancias de enfermo en estado terminal, estado vegetativo o situaciones de marcado deterioro, no resulta inmoral ni antijurídico suspender tratamientos distanásicos, cargados de irracionalidad y con alto costo de sufrimiento.

La postura favorable a la interrupción de esta forma de soporte vital tiene aprobación de las religiones. En 1957, Pío XII acordaba con un grupo de anestesistas que no consideraban una obligación moral recurrir a medios excepcionales en caso de ausencia total de esperanza de mejoría, al respecto, decía el Papa que “Es evidente que la tentativa de reanimación constituye, en realidad, para la familia, tal peso que no se lo puede, en conciencia, imponer; ella puede insistir lícitamente para que el médico interrumpa sus intentos y el médico puede condescender lícitamente a esa petición. No hay en este caso ninguna disposición directa a la vida del paciente, ni eutanasia, la cual no sería lícita”.

3.1.7. Principio de autonomía y derecho Constitucional a una muerte digna.

La ortotanasia es el derecho a morir con dignidad. Consiste en la suspensión de toda cura en la inminencia de la muerte (o de complicaciones graves irreversibles o cuando hay una expresa manifestación por parte de quien elige “tal modo” de acabar sus días.

Una cosa es provocar la muerte y otra distinta dejar que la misma suceda según el orden natural de los acontecimientos, una correcta y lícita práctica médica sería la que permite al paciente con una enfermedad terminal, morir lo más aliviado y naturalmente posible y que autoriza a los médicos

a prescindir de procedimientos o medicamentos desproporcionados e inútiles que prolongan la agonía, sin que ello signifique dejar de apoyar a las personas ni abandonar la medicación que brinde tranquilidad y reduzca el dolor del enfermo.

Existe una colisión entre valores jurídicos prominentes: el derecho a rechazar un tratamiento sustentado en el derecho constitucional a la autonomía, a la intimidad, al cuerpo y a la dignidad y el deber de intervenir para preservar el derecho a la vida, el paciente lúcido o bien su representante o allegado que debe decidir por él cuando ése es el caso, rechaza el tratamiento propuesto y el fallecimiento se produce de muerte natural: la causa adecuada de la muerte es la propia enfermedad y no la falta de un tratamiento.

3.1.8. Negativa al tratamiento.

La regla general establece que nadie puede ser obligado a someterse a tratamientos médicos, sin embargo, esta pauta reconoce excepciones; la ley 3131 Ley del Ejercicio del Profesional Médico Art. 12 obliga al profesional a asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado peligre la vida, aun contra su voluntad.

La negativa a un tratamiento, luego de ser informado, no produce conflictos cuando los pacientes son capaces, lúcidos y no hay riesgo de vida, las complicaciones aparecen cuando el rechazo conduce al agravamiento de la salud o a la muerte, la actitud del enfermo que no consciente contraría el deber médico de atender la salud del paciente.

3.1.9. Consentimiento presunto.

En los casos de urgencia extrema se impone la intervención sin consentimiento, aún contra la voluntad del enfermo, el profesional queda dispensado de cumplir el requisito de obtenerlo, se trata de un supuesto de consentimiento presunto implícito, que adquiere vigencia cuando cabe presumir que el enfermo, en ese momento inconsciente o seriamente afectado, hubiera aceptado en condiciones normales el acto médico.

La citada presunción justifica que el profesional intervenga siempre que actúe en beneficio del paciente.

Ante la falta de capacidad, o ante limitaciones importantes, el derecho se traslada, de ser posible, a los parientes, amigos o allegados.

En otras situaciones, frente a hipótesis de extrema urgencia que impiden por completo cumplir con el deber de informar y obtener el consentimiento informado (por falta de parientes o allegados, o de tiempo para requerir su consentimiento) se dispensa el deber de revelar, en cuyo caso, el consentimiento es sustituido por la decisión del médico con la premisa de indagar, si es posible, cuál hubiera sido la voluntad del enfermo de haber podido exteriorizarla.

Como corolario de esta investigación podemos decir que, el paciente se encuentra en una posición débil con respecto al resto de la sociedad, por su situación de enfermedad sea ésta pasajera o permanente.

Es por esto que necesitan de la protección de derechos concretos y específicos que pongan en resguardo su salud, su integridad física y su salud mental.

También debe ponerse en resguardo su salud física, ya que en muchos casos los pacientes son internados por una determinada dolencia, y adquieren por medio del contagio otras enfermedades que con anterioridad no padecían, consecuencia de la internación en un establecimiento sanitario.

Con relación a la dignificación de la muerte debe implementarse la ortotanasia y castigarse la eutanasia activa, como delito de homicidio simple, legitimar la práctica de la ortotanasia, llevaría a que los profesionales médicos y los familiares de los pacientes, no tengan problemas de responsabilidad civil ni penal.

La propuesta de ley de voluntad anticipada implica un adelanto en materia de dignificación de la muerte y respetar el derecho de autonomía de los pacientes en contraposición al deber de los médicos de retrasar la muerte a cualquier costo, aunque esto signifique el dolor y el sufrimiento del enfermo que padece una afección terminal.

3.1.10. Ortotanasia.

La Ortotanasia proviene de los vocablos griegos orthos que significa “recto y ajustado a la razón” y thanatos que significa “muerte”, designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.

En la Ortotanasia se omiten o interrumpen conscientemente medios extraordinarios o desproporcionados que sólo sirven para prolongar la vida artificial de un paciente en etapa terminal, con un proceso patológico irreversible y sin efectos curativos; su aplicación no busca la muerte, **el fin es el de mitigar la agonía y el padecimiento** del enfermo en etapa

terminal, permitiendo se produzca su **muerte de manera natural** evitando la prolongación innecesaria de su agonía, por lo tanto no se tendría que considerar como un acto ilícito.

Sin embargo, al no existir los procedimientos y el ámbito de su aplicación de forma clara que evite su mala interpretación o confusión con la eutanasia y por tanto puedan producir efectos jurídicos por negligencia médica, acción u omisión etc. aunque no fuese el caso, su aplicación debe ser regulada a través de procedimientos e instrumentos adecuados, siendo que la ortotanasia no sólo debía ser lícita, sino constituir una obligación moral.

La Constitución Política del Estado, establece claramente que una de sus obligaciones es precisamente el de controlar el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y su regulación³¹.

En casos de urgencia médica y cuando la vida del enfermo está en riesgo, el médico está en la obligación de procurar por todos los medios posibles de salvar la vida del enfermo, aun sin el consentimiento expreso³² cualquiera sea la condición de este, y si no hiciera todo lo posible, infringiría el principio de justicia.

Nuestro ordenamiento jurídico determina que la ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica³³.

Considerar delito el no prestar socorro a quien se encuentra en peligro para su vida o su integridad física se entendería como una manifestación

³¹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, Capítulo Quinto, Sección II, Art. 36. Parágrafo II.

³² LEY 3131, Ley del Ejercicio Profesional Médico, Art. 12, Inc. g

³³ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, Capítulo Quinto, Sección II, Art. 39. Parágrafo II.

anti solidaria, social y humana, y se basa precisamente en que toda persona tiene derecho a que los demás le ayuden cuando está en peligro.

La exigibilidad ética de esta conducta de ayuda a quien está en peligro, acreditan que nadie puede hacer daño a otro. Es deber del Estado proteger a todos los que pueden verse privados del derecho fundamental a la vida³⁴ especialmente ante la vulnerabilidad que comportan las enfermedades.

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, es evidente que la vida es el presupuesto y condición del ejercicio y disfrute de todos los demás derechos de que pueda ser acreedor el ser humano, lo que justifica la especial protección de que goza aquélla, su ámbito de protección alcanza sin restricción o distinción alguna a todos los individuos, en particular a los que se encuentran en una situación vivencial crítica o disminuida, como los enfermos en etapa terminal.

Son delitos, las acciones y omisiones imprudentes penadas por la ley como la Imprudencia médica y la omisión del deber de socorro médico. (Art. 260 Código Penal Homicidio culposo).

El profesional que, estando obligado a ello, niegue asistencia Médica o abandone los servicios médicos, cuando de la negación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, aun sabiendo que esta no signifique más que prolongar la agonía del enfermo sin efectos curativos, podría ocasionar que algún familiar o entorno del paciente inicien alguna demanda legal por la muerte del paciente por haberse omitido la asistencia requerida aun aplicando medios extraordinarios.

³⁴ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, Capítulo Segundo, Derechos fundamentales, Art. 15.

Cuando la urgencia médica no permita demoras y podría ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento, y no se apliquen los privilegios terapéuticos, podrían utilizarse recursos legales para demandar al médico.

La doctrina de la pérdida de oportunidad considera que basta con cierta probabilidad de que la intervención médica hubiese podido evitar la muerte aunque no se pueda afirmar con certeza para que proceda ser considerada probada la existencia de una defectuosa prestación si no omisión de la asistencia sanitaria por parte del médico.

Por no utilizar el privilegio terapéutico en situación de urgencia vital, se trata de un caso de *“res ipsa loquitur”*: “La cosa habla por sí misma” (latín literal) concepto legal importante en muchos casos de culpa o negligencia, describe una situación en la cual se produjo el daño cuando los médicos eran los únicos responsables y la falta no se hubiera producido si se hubiera puesto mayor celo, con la concurrencia de determinados requisitos unos de carácter fáctico, acción u omisión determinante del evento dañoso, y el propio daño acaecido y otros de índole jurídica culpa o negligencia atribuible al causante y la relación de causalidad entre el daño y la falta, siendo de destacar, que la calificación como culposa o negligente exige la posibilidad de previsión de que el resultado podía originarse por acción u omisión de aquella diligencia que exige la naturaleza de la obligación y corresponde a las circunstancias de personas, tiempo y lugar.

En virtud de ello, la protección de la salud, por razones de urgencia o necesidad permite que las autoridades médicas competentes puedan adoptar medidas de tratamiento, sin que suponga una conculcación de derechos constitucionales. A estos motivos responde lo que establece la necesidad de Consentimiento Informado.

La decisión aun con la existencia del Testamento Vital, de aplicar la ortotanasia en el momento necesario la debe tomar al paciente, si se encuentra en situación y con capacidad de hacerlo, y en su defecto, la familia o los que la ley señale, de acuerdo a los procedimientos para su aplicación, respetando siempre la voluntad anticipada del testador.

Por Documento de Voluntad Anticipada se entiende la expresión de la voluntad anticipada de una persona de renunciar a que le sean aplicadas operaciones de cirugía u otros protocolos clínico-quirúrgicos y/o de resucitación para alargarle artificial o mecánicamente la agonía después de certificado estado terminal cuando ya no sea posible salvarle la vida; este sería el modo de entender, cuando el fin es evitar la obstinación terapéutica, que no es el caso cuando se interrumpe el tratamiento en situación de urgencia vital para provocar el fallecimiento del enfermo, puesto que ello supondría una eutanasia.

