

VOLUNTADES ANTICIPADAS¹

—REFLEXIONES BIOÉTICAS SOBRE EL FINAL DE LA VIDA—

La muerte nos ofrece la definición de la otredad y la mismidad. Aquel que no es de nosotros se encuentra muerto... Los otros son los que se mueren nunca nosotros. El cadáver tendido es el de otro, no el mío, por eso no se puede experimentar la propia muerte, solo la de los demás...

A. F. J. Erik Mendoza Luján²

El final de la vida se encuentra anclado en el inconsciente colectivo. Enfrentar la muerte es una experiencia individual, que depende de la visión que cada persona tenga de sí mismo y de la vida. La muerte es entendida por cada sociedad y cultura de manera diferente. Un tema estrechamente vinculado a la muerte es la enfermedad, y en la actualidad la ciencia y la tecnología han desarrollado numerosas técnicas y métodos para curar y tratar enfermedades y, como resultado, la posibilidad de prolongar la vida de las personas, lo cual permite una incidencia cada vez mayor de la acción humana en este proceso, especialmente en el ámbito de la atención de la salud, en virtud de la paulatina medicalización e institucionalización del final de la vida y el tratamiento de la enfermedad.

En ese sentido se presenta un nuevo dilema para la bioética en el ámbito clínico: ahora que existe la posibilidad de alargar la vida o bien de prolongar la llegada de la muerte, debe decidirse hasta dónde y cómo intervenir, ya que todo poder debe tener ciertos límites, y por ello debe abordarse esta situación de manera que se mantenga en todo momento el respeto y la protección a los derechos y a la dignidad humana.

No debe dejarse de lado que la concepción de la muerte está íntimamente relacionada con otras construcciones de carácter cultural, y que en ese sentido la manera en que pensamos la muerte depende de la manera en que comprendamos el valor de la vida y lo que significa proteger y sostener ese valor. Muchos de los dilemas que surgen al final de la vida tienen que ver con el problema de la multiculturalidad y el reto de la interculturalidad, y la bioética, que pretende constituirse como un espacio interdisciplinario para posibilitar el diálogo, puede proporcionar herramientas teóricas y metodológicas fundamentales para enfrentarlos.

LA IMPORTANCIA DE LOS DILEMAS AL FINAL DE LA VIDA PARA LA CONBIOÉTICA

La Comisión Nacional de Bioética, respondiendo a su misión de promover una cultura bioética en México, se preocupa por analizar y esclarecer algunos de los principales

¹ El presente documento formulado en el seno de la Comisión Nacional de Bioética, a partir de la iniciativa respectiva, cuenta con el consenso del Consejo de esta Comisión.

² *La muerte cultural. Un concepto del proceso de construcción y reconstrucción de la persona, Revista Pueblos y Fronteras digital*, Núm. 4, Dic. 2007 – Mayo 2008, En línea: <http://www.pueblosyfronteras.unam.mx>, p. 23.

conceptos y dilemas relacionados con el final de la vida desde el punto de vista de la bioética clínica. Esto con el objeto de contribuir al desarrollo de un debate informado, sustentado, razonado, razonable y respetuoso en el cual se generen acercamientos entre los distintos puntos de vista a través del diálogo, de manera que resulte en beneficio para la sociedad en su conjunto.

Asimismo, es importante resaltar que los dilemas éticos al final de la vida forman parte de los ejes temáticos de la CONBIOÉTICA, y que de hecho ya se han elaborado con anterioridad documentos en torno a diferentes aspectos relacionados con este tema. Sin embargo, dada la relevancia que actualmente tiene la discusión de los principales dilemas al final de la vida en virtud de los avances tecnológicos y el auge de un nuevo paradigma en torno a la atención de las enfermedades terminales, el desarrollo de los cuidados paliativos y la atención que se ha puesto en el ámbito jurídico al respeto a la autonomía y otros derechos humanos, es fundamental profundizar sobre el estado actual del debate en esta cuestión.