Con la implementación de una Ley, el Documento de Voluntad Anticipada sería válido jurídica y éticamente, y su aplicación no implicaría una eutanasia, porque se ajusta a la definición de Ortotanasia, derecho de la persona moribunda a no mantener una vida artificial y así mitigar la agonía y padecimientos, con los menos dolores posibles, hasta llegar el trance natural de la muerte y no prolongar este sufrimiento.

- No es lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente.

- No es lícito omitir una prestación debida a un paciente, los cuidados vitales, remedios terapéuticos normales debidos a todo paciente, aunque sufra un mal incurable o esté en fase terminal o aun en coma irreversible.

En concreto, no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma, si existe alguna esperanza de posible recuperación, en todo caso, siempre se han de mantener las medidas de sostenimiento, no existe la obligación de someter al paciente terminal a nuevas operaciones quirúrgicas, o a la aplicación de la distanasia cuando no se tiene la fundada convicción de una mejoría o hacerle más llevadera su vida.

Es lícito suministrar analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la conciencia, siempre que el fin de la acción sea calmar el dolor y no provocar subrepticamente un acortamiento sustancial de la vida, en este caso, la moralidad de la acción depende de la intención con que se haga y de que exista una debida proporción entre lo que se logra (la disminución del dolor) y el efecto negativo para la salud.

No es lícito dejar de aplicar tratamientos proporcionados cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales y si esa omisión provocase la muerte.

La ortotanasia, no se limita única y exclusivamente a evitar protocolos clínico - quirúrgicos en situaciones lamentables para el enfermo, y de prolongar su precaria existencia cuando existe una declaración de voluntades anticipadas del enfermo, sino que se basa por definición en el derecho al tratamiento vital por privilegio terapéutico según el principio de justicia en situaciones de necesidad concurrente, sentido ético básico según el cual todo ser humano debe ser respetado, y su dignidad protegida y amparada por la Ley; por tanto, su ámbito de protección alcanza sin restricción o distinción alguna a los enfermos graves o terminales; por consiguiente, es una obligación de los profesionales de la salud respetar el derecho a la vida y la muerte de los moribundos.

3.2. NORMATIVA INTERNACIONAL.

3.2.1. Protección constitucional a la vida.

El derecho constitucional a la vida es un atributo inseparable de la persona humana, sin vida se pierde todo el sentido de todos los restantes derechos.

El derecho a la vida tiene consagración expresa y está protegido en cinco instrumentos fundamentales³⁵:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- La Convención Americana de Derechos Humanos
- La Convención sobre los Derechos del Niño

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (art. 3º); el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos dice: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente...” (art. 6º-1); la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre expresa: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (art. 1º. La convención Americana sobre Derechos Humanos dice en su artículo 4º:

Toda persona tiene derecho a que se respete su vida, este derecho estará protegido por la Ley y, en general, a partir del momento de la concepción, nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

³⁵CIFUENTES, Santos, «Derechos personalísimos», España, cit., pág. 229.

Existen sistemas legales en algunos países que tipifican como delito, la omisión o retiro de los medios artificiales que mantienen con vida al paciente aunque se trate de una vida artificial, dispensan una pena bastante atenuada radicada en la estimación de la voluntad del sujeto pasivo del sujeto activo como circunstancias especiales atenuadoras o se consideran ambas de manera relacionada.

Otros países han tomado la opción de la inexistencia del ilícito penal por la falta de tipificación, para quien autorice, omita o retire los medios artificiales con o sin la previa voluntad del sujeto pasivo.

En algunos países la Ortotanasia no merece una legislación propia por no considerarla punible ya que su aplicación es comprensible bajo el tradicional concepto que la identificaba como “buena muerte sin dolor ni sufrimiento”, esta modalidad sería irrelevante para el orden penal, pues no se trata de acortar el curso vital, entendida como el derecho a morir dignamente con la exigencia ética de auxiliar al moribundo mediante técnicas atemperadoras del dolor físico y con asistencia psicológica sin tener que recurrir a la Distanasia.

3.3. LEGISLACIÓN COMPARADA.

3.3.1. Brasil.

Resolución RCFMB 324-11/2006”³⁶

El Consejo Federal de Médicos del Brasil, autoriza a los médicos del todo el país a suspender los tratamientos destinados a mantener artificialmente la vida en caso de pacientes terminales que así lo declaren en el documento del testamento de vida, es permitido que el médico limite

³⁶ Publicado por el semanario “LA ARGENTINIDAD ...AL PALO”, Sao Paulo, Noviembre 11, (2006)

o suspenda procedimientos o tratamientos que prolonguen la vida del enfermo, garantizándole los cuidados necesarios para aliviar síntomas que provocan sufrimiento en la perspectiva de una asistencia integral, respetando la voluntad del paciente o de su representante legal.

El procedimiento conocido como ortotanasia, difiere de la eutanasia en que no tiene por intención provocar la muerte de una persona sino de permitirle una muerte digna a un paciente incurable y en fase terminal, con esto estamos mostrando a los médicos que la ortotanasia, no es una infracción ética ni una derrota, de acuerdo al cardiólogo Roberto d' Ávila, director del Consejo Federal de Médicos del Brasil y uno de los responsables de la elaboración del documento.

La decisión del Consejo Federal de Médicos del Brasil autoriza la suspensión de procedimientos y tratamientos que permiten la prolongación artificial de la vida en fase terminal en enfermedades, graves e incurables y cuando así este instituido en el documento del testamento de vida.

La resolución prevé tanto las obligaciones de los médicos como el derecho de los pacientes de recibir todos los cuidados necesarios para el alivio del sufrimiento y que las decisiones del Consejo **tienen fuerza de Ley** para todos los médicos brasileños, pero que ningún procedimiento está fuera del alcance de la Ley penal.

Según el doctor Marco Antonio Becker, primer secretario del Consejo Federal de Médicos del Brasil, aclaró que pese a que la eutanasia está prohibida por Ley en Brasil, el estado de Sao Paulo, el más poblado del país, ya cuenta con una Ley regional que autoriza la ortotanasia y sólo será permitida en casos en que el pedido sea realizado mediante la voluntad anticipada y escrita, que el médico agote todos los métodos

terapéuticos y que el paciente entre en fase terminal por una enfermedad incurable”³⁷.

3.3.2. España.

La Resolución Parlamentaria 244N de fecha 13 de febrero de 1997 encargó a la Comisión Asesora de Bioética del parlamento la elaboración de un estudio sobre la posibilidad de aplicación de un documento de ‘voluntades anticipadas’, la Comisión consideró y baso esos documentos como un hecho éticamente aceptable e incluso recomendable³⁸. Finalmente se sancionó la **Ley 21/2000 del 29/12**. Allí lo denominan testamento vital o testamento biológico.

LEY 21/2000³⁹, de 29 de Diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

El Presidente de la Generalidad de Cataluña

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Cataluña ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 33.2 del Estatuto de Autonomía de Cataluña, promulgo la siguiente Ley 21 /2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud **y la autonomía del paciente**, y la documentación clínica.

La presente Ley tiene por objeto:

³⁷ Publicado por el semanario “LA ARGENTINIDAD ...AL PALO”, Sao Paulo, Noviembre 11, (2006)

³⁸MORETON SANZ, María Fernanda “Los testamentos vitales. La voluntad individual del paciente” en “A Distancia” Uned, vol. 16, nº 2, diciembre de (1998), pg. 70.

³⁹Publicada en el <Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña número 3.303, de 11 de enero de (2001)

- a) Determinar el derecho del paciente a la información concerniente a la propia salud y **a su autonomía de decisión**
- b) Regular la historia clínica de los pacientes de los servicios sanitarios”.

A partir de esta Ley es que se da lugar a que muchas de las Generalidades de España se inicia una suerte de legislaciones locales para poder aprobar normas similares por el interés creado en los ciudadanos Españoles, de obrar con plena libertad y autonomía en cuanto al derecho del paciente a decidir los tratamientos que desea o no se le apliquen.

3.3.3. México.

Aprobó, la Ley de Voluntad Anticipada⁴⁰ por mayoría absoluta, de 56 votos a favor por cero en contra, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) aprobó la denominada Ley de Voluntad Anticipada, misma que valida lo que la propia Ley denomina el bien morir, punto central de la iniciativa.

En su texto, la Ley mencionada aplica la práctica de la ortotanasia, principalmente en los casos de enfermos terminales, el término ortotanasia significa muerte correcta; y distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa.

A partir de la publicación de la Ley, en el DF existirá el documento de Voluntad Anticipada, mismo que deberá ser suscrito ante un notario, para que de ésta forma la persona deje asentada su voluntad en caso de padecer una enfermedad irremediable.

⁴⁰ LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA, México, gaceta oficial del distrito federal el 07 de enero de (2008).

En caso de que un enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir al notario, podrá suscribir el documento ante el personal de salud correspondiente y dos testigos que no podrán ser menores de 16 años o familiares hasta en cuarto grado.

El objetivo del documento es permitir a las personas decidir si están de acuerdo en no someterse a tratamiento o procedimientos médicos que propicien la obstinación médica”⁴¹.

⁴¹ MODRAGON LARIOS, Víctor, “Boletín Médico de Noticias “, México, DF. 4 Dic (2007).

CAPÍTULO IV MARCO PRÁCTICO

4.1. RESULTADOS.

A objeto de lograr información lo más aproximada a la realidad, que permita la verificación de la hipótesis, se han dirigido las encuestas a personas que considerarán como válidos a aquellos sujetos de estudio que tuviesen conocimiento respecto al tema, o tengan un pariente, amigo o conocido de entre 18 a 64 años de edad.

La interpretación de la información empírica lograda en el trabajo de campo por la aplicación de la encuesta, se realiza inicialmente presentando cuadros y gráficos de porcentajes que centralizan las respuestas obtenidas por pregunta, y seguido se procede al análisis de los mismos.

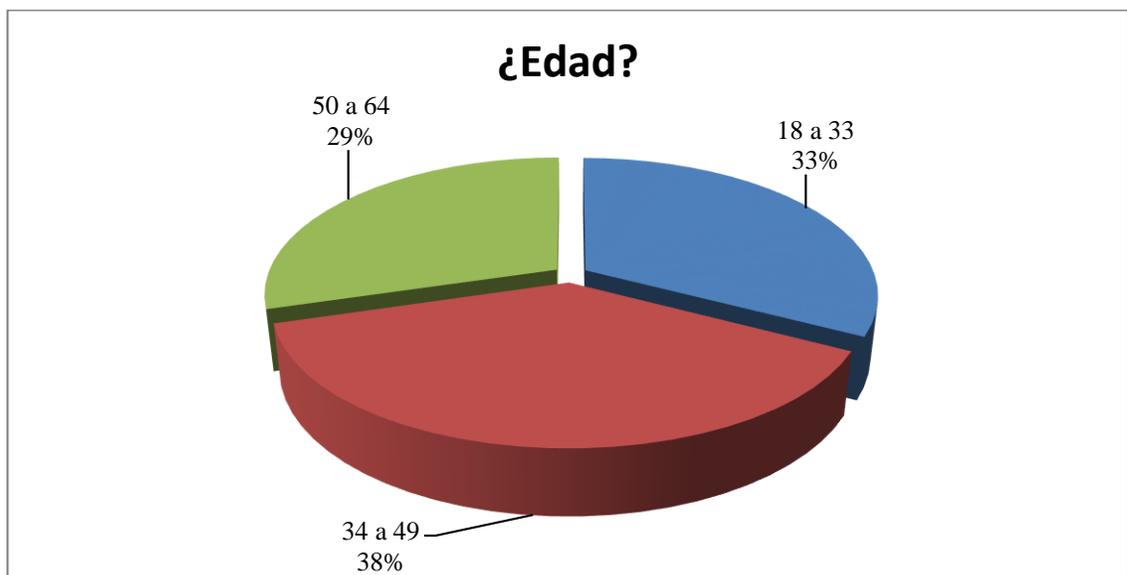
La interpretación de la información empírica recolectada, se la realiza considerando las variables de la hipótesis de estudio.

4.1.1. Interpretación de las Encuestas.

1. ¿Edad?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
18 a 33	32	33	33
34 a 49	37	38	70
50 a 64	29	30	100
Total	98	100	

Del Universo de 98 entrevistados, el 33% corresponden a personas que comprenden en edades de entre 18 a 33 años; el 38% corresponden a personas que comprenden en edades de entre 34 a 49 años y el 30% corresponden a personas que comprenden en edades de entre 50 a 64 años.

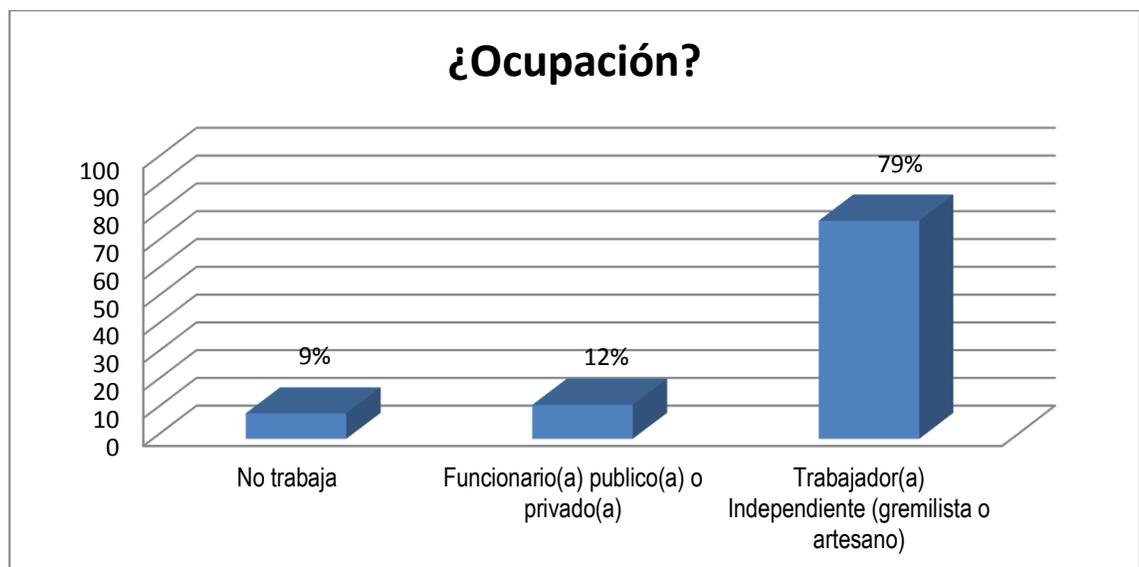


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

2. ¿Ocupación?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
No trabaja	9	9	9
Funcionario(a) publico(a) o privado(a)	12	12	12
Trabajador(a) Independiente (gremialista o artesano)	77	79	79
Total	98	100	

Del Universo de 98 entrevistados, el 79% corresponden a personas que trabajan independientemente (gremialistas o artesanos); el 12% corresponden a personas que trabajan como funcionarios públicos o privados y el 9% corresponden a personas que no trabajan.

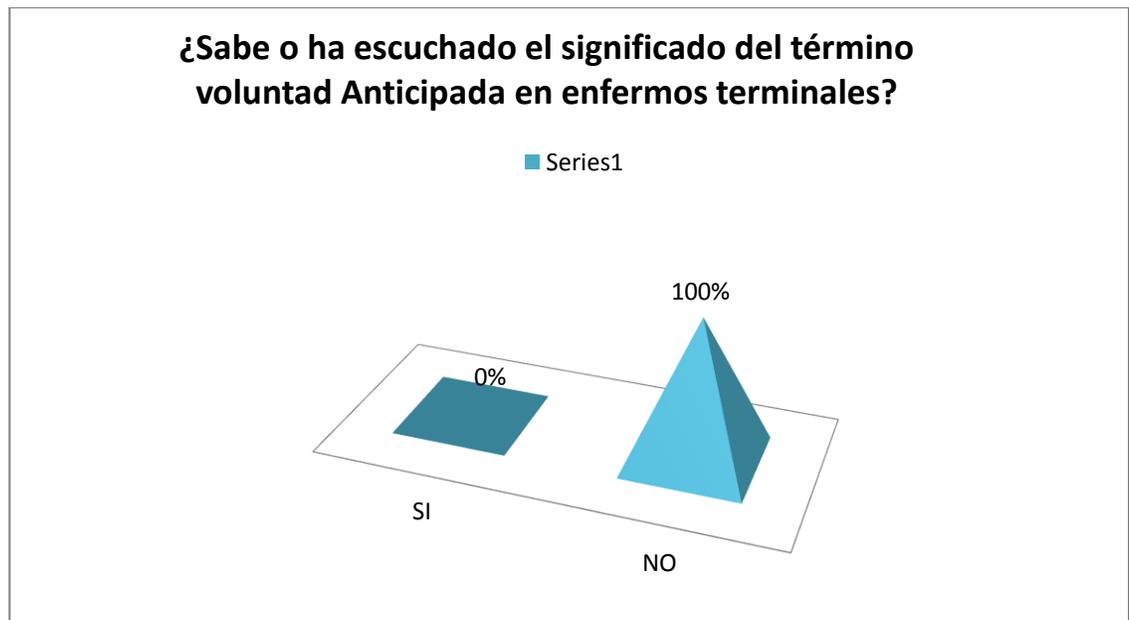


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

3. ¿Sabe o ha escuchado el significado del término voluntad Anticipada en enfermos terminales?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
SI	0	0	0
NO	98	100	100
Total	98	100	

Del Universo de 98 entrevistados, el 100% corresponden a personas que no han escuchado el término de voluntad anticipada de enfermos terminales.

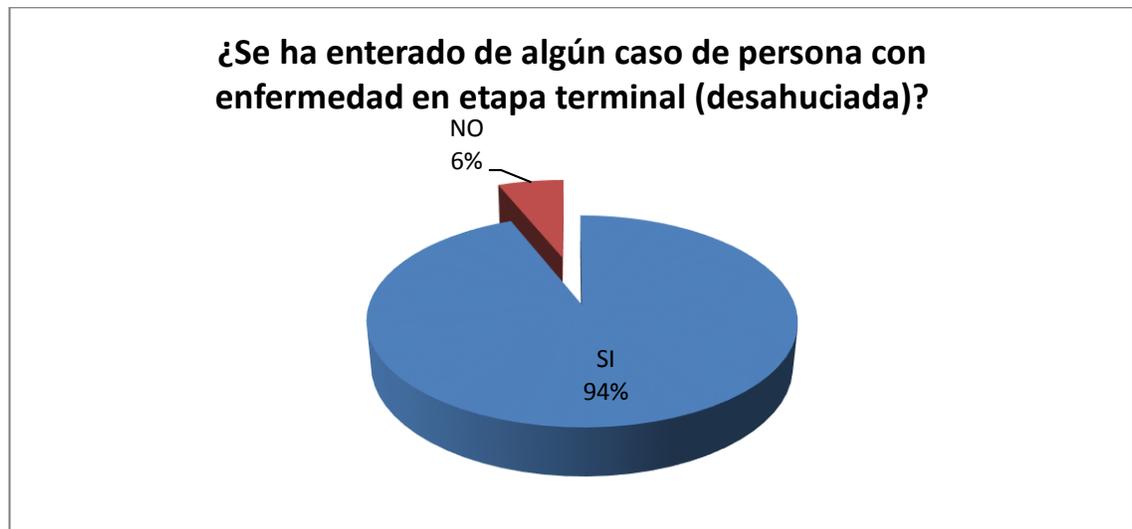


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

4. ¿Se ha enterado de algún caso de persona con enfermedad en etapa terminal (desahuciada)?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
SI	92	94	94
NO	6	6	100
Total	98	100	

Del Universo de 98 entrevistados, el 94% corresponden a personas que si se han enterado de algún caso de persona con enfermedad en etapa terminal (desahuciada) y el 6% no se ha enterado de este caso.