LA MUERTE DIGNA COMO PUNTO DE PARTIDA DEL DEBATE

El debate en torno al final de la vida en un inicio se centró principalmente en el derecho a la muerte digna y el respeto a la autonomía de la voluntad. La idea de una muerte sin dolor y sufrimiento ha existido a lo largo de la humanidad incluso fuera del contexto médico y sanitario –ejemplo de ello pueden ser las guerras, en las que se termina el sufrimiento de un herido a muerte, y que se conoce como “muerte por misericordia”. Pero con el desarrollo de la tecnología que permite prolongar la muerte desde el punto de vista biológico a través de distintos mecanismos de soporte vital, y esto último vinculado con la noción de autonomía, que ha tenido un gran desarrollo a lo largo de la tradición filosófica occidental, de manera especial en el pensamiento de Immanuel Kant,³ aunado a un cambio de paradigma en la atención de la enfermedad terminal y la manera en que las personas viven el fin de la vida en el ámbito de la medicina, la llamada medicalización e institucionalización del fin de la vida, resultó en la necesidad de profundizar en este tema desde el contexto clínico.

En ese sentido se discutieron especialmente los conceptos de eutanasia y suicidio médicamente asistido. La eutanasia se definió como una acción (en el caso de la eutanasia activa) u omisión (la llamada eutanasia pasiva) por parte del médico que tuviera como finalidad producir la muerte de un paciente sin dolor para terminar con su sufrimiento a causa de una enfermedad. Por su parte, el suicidio médicamente asistido fue conceptualizado como aquella acción donde el médico proporciona los medios al enfermo para que éste pueda terminar con su propia vida.⁴

Actualmente, la legislación mexicana prohíbe expresamente la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido. Más aún, las normas mexicanas no prevén a la eutanasia como una excepción para el delito de homicidio, aunque en algunos casos como en el Código Penal para el Distrito Federal se establezca una pena atenuada

³ Véase Kant, Immanuel, *La fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Edición bilingüe de José Mardomingo, Ariel, Barcelona, 1996.

⁴ Véase Álvarez del Río, Asunción, *Eutanasia: elementos para un debate bioético (primera parte)*, *Dolor, Clínica y Terapia. Revista mexicana de Algología*, año V, junio, núm. 9, 2008.

para la privación de la vida cuando exista petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca por parte de la víctima, siempre que se lleve a cabo por razones humanitarias y que ésta padezca una enfermedad incurable en fase terminal. De igual manera existen los delitos de abandono de personas, que podrían configurarse en el caso de la llamada eutanasia pasiva, que implica una conducta omisa por parte del médico, y el de ayuda o inducción al suicidio.

Lo anterior no significa de ninguna manera que el debate en torno al final de la vida ya ha sido resuelto, ya que actualmente se entiende que existen un sinnúmero de dilemas que van más allá de la cuestión de la muerte digna, y por supuesto de la eutanasia y el suicidio asistido. Asimismo, podemos observar como el binomio clásico de la atención de la salud médico-paciente se encuentra superado en cuestiones que tengan que ver con el final de la vida, puesto que la justicia reclama la inclusión de la dimensión social y familiar en la atención médica, invadiendo así la esfera de lo público y lo político.

DE LA EUTANASIA A LA ORTOTANASIA

Derivado del término eutanasia, y del dilema que se ha generado en torno a éste, se han introducido conceptos que proponen como alternativa a la eutanasia la llamada ortotanasia, que parte de la distinción entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, pero también evitando la aplicación de tratamientos y/o procedimientos médicos desproporcionados o inútiles, comportamiento médico conocido como obstinación terapéutica, encarnizamiento terapéutico o distansia,⁵ para no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los cuidados paliativos y las medidas mínimas ordinarias y tanatológicas.