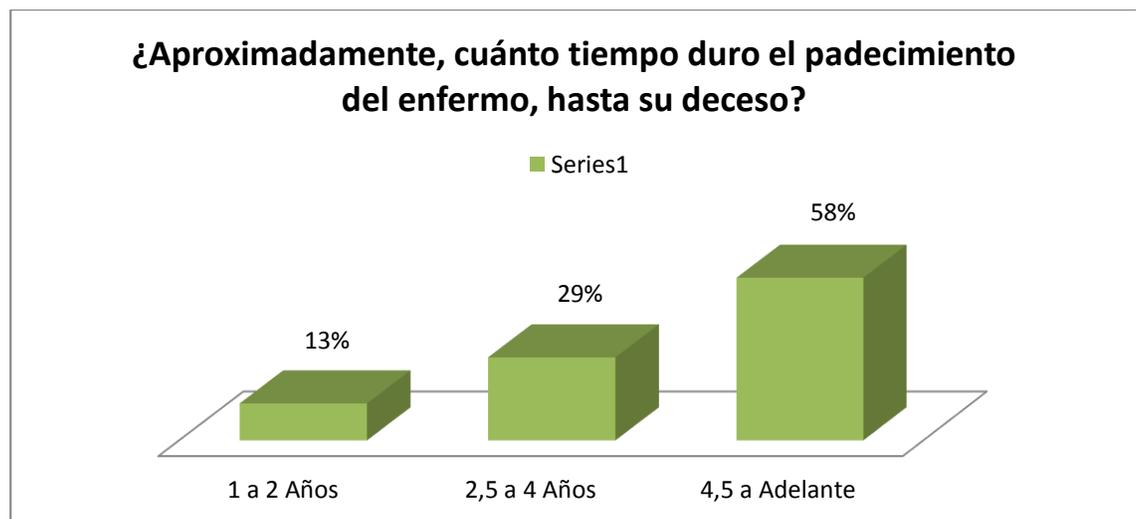


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

5. ¿Aproximadamente, cuánto tiempo duro el padecimiento del enfermo, hasta su deceso?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
1 a 2 Años	12	13	13
2,5 a 4 Años	27	29	42
4,5 a Adelante	53	58	100
Total	92	100	

Del Universo total de 98 entrevistados, la muestra baja a 92 debido a que en la pregunta 4 contestaron NO, el 58% corresponden a personas que el enfermo terminal padeció durante 4.5 años adelante; el 29% corresponden a personas que el enfermo terminal padeció durante 2.5 a 4.5 años y el 13% corresponden a personas que el enfermo terminal padeció durante 1 a 2 años.

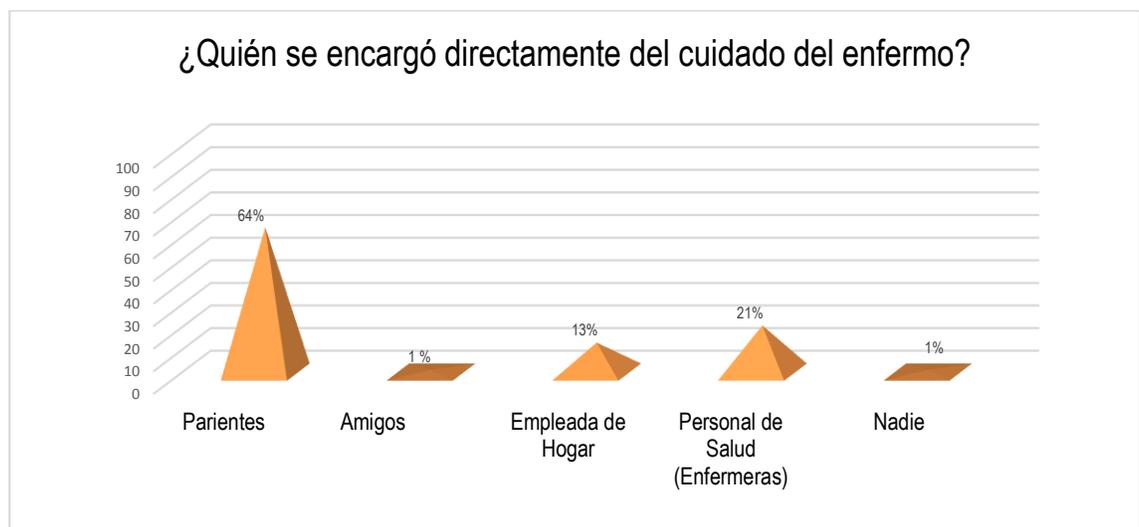


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

6. ¿Quién se encargó directamente del cuidado del enfermo?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Parientes	59	64	64
Amigos	1	1	65
Empleada de Hogar	12	13	78
Personal de Salud (Enfermeras)	19	21	99
Nadie	1	1	100
Total	92	100	

Del Universo total de 98 entrevistados, la muestra baja a 92 debido a que en la pregunta 4 contestaron NO, el 64% corresponden a personas que realizaron el cuidado del enfermo terminal a parientes; el 1% a amigos; el 13% estuvieron a cargo empleadas del hogar; el 21% personal de salud (enfermeras) y el 1% contestó que nadie cuidó del enfermo terminal.

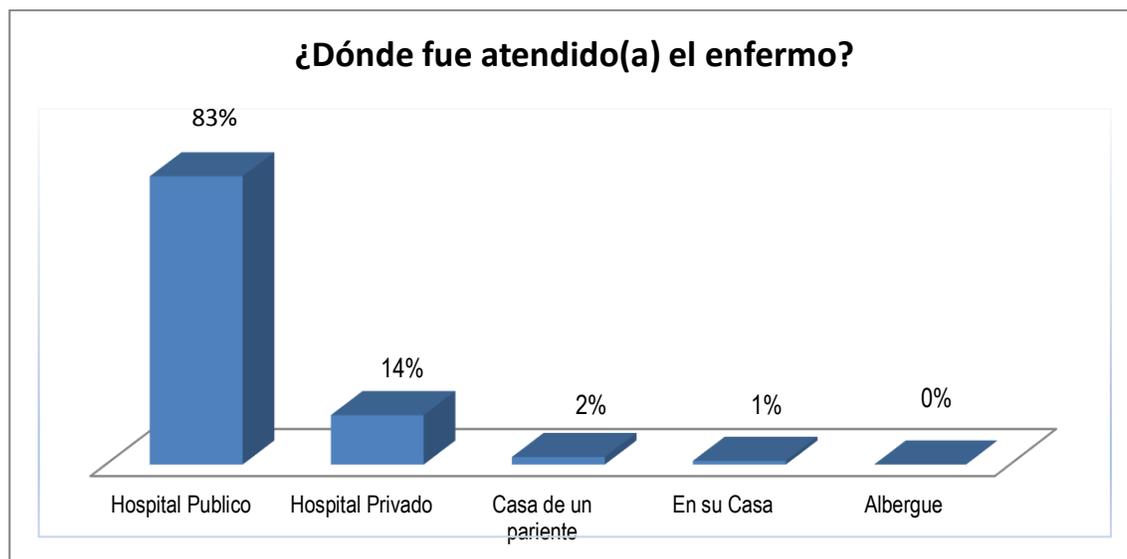


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

7. ¿Dónde fue atendido(a) el enfermo?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Hospital Publico	76	83	83
Hospital Privado	13	14	97
Casa de un pariente	2	2	99
En su Casa	1	1	100
Albergue	0	0	100
Total	92	100	

Del Universo total de 98 entrevistados, la muestra baja a 92 debido a que en la pregunta 4 contestaron NO, el 83% corresponde a que el enfermo terminal fue atendido en un Hospital Público; el 14% en Hospital Privado; el 2% en la casa de un pariente y el 1% en la casa del paciente.

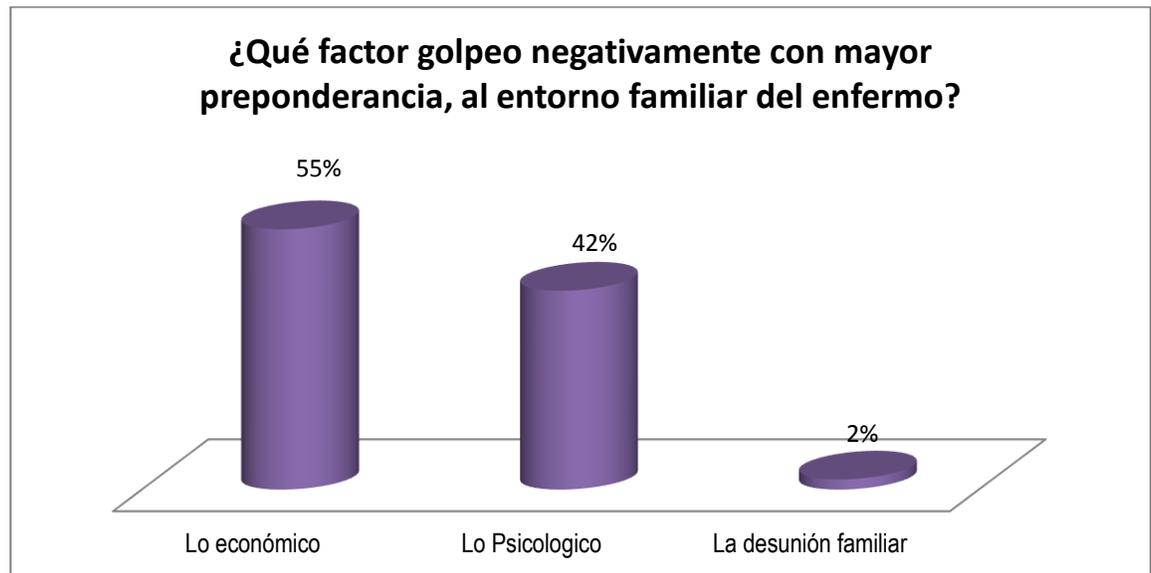


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

8. ¿Qué factor golpeo negativamente con mayor preponderancia, al entorno familiar del enfermo?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Lo económico	51	55	55
Lo Psicológico	39	42	98
La desunión familiar	2	2	100
Total	92	100	

Del Universo total de 98 entrevistados, la muestra baja a 92 debido a que en la pregunta 4 contestaron NO, el 55% corresponde a que el factor económico golpeó negativamente y con mayor preponderancia al entorno familiar del enfermo; el 42% golpeó negativamente en el factor psicológico y el 2% impactó directamente en la desunión familiar.

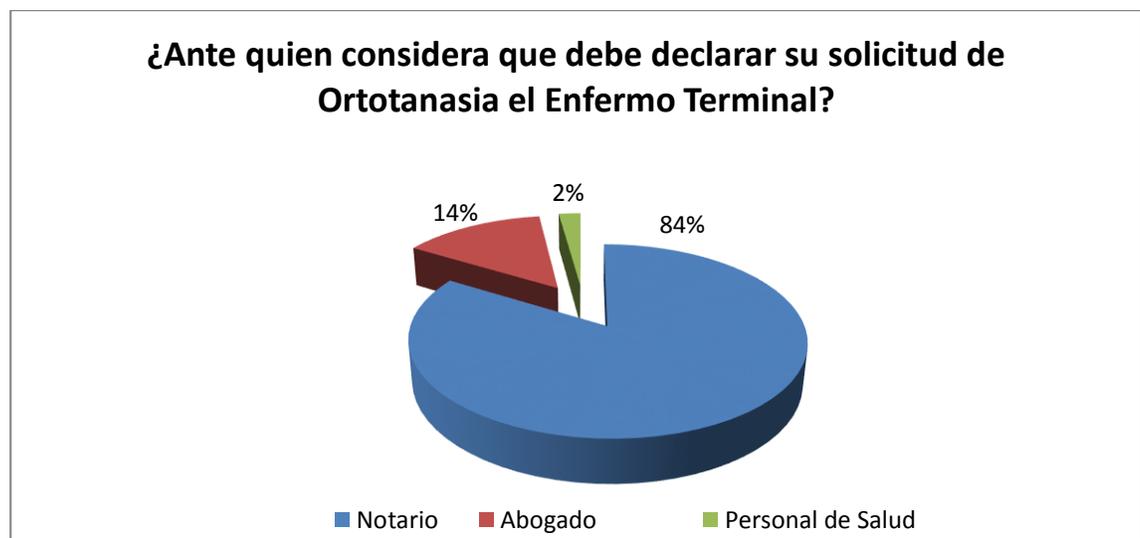


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

9. ¿Ante quien considera que debe declarar su solicitud de Ortotanasia el Enfermo Terminal?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Notario	77	84	84
Abogado	13	14	98
Personal de Salud	2	2	100
Total	92	100	

Del Universo total de 98 entrevistados, la muestra baja a 92 debido a que en la pregunta 4 contestaron NO, el 84% corresponde a que el Notario de Fe Pública debe declarar su solicitud de Ortotanasia del enfermo terminal; el 14% a un abogado debe declarar su solicitud de Ortotanasia del enfermo terminal y el 2% a personal de salud debe declarar su solicitud de Ortotanasia del enfermo terminal.

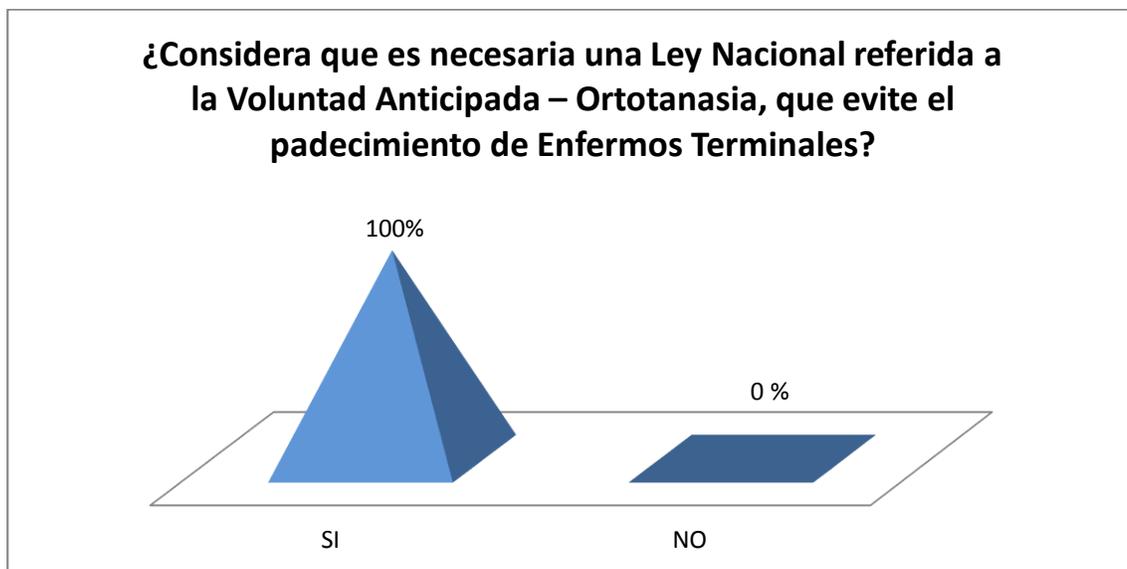


Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

10. ¿Considera que es necesaria una Ley Nacional referida a la Voluntad Anticipada – Ortotanasia, que evite el padecimiento de Enfermos Terminales?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
SI	92	100	100
NO	0	0	100
Total	92	100	

Del Universo total de 98 entrevistados, la muestra baja a 92 debido a que en la pregunta 4 contestaron NO, el 100% de los encuestados corresponde a que el Notario de Fe Pública debe declarar su solicitud de Ortotanasia del enfermo terminal;



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

CONCLUSIONES.

- La normativa propuesta, referida a la Ley de Voluntad Anticipada a través de la Ortotanasia en Enfermos Terminales, evitará la continuación del sufrimiento y agonía de los mismos ya que con el documento de voluntad anticipada podrán decidir a negarse a ser sometidos a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y/o pedir que se le retiren los mismos que solo evita el advenimiento de la muerte de manera natural.
- Se ha establecido mediante los fundamentos teóricos y doctrinales que la ortotanasia es viable, toda vez que la misma no busca provocar la muerte o acortar la vida del enfermo terminal mucho menos prolongar su agonía, sino de respetar su autonomía de voluntad y acompañar el curso natural de la enfermedad en esta etapa, otorgándole los cuidados paliativos necesarios protegiendo en todo momento su dignidad.
- La Legislación Comparada referida a la ortotanasia han sido analizados en los países de Brasil, España y México.
- El trabajo de campo, ha sido realizado para la comprobación de la hipótesis.
- El Proyecto de Ley de Voluntad Anticipada a través de la ortotanasia en enfermos terminales ha sido elaborado.

RECOMENDACIONES.

- Se recomienda aprobar y aplicar la presente propuesta de Ley de Voluntad Anticipada a través de la ortotanasia en enfermos terminales, con el objetivo de mitigar la agonía y padecimiento humano, innecesario por las condiciones del enfermo en etapa terminal.
- Se recomienda crear una reglamentación para la aplicación de la presente Ley.

ANTEPROYECTO DE LEY

LEY DE LA ORTOTANASIA

TÍTULO I

DE LA ORTOTANASIA O VOLUNTAD ANTICIPADA PARA ENFERMOS TERMINALES.

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Ortotanasia

Artículo 1.- La Ortotanasia consiste en la potestad que tiene una persona para decidir a negarse a ser sometida a los medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y/o a pedir que se le retiren los mismos para que pueda tener un deceso natural y que para ello debe encontrarse en Etapa de Salud Terminal, y goce de todas sus facultades mentales, y sólo podrá ser administrada por Personal de Salud regulados por la presente Ley.

Artículo 2.- Constituye obligación del Estado, controlar el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y regularlos mediante Ley.

Artículo 3.- La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley son inherentes a la Voluntad Anticipada de las personas y no permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de la Eutanasia o conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.

Artículo 4.- Incluyese, como Artículo 14 Bis del Código Civil, el siguiente:

“Artículo 14 Bis.- (Aplicación de la Ortotanasia) Toda persona puede negarse a ser sometida a los medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y/o a pedir que se le retiren los mismos, cuando:

- I. Se pretenda prolongar de manera innecesaria su vida.
- II. Cuando haya sido diagnosticado “enfermo en etapa terminal”
- III. Cuando por razones de enfermedad o fortuitas sea imposible mantener su vida de manera natural.

Este derecho se ejerce conforme a las normas establecidas en el presente Código, Ley de Voluntad Anticipada y demás Leyes pertinentes”.

Artículo 5.- Incluyese, como párrafo III, en el Artículo 44 de la Constitución Política del Estado lo siguiente:

“Artículo 44. III. Ninguna persona será sometida a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y podrá exigir que se le retiren los mismos, cuando:

- I. Se pretenda prolongar de manera innecesaria su vida.
- II. Cuando haya sido diagnosticado “enfermo en etapa terminal”
- III. Cuando por razones de enfermedad o fortuitas sea imposible mantener su vida de manera natural.

El Estado garantizara y regulara su cumplimiento, conforme a las normas establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada y demás Leyes pertinentes”.

Artículo 6.- Incluyese, como Artículo 17 Bis. de la Ley del Notariado, el siguiente:

“**Artículo 17 Bis.** El Documento de Voluntad Anticipada se otorgarán ante un Notario y tres testigos mayores de edad, vecinos del lugar del otorgamiento, que sepan leer y escribir y según a lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada”.

Artículo 7.- Para efectos de esta ley se define y entiende por:

- I. Eutanasia:* práctica que procura la muerte, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo.
- II. Distanasia:* adopción de medidas desproporcionadas para mantener las funciones vitales de un paciente moribundo, prolongación innecesaria de la agonía, utilización de los medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal, que no sirven de cura o mejoría.
- III. Ortotanasia:* significa muerte correcta. No pone obstáculos a la muerte, se refiere a la omisión o retirar al enfermo en etapa terminal, los medios que sólo conducirían a retrasar la muerte ya inminente. Respeta el proceso natural del morir y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, otorgando los Cuidados Paliativos, necesarios.

- IV. *Documento de Voluntad Anticipada*: documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona capaz y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y/o retirar los mismos, que propicien la Distanasia.
- V. *Cuidados Paliativos*: el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y atenciones mínimas ordinarias, así como la atención psicológica del paciente.
- VI. *Enfermo en Etapa Terminal*: es aquél en el que se prevé que la muerte es segura e inminente y ocurrirá en un plazo próximo, tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito tiene una esperanza de vida muy corta de hasta seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:
- a) Presenta diagnóstico de enfermedad en etapa terminal, avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
 - b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico.
 - c) Imposibilidad de mantener su vida de manera natural.
 - d) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.
- VII. *Medidas Mínimas Ordinarias*: consisten en la hidratación, higiene oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal según lo determine el personal médico a su cuidado.

Artículo 8.- La presente Ley se aplicará de manera vinculante en todo el territorio del Estado Plurinacional con base en los términos y disposiciones establecidas en la misma.

Artículo 9.- La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no exime de responsabilidades civil, penal o administrativa, a quienes intervienen en su realización, si incumplen con los términos de la misma.

Ninguna persona, familiar, profesional o terceros que hayan actuado en concordancia con las disposiciones establecidas en la presente Ley, estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa.

CAPÍTULO SEGUNDO DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 10.- El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo

- I. Cualquier persona con capacidad de obrar, en pleno uso de sus facultades mentales, libre y consciente.
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal.

Artículo 11.- El Documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario y tres testigos, mayores de edad.

- II. Suscrito por el solicitante, y testigos, estampando sus nombres y firmas en el mismo;
- III. El nombramiento de entre los testigos de un representante para garantizar el cumplimiento del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él.

Artículo 12.- El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, se dará lectura en voz alta a efecto de que el signatario asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento.

Artículo 13.- El Notario deberá verificar la identidad del solicitante, y de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción.

Artículo 14- En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el Notario, podrá suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en los términos del Formato establecido.

Artículo 15.- En caso de que el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito en los términos del artículo anterior, deberá darse lectura en voz alta, a efecto de que el solicitante asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento, pero no tendrá validez hasta que no se verifique la identidad de este por los dos testigos.

Artículo 16.- Una vez suscrito el Documento de Voluntad Anticipada en los términos de los artículos anteriores, deberá ser integrado, en su momento, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.