Dado que la principal preocupación que existe al abordar cuestiones relacionadas con el final de la vida es, no solamente evitar el dolor, sino respetar la autonomía de la persona, puesto que de esa manera nos acercamos más a una calidad de vida, especialmente en los últimos momentos de ésta. Para ello, la ortotanasia ofrece la posibilidad de que no se realicen simplemente acciones para acortar la vida de una persona, o bien que se abandone al paciente para que muera, sino que la persona pueda rechazar un tratamiento fútil, pero sin que esto implique que dejen de atenderse sus necesidades físicas, psicológicas o emocionales y espirituales, así como las de su familia. En ese sentido, dicen algunos autores:

La finalidad es que las personas puedan vivir acorde a su condición de seres humanos el momento de su propia muerte, sin que alguien más tome las decisiones por ellos. No hablamos de una muerte digna, sino de una vida digna hasta el último momento. Aquello significa no solamente la eliminación del dolor y el sufrimiento, sino el respeto a la autonomía, es decir a nuestra voluntad sobre el tipo de atención que deseamos recibir y hasta qué momento deseamos recibirla.⁶

⁵ Véase Ara Callizo, José Ramón, *Encarnizamiento terapéutico*, en Romeo Casabona, Carlos María (Dir.), *Enciclopedia de bioderecho y bioética*, Tomo I, Comares, España, 2011, pp. 730-732.

⁶ Martínez Bullé-Goyri, Víctor M. y Olmos Pérez, Alexandra: *El respeto a la dignidad y la autonomía del paciente. Un nuevo paradigma de la atención médica*, *Jurípolis*, Vol. 1, No. 13, Departamento de

VOLUNTADES ANTICIPADAS

En ese sentido, aparece una figura fundamental para garantizar el respeto a la autonomía de las personas incluso en aquellos momentos en que ya no les es posible expresar su voluntad: los documentos de voluntad anticipada.

Dichos documentos respaldan el derecho de los enfermos a rechazar tratamientos que prolonguen su vida y obligan a los familiares y médicos a respetar su decisión, al mismo tiempo que dan confianza a estos últimos de que no incurrirán en responsabilidad jurídica, sin que esto implique que se traten de documentos estrictamente jurídicos. La trascendencia de este tema es la salvaguarda, en todo momento, de la autonomía, los derechos humanos y la dignidad de las personas enfermas.

Beauchamp y Childress, al referirse a la autonomía personal nos dicen que una persona autónoma es aquella que actúa intencionalmente, con conocimiento suficiente y sin influencias que determinen su acción,⁷ lo cual apunta evidentemente hacia la necesidad de que una persona, para tomar una decisión autónoma requiere información completa y adecuada.

El documento de voluntad anticipada ocupa un lugar importante en el debate acerca de la autonomía de los individuos.⁸ El desarrollo de este instrumento responde a una evolución desde el mundo jurídico y de la ética en relación al respeto a la autonomía de la voluntad como un principio fundamental, que resultó incluso en una serie de decisiones judiciales de gran relevancia en el derecho angloamericano que consolidaron la obligación por parte del personal de salud a observar dicho principio. Con el tiempo, la extensión de esta obligación hasta los últimos momentos de la vida de una persona se hizo inminente, y para ello se ideó que la voluntad de la persona pudiese ser plasmada en un documento de manera previa a su incapacidad para expresarla, sin que ello implique que todo el proceso de decisión y que todos los dilemas en torno al final de la vida puedan reducirse a una cuestión jurídica formal.

Este documento comprende estipulaciones de una persona competente acerca de los tratamientos que desea o no recibir si llega a caer en estado de incompetencia. Por su naturaleza, se ha implementado en varios países con el fin de facilitar el ejercicio de la autonomía en el ámbito de los servicios de salud. Dicho documento es firmado ante un notario; en él se designa un representante que vigilará el cumplimiento de la voluntad del solicitante. En México está contemplado dentro de la Ley de Voluntad Anticipada de diversas entidades federativas.