Artículo 17.- Se prohíbe a los Notarios y a terceros, redactar el documento de voluntad anticipada, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras, bajo la pena de ley.

Artículo 18.- En caso de que el solicitante no utilizare el formato correspondiente y/o no pudiera redactar y escribir el documento de voluntad anticipada, expresará de modo claro y terminante su voluntad al Notario, quien redactará por escrito las cláusulas del Documento de Voluntad Anticipada, sujetándose estrictamente a la voluntad del solicitante y las leerá en voz alta para que éste manifieste si está conforme.

Artículo 19.- Cuando el solicitante declare que no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada deberá igualmente suscribirse ante tres testigos, y uno de ellos firmará a ruego del solicitante, quien imprimirá su huella digital.

Artículo 20.- En caso de que el solicitante fuere sordomudo, y supiera el lenguaje a señas, el Notario deberá nombrar a costa del solicitante un traductor, quien concurrirá al acto y explicará al solicitante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada.

Si el solicitante no puede o no sabe leer y escribir, concurrirá al acto una persona que fungirá como intérprete, quien corroborará la voluntad que dicte aquél.

Artículo 21- Las formalidades expresadas en este capítulo se practicarán en un solo acto que comenzará con la lectura del Documento de Voluntad Anticipada y el Notario, dará fe de haberse llenado aquéllas.

Artículo 22.- El solicitante o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo.

Artículo 23.- No podrán ser testigos:

- I. Los menores que no han cumplido 18 años de edad.
- II. Quienes se hallen privados de la razón por cualquier causa y en general los dementes declarados.
- III. Los ascendientes y descendientes del enfermo en etapa terminal o su cónyuge.
- IV. Los ciegos, los sordos y mudos.
- V. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente.
- VI. En general quienes tengan interés directo en el Documento de Voluntad Anticipada.
- VII. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad o perjurio.

Artículo 24.- No podrán realizar el Documento de Voluntad Anticipada.

- I. Las personas que no han cumplido 18 años de edad;
- II. Los interdictos.
- III. Los que no se hallen en su sano juicio, por cualquier causa, al hacer el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 25.- El cargo de representante es voluntario y gratuito; pero el que lo acepte, se constituye en la obligación de desempeñarlo.

Artículo 26.- El representante que presente excusas, deberá hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento.

Artículo 27.- Pueden excusarse de ser representantes:

- I. Los en mal estado habitual de salud, los que por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación;
- II. Los empleados y funcionarios públicos;
- III. Los militares en servicio activo;
- IV. Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido.
- V. Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.

Artículo 28.- Son obligaciones del representante:

- I. La revisión y confirmación de las disposiciones establecidas por el signatario en el Documento de Voluntad Anticipada.
- II. La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada.
- III. La verificación, cuando tenga conocimiento por escrito, de la revocatoria que realice el signatario al Documento de Voluntad Anticipada.
- IV. Las demás que le imponga la ley.

Artículo 29.- Los cargos de representante concluyen:

- I. Por el término natural del encargo.

- II. Por muerte del representante.
- III. Por muerte del representado.
- IV. Por incapacidad legal.
- V. Por excusa que el juez califique de legítima.
- VI. Por revocación de su nombramiento o remoción, hecha por el signatario para su realización.

CAPÍTULO TERCERO DE LA NULIDAD Y REVOCACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 30.- Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada realizado bajo las siguientes circunstancias:

- I. El realizado bajo influencia de amenazas contra el signatario o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes, concubinario o concubina;
- II. El efectuado por dolo o fraude;
- III. Aquél que se otorga en contravención a las formas prescritas por la ley.
- IV. Aquel en el que medie alguno de los vicios del consentimiento para su realización.

Artículo 31.- El signatario que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el artículo anterior, podrá, luego que cese dicha circunstancia, revalidar su Documento de Voluntad Anticipada con las mismas solemnidades que si lo signara de nuevo; de lo contrario será nula la revalidación.

Artículo 32.- El Documento de Voluntad Anticipada únicamente podrá ser revocado por el signatario del mismo en cualquier momento.

Artículo 33.- No podrán por ninguna circunstancia establecerse o pretenderse hacer valer disposiciones testamentarias, legatarias o donatarias de bienes, derechos u obligaciones diversas en el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 34.- En caso de que existan dos o más Documento de Voluntad Anticipada será válido el último firmado por el signatario.

CAPÍTULO CUARTO DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 35.- Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley y en el Documento de Voluntad Anticipada, el propio enfermo en etapa terminal, si este se encontrase en la capacidad de poder expresarse y/o el representante, los familiares y/o personas señaladas en el testamento vital, presentaran mediante carta notariada ante autoridad competente del Nosocomio en el que se encontrase internado el enfermo en etapa terminal, la solicitud de efectuar las disposiciones establecidas en dicho documento.

El personal de salud correspondiente deberá realizar dichas disposiciones en los términos solicitados y prescritos en el Documento de Voluntad Anticipada y de acuerdo a lo establecido para ello en los procedimientos y en referencia al derecho establecido para ello en el artículo 14 Bis 3 del Código Civil.

Artículo 36.- Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes.

Para los efectos del párrafo anterior se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento que el personal de salud correspondiente determine, respetando la voluntad expresada en el documento de voluntad anticipada.

Artículo 37.- El personal de salud a cargo del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada y las disposiciones de la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización.

Será obligación de Ministerio de Salud, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud a fin de dar el cumplimiento del Documento de Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal.

Asimismo, el Ministerio de Salud emitirá los lineamientos correspondientes para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada en las instituciones privadas de Salud.

Artículo 38.- El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

Artículo 39.- No podrán realizarse las disposiciones contenidas en el Documento de Voluntad Anticipada y en la presente Ley, a enfermo que no se encuentre en etapa terminal.

CAPÍTULO QUINTO DE LOS RESPONSABLES DEL PERSONAL DE SALUD DEL NOSOCOMIO DONDE SE HALLE INTERNADO EL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

Artículo 40.- EL personal de salud designado por la autoridad del nosocomio donde se halle internado el enfermo en etapa terminal será la encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley y en el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 41.- Son atribuciones del personal asignado:

- I. Recibir, archivar y resguardar los Documentos de Voluntad Anticipada, tanto en las instituciones públicas y privadas de salud;
- II. Hacer del conocimiento del Ministerio Público los Documento de Voluntad Anticipada; procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 42.- La presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial.

Artículo 43.- A partir de la entrada en vigor de la presente Ley, se derogan las demás disposiciones que contravengan al mismo.

Artículo 44.- El Ministerio de Salud tendrá 90 días hábiles para emitir el Reglamento y los Lineamientos conducentes para la aplicación de la presente ley.

Artículo 45.- El Ministerio de Salud, deberá realizar a más tardar en 90 días hábiles las adecuaciones correspondientes al Reglamento del Ministerio, para proveer en la esfera administrativa lo relativo a la responsabilidad de los profesionales en salud responsables en materia de la presente Ley.

Artículo 46.- La Asamblea Legislativa Plurinacional, deberá establecer en el Presupuesto los recursos correspondientes y suficientes para la operación y difusión de la Ley de Voluntad Anticipada.

Artículo 47.- Publíquese la presente Ley en la Gaceta Oficial para su difusión.

BIBLIOGRAFÍA

- ALIAGA Iván Mauricio R. **Apuntes de criminología**, 2da Ed. Prisa Ltda. (2003)
- ANZE, Rodolfo; “ **Guía metodológica taller de proyecto de grado**” policopiado, (2004)
- BERGOGLIO M.T. y Bertoldi M.V.: **La eutanasia, distanasia y ortotanasia**. Nuevos enfoques de una antigua cuestión. El Derecho N° 117, Madrid España, (1986)
- BIDART CAMPOS, Germán, “**Estudios Constitucionales sobre la Constitución y el derecho a la salud**”. Argentina. Astrea, (1995)
- CABANELLAS, Guillermo: “Diccionario de Derecho Usual”, Heliasta, Buenos Aires – Argentina, (1972)
- CIFUENTES, Santos, “**Derechos personalísimos**”, España, cit., pág. 229.
- Código Civil Boliviano. La Paz Bolivia (1976)
- Código Penal Boliviano. La Paz Bolivia. (2002)
- Derecho Penal, Tomo I y II, Benjamín Miguel Harb, (Ed.) Urquiza S.A, La Paz Bolivia, (1986)
- Dentro de las Leyes, I Código Ético de la Medicina en Bolivia; Colegio Médico de Bolivia, (2005)
- DOMÍNGUEZ M.E. **Eutanasia**, Hospital Pirovano de Tres Arroyos Centro Oncológico de Tres Arroyos. G.O.C.S 26. (1990) Gallup Poll. (1984)
- GARCÍA, Diego Javier; **Historia de la eutanasia, La eutanasia y el arte de morir**, Ed. Madrid, (1990)
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; “ **Metodología de la Investigación**” segunda edición, (1999)

- ILPES; “ **Guía para la presentación de proyectos**” Editorial Siglo XXI, México, (1999)
- JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis “**Libertad de Amar y Derecho a Morir**”. España, (2001)
- LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA, México, gaceta oficial del distrito federal el 07 de enero de (2008)
- Ley 3131 del Ejercicio del Profesional Médico. La Paz Bolivia 2005
- MODRAGON LARIOS, Víctor, “**Boletín Médico de Noticias** “, México, DF. 4 Dic (2007)
- Nueva Constitución Política del Estado, Estado Plurinacional Boliviano, Octubre (2008)
- Miguel Harb, Benjamín, DERECHO PENAL – Tomo I – Ed. Juventud; Bolivia, (1996), pág.170.
- MORETON SANZ, María Fernanda “**Los testamentos vitales. La voluntad individual del paciente**” en “A Distancia” Uned, vol. 16, nº 2, diciembre de (1998), pág. 70.
- NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel “**Homicidio Consentido**” Barcelona, España, (1998)
- OSSORIO, Manuel; **Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales**; 28ª Ed. Heliasta, (2002)
- SERRANO ESCOBAR, Luis Guillermo – TEJADA RUIZ, Claudia Patricia, “**Responsabilidad civil del Estado en la prestación de servicios médicos asistenciales**”, Edic. Jurídicas Gustavo Ibáñez, Sta. Fe de Bogotá, (1994), pág. 81.

FORMULARIO DE ENCUESTA**“PROPUESTA DE LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA A TRAVÉS DE LA
ORTOTANASIA EN ENFERMOS TERMINALES”**

N. ° Formulario

El objetivo de la presente encuesta es el de Proponer una normativa legal, referida a la Ortotanasia o Voluntad Anticipada, para aplacar la continuación del sufrimiento en enfermos terminales.

Identificación:**1. ¿Edad?**

a) 18 a 33

b) 34 a 49

c) 50 a 64

2. ¿Ocupación?

a) No trabaja.

b) Funcionario (a) publico(a) o privado(a)

c) Trabajador(a) Independiente

3. ¿Sabe el significado del término voluntad Anticipada en enfermos terminales?

SI

NO

La Ortotanasia consiste en la potestad que tiene una persona para decidir a negarse a ser sometida a los medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y/o a pedir que se le retiren los mismos para que pueda tener un deceso natural y que para ello debe encontrarse en Etapa de Salud Terminal, y goce de todas sus facultades mentales, y sólo podrá ser regida por Personal de Salud regulada por Ley.

4. ¿Se ha enterado de algún caso de persona con enfermedad en etapa terminal (desahuciada)?

SI

NO

Si responde (NO), pase a la pregunta No. 10, por (SI) continuar.

5. ¿Aproximadamente, cuánto tiempo duro el padecimiento del enfermo, hasta su deceso?

a) 1 a 2 Años

b) 2,5 a 4 Años

c) 4,5 a (Años) Adelante

6. ¿Quién se encargó directamente del cuidado del enfermo?

a) Parientes

b) Amigos

c) *Empleada de Hogar*

d) Personal de Salud (Enfermeras)

e) Nadie

7. ¿Dónde fue atendido(a) el enfermo?

a) Hospital Público

b) Hospital Privado

c) Casa de un pariente

d) En su Casa

e) Albergue

8. ¿Qué factor golpeo negativamente con mayor preponderancia, al entorno familiar del enfermo?

a) Lo económico

b) Lo Psicológico

c) La desunión familiar

9. ¿Ante quien considera que debe declarar su solicitud de Ortotanasia el Enfermo Terminal?

a) Notario

b) Abogado

c) Personal de Salud

10. ¿Considera que es necesaria una Ley Nacional referida a la Voluntad Anticipada – Ortotanasia, que evite el padecimiento de Enfermos Terminales?

SI

NO

MODELO MATEMÁTICO**UNIVERSO**

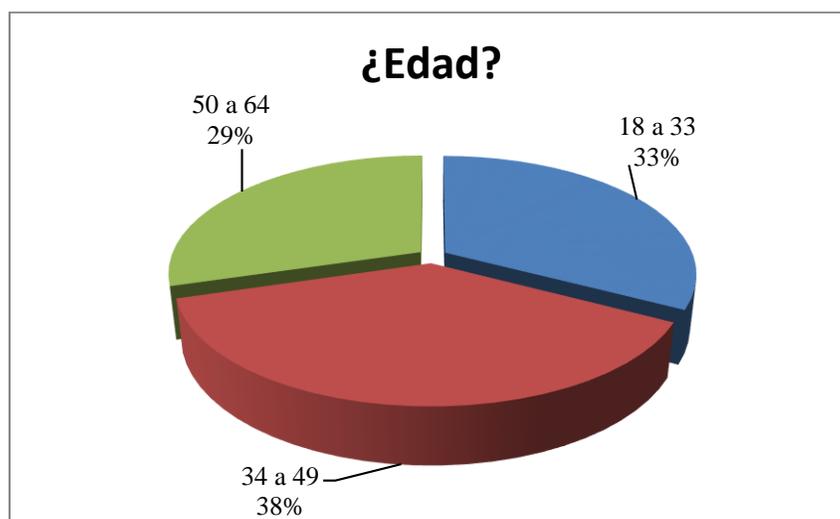
BOLIVIA POBLACIÓN		10.027.225,00
De 18 a 64 años:	60.4 %	6.056.461,42
CENSO 2012 (I.N.E.) POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ		789.585,00
De 18 a 64 años:	60.4 %	476.909,34
HOMBRES:	49%	233.685,58
MUJERES:	51%	243.223,76
	100%	476.909,34

Fuente: Censo 2012 I.N.E.

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

11. ¿Edad?

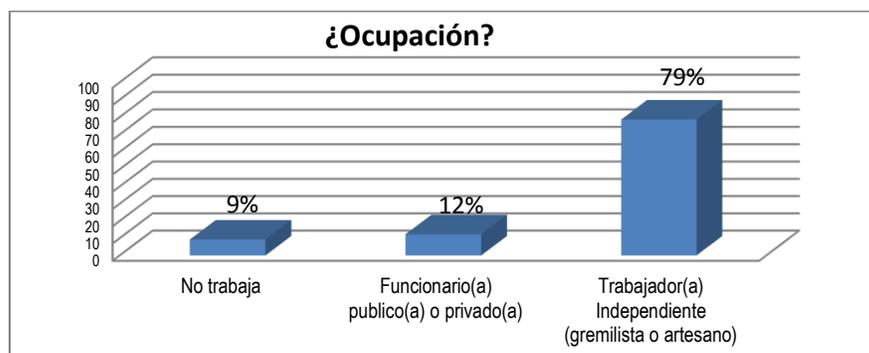
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
18 a 33	32	33	33
34 a 49	37	38	70
50 a 64	29	30	100
Total	98	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

12. ¿Ocupación?

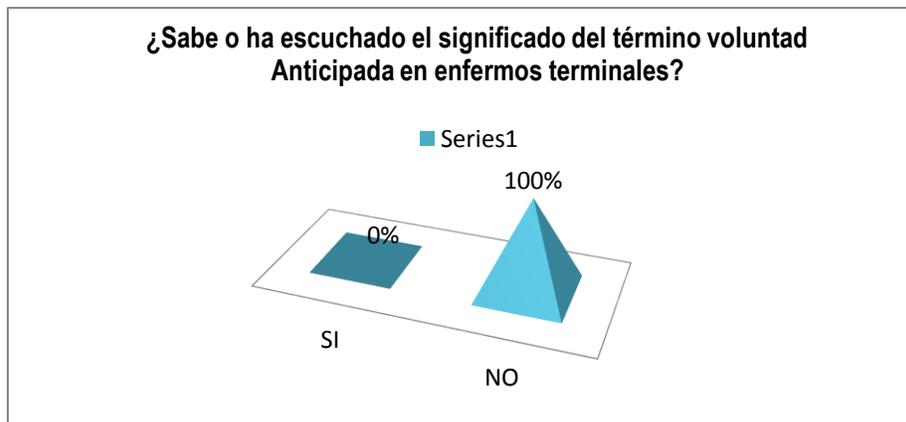
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
No trabaja	9	9	9
Funcionario(a) publico(a) o privado(a)	12	12	12
Trabajador(a) Independiente (gremialista o artesano)	77	79	79
Total	98	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

13. ¿Sabe o ha escuchado el significado del término voluntad Anticipada en enfermos terminales?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
SI	0	0	0
NO	98	100	100
Total	98	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

14. ¿Se ha enterado de algún caso de persona con enfermedad en etapa terminal (desahuciada)?

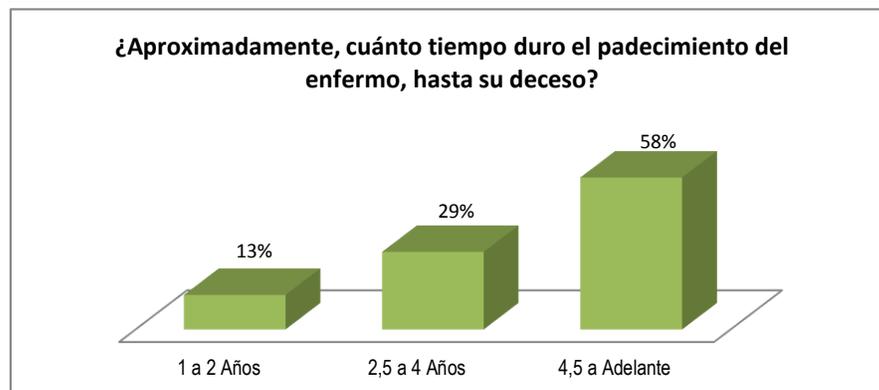
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
SI	92	94	94
NO	6	6	100
Total	98	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

15. ¿Aproximadamente, cuánto tiempo duro el padecimiento del enfermo, hasta su deceso?

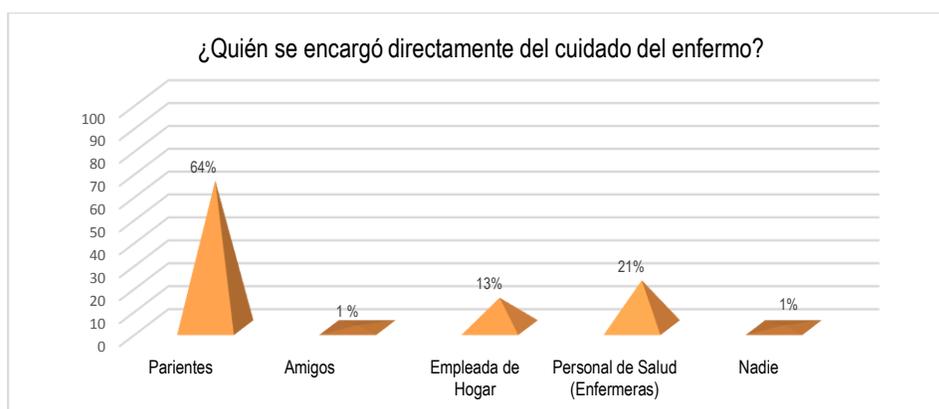
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
1 a 2 Años	12	13	13
2,5 a 4 Años	27	29	42
4,5 a Adelante	53	58	100
Total	92	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

16. ¿Quién se encargó directamente del cuidado del enfermo?

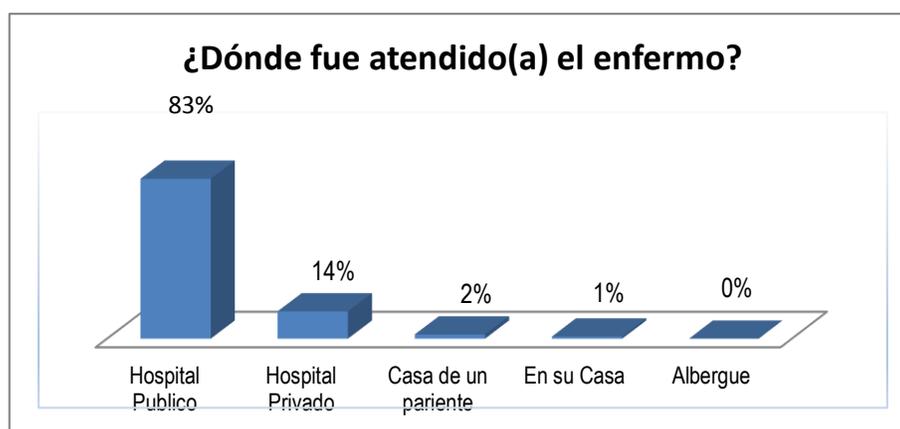
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Parientes	59	64	64
Amigos	1	1	65
Empleada de Hogar	12	13	78
Personal de Salud (Enfermeras)	19	21	99
Nadie	1	1	100
Total	92	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

17. ¿Dónde fue atendido(a) el enfermo?

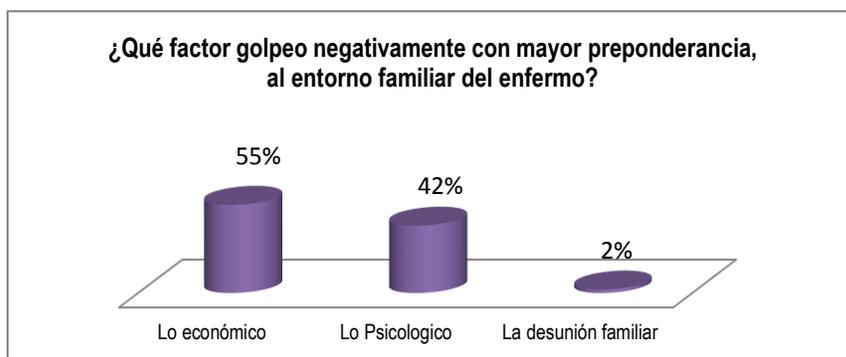
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Hospital Publico	76	83	83
Hospital Privado	13	14	97
Casa de un pariente	2	2	99
En su Casa	1	1	100
Albergue	0	0	100
Total	92	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

18. ¿Qué factor golpeo negativamente con mayor preponderancia, al entorno familiar del enfermo?

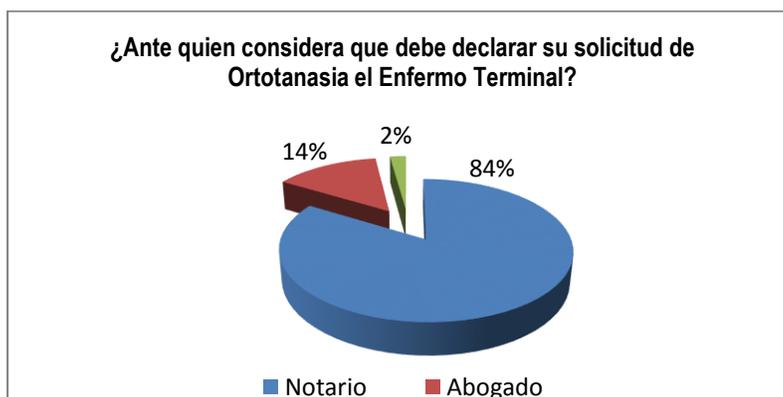
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Lo económico	51	55	55
Lo Psicológico	39	42	98
La desunión familiar	2	2	100
Total	92	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

19. ¿Ante quien considera que debe declarar su solicitud de Ortotanasia el Enfermo Terminal?

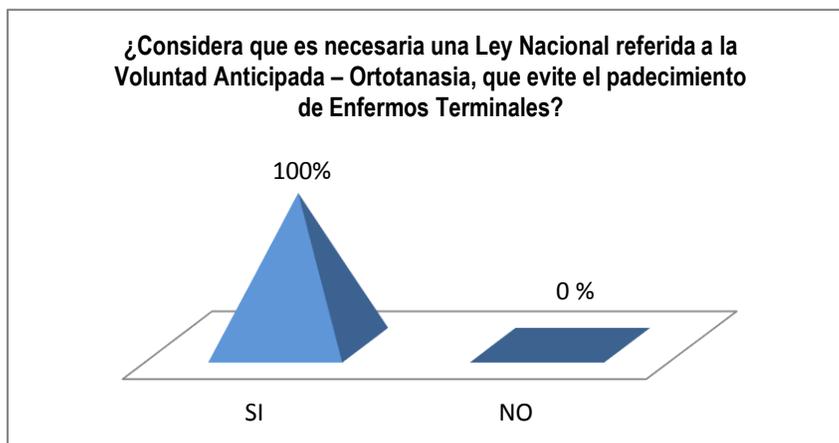
Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Notario	77	84	84
Abogado	13	14	98
Personal de Salud	2	2	100
Total	92	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

20. ¿Considera que es necesaria una Ley Nacional referida a la Voluntad Anticipada – Ortotanasia, que evite el padecimiento de Enfermos Terminales?

Variable	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
SI	92	100	100
NO	0	0	100
Total	92	100	



Fuente: Elaboración Propia en base a la aplicación de la Encuesta

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO / _____ /20____

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA	
Nombre Centro Hospitalario: _____	
Dirección y Distrito: _____	
Área de atención: _____	

DATOS DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil _____	C.I. _____
Natural de: _____	Ocupación: _____		Teléfono: _____
Dx. Terminal: _____ _____			

El que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en el artículo 7, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado Plurinacional de Bolivia; por lo que actuando de manera libre de coacción, consiente, seria, inequívoca, y reiterada expreso mi decisión para no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad.

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

DATOS DEL REPRESENTANTE			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil _____	C.I. _____
Natural de: _____	Ocupación: _____		Teléfono: _____

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

DATOS DE LOS TESTIGOS			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil _____	C.I. _____
Natural de: _____	Ocupación: _____		Teléfono: _____

Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil _____	C.I. _____
Natural de: _____	Ocupación: _____		Teléfono: _____
Observaciones: _____ _____			

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada y demás legislación aplicable.

En La Paz, Bolivia siendo las _____ horas, con _____ minutos, del día _____ del mes _____ del año 20____.

ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/_____/20__

Unidad Médica Hospitalaria	
Nombre: _____	
Domicilio: _____	
Área de atención: _____	

Datos del enfermo en etapa terminal			
Nombre: _____		No. de Expediente: _____	
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____
		Folio: _____	
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____	Teléfono: _____	
Dx. Terminal: _____			

El que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en el artículo 3, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; y artículo 2, fracción III, del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, consiente, seria, inequívoca, y reiterada **expreso mi decisión para no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad.**

Manifestación para Donación de Órganos	si		no	Con fundamento en el artículo 8, fracción IV, de la Ley de Voluntad Anticipada.
---	----	--	----	---

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

Datos del Representante			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
		Teléfono: _____	
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

			Folio:
Nacionalidad:		Ocupación:	

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Ocupación:		Ocupación:	

Observaciones
Observaciones: _____

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, su Reglamento y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las ___ horas, con ___ minutos, del día ___ del mes _____ del año 20__.

ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO

BOLETÍN INFORMATIVO SOBRE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA DE DISTRITO FEDERAL DE MÉXICO

Qué es la **Voluntad** Anticipada?



Es la decisión personal de ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar la vida cuando se encuentre en etapa terminal y por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

¿Quién es un enfermo en etapa terminal?

Es aquel paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos (es decir, corroborado por medio de estudios de laboratorio e imagen), de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo, con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida limitado.

Espíritu de la ley:

Contribuir a que la persona pueda vivir con dignidad hasta el último día de su vida

Objetivo:

Evitar la Obstinación Terapéutica la cual se define como la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.

Proteger la dignidad de la persona en etapa terminal, proporcionando las mejores condiciones disponibles para que pueda tener una MUERTE DIGNA mediante el otorgamiento de Cuidados Paliativos durante toda esta fase de la vida.



¿Cómo se logra?



Otorgando Cuidados Paliativos
Art. 3, Inciso XIII, Ley de Voluntad Anticipada



cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son los cuidados médicos que se deben otorgar a los pacientes en etapa terminal e incluyen: Control del dolor y de otros síntomas que pudieran presentarse debido a la enfermedad, además de proporcionar al paciente adecuadas condiciones de higiene, nutrición y comodidad.

Beneficios de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal

- Respalda el derecho del paciente a decidir sobre los cuidados que recibirá en la última etapa de su vida.
- Permite que los familiares y el personal de salud se enfoquen en la mejor atención disponible para el paciente.
- Ayuda a disminuir costos de atención hospitalaria para el paciente y sus familiares.
- Ayuda a reducir el desgaste en familiares y cuidadores.
- Los familiares y cuidadores reciben información por parte del personal de salud para la correcta atención del paciente en casa.
- El paciente tiene la posibilidad de morir en el lugar que más convenga (hospital o casa) recibiendo la mejor atención disponible.

¿Cómo suscribirse a la Voluntad Anticipada?



Existen dos vías de suscripción a la Ley de Voluntad Anticipada:

- 1.- Documento de Voluntad Anticipada
2. Formato de Voluntad Anticipada

Ambos son documentos que tienen sustento legal, avalan la decisión y reafirman la voluntad de la persona respecto a ser o no ser sometida a medios, tratamientos o procedimientos médicos que prolonguen su sufrimiento durante la etapa terminal.

Documento de Voluntad Anticipada

- Se otorga a toda persona mayor de 18 con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, pudiendo tener o no una enfermedad terminal.
- Se otorga en Notarías del Distrito Federal y tiene un costo establecido por las mismas.
- Manifiesta la petición libre consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que propicien la obstinación terapéutica.

Formato de Voluntad Anticipada

- Se otorga en Hospitales Públicos y Privados del Distrito Federal a pacientes que padecen una enfermedad en etapa terminal.
- Es suscrito por el enfermo en etapa terminal o su representante (en caso de menores de edad y personas sin capacidad de decisión), ante el personal de salud correspondiente.
- Es totalmente gratuito.

	FORMATO	DOCUMENTO
Autoridad	Personal de la SSDF	Notario Público
	SSDF y privada	Cualquier Notaría
Requisitos del suscriptor	Aval del comité de Ética	Cualquier persona con capacidad de ejercicio
Representante	SI	SI
Testigos	SI	SI
Costos	NO	SI

FORMATO: (Requisitado)

PERSONAL DE SALUD ENCARGADO: Notifica(48 horas)

Coordinación Especializada en Voluntad Anticipada: Notifica(72 horas)

Ministerio Público DOCUMENTO: (Requisitado)

NOTARIO: Notifica(72horas)

Coordinación Especializada en Voluntad Anticipada: Notifica(72horas)

¿La Voluntad Anticipada es eutanasia?

La Voluntad Anticipada NO es eutanasia, ya que su objetivo no es provocar la muerte o acortar la vida del enfermo terminal, sino respetar y acompañar el curso natural de la enfermedad en esta etapa.

681 Documentos suscritos ante Notario

De estos 681 documentos, 261 son de hombres y 420 de mujeres. De los cuales, 174 son hombres casados y 87 solteros; mujeres casadas son 158 y solteras 262. Del total, 323 especificaron su voluntad de donar órganos, 275 no aceptaron donar órganos y 83 no especificó.