Estudios Jurídicos y Sociales de la Escuela de Humanidades y Ciencias Sociales del Tecnológico de Monterrey, México, 2012, p. 240.

⁷ Beauchamp, Tom L. and Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, 6a ed., Oxford University Press, New York, USA, 2009, pp. 101.

⁸ Véase Pacheco Escobedo, Alberto, *El llamado testamento biológico (Living Will)*, *Memoria del Seminario Salud y Derechos Humanos*; México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991, pp. 22-27.

La primera Ley de Voluntad Anticipada que entró en vigor en México, el 7 de enero de 2008, fue la del Distrito Federal. La Ley en principio regulaba las formalidades y requisitos del documento de voluntad anticipada, las obligaciones del notario, las reglas de suscripción del documento, así como la representación y los testigos. El denominado documento de voluntad anticipada se realiza ante personal de salud (puede firmar un documento de voluntad anticipada toda persona mayor de edad con capacidad de legal). Este primer intento de regulación en el Distrito Federal, marcó una pauta importante para el surgimiento de legislaciones similares en otras entidades federativas.

Sin embargo, dado que la legislación contemplaba requisitos excesivos que obstaculizaban la emisión de los formatos y documentos de voluntades anticipadas, el 13 de diciembre de 2011 se dio una modificación en la que se derogan muchas de las formalidades a que estaban sujetos estos procedimientos, además se estableció explícitamente la obligación que tienen los familiares de respetar las decisiones expresadas en por el paciente, así como las facultades de sus representantes para hacer cumplir dichas decisiones. No obstante, en los casos en que no exista un documento de voluntad anticipada previamente suscrito por el paciente, las nuevas disposiciones omiten señalar aquello que pueden o no hacer los familiares y el médico tratante, es decir quién habrá de tomar una decisión de manera subrogada y bajo qué criterios.

En la actualidad, en México encontramos Ley de Voluntad Anticipada en la legislación estatal de Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí y el Distrito Federal; en Guanajuato ya fue aprobada y entró en vigor en enero de 2012. En Coahuila y San Luis Potosí, no lleva el mismo nombre, pero su contenido es coincidente. Asimismo, en Chihuahua fue propuesta en junio de 2011 y se está estudiando su aprobación.

Las leyes de todos los estados contemplan más o menos los mismos aspectos y el trámite es similar: todas se preocupan por la dignidad humana en la última etapa de la vida y en algunos casos toman en cuenta el problema social que representan los gastos innecesarios. Es importante mencionar que en la mayoría de las leyes estatales se mencionan elementos que se relacionan con los dilemas éticos al final de la vida: enfermedad terminal, eutanasia, ortotanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación controlada, obstinación terapéutica y objeción de conciencia; además, de manera indirecta promueven la donación y el trasplante de órganos.

En general se prohíben las conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida; no intenta promover la eutanasia, sino reconocer el derecho a rechazar el tratamiento terapéutico y a recibir los llamados cuidados paliativos.

CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos se proporcionan a los enfermos en situación terminal con el propósito de maximizar su calidad de vida. Esto es, controlar síntomas como dolor, miedo y náusea, sensación de asfixia, entre otros, por medio de apoyo multidisciplinario donde intervienen diversos especialistas: anesthesiólogos, algólogos, psiquiatras, internistas, trabajadores sociales, enfermeras, entre otros.

Los llamados cuidados paliativos, tienen por objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan sin dolor y sufrimiento, pero también

brindándoles una atención integral, abarcando tanto la dimensión física, como psicológica, social y espiritual de cada individuo, y en ese sentido se plantea la necesidad de que dichos cuidados se proporcionen por equipos especializados de carácter interdisciplinario, y que incluyan a la familia de la persona.

Dentro del concepto de cuidados paliativos el concepto de morir con dignidad es fundamental. Cuando las terapias no ofrecen los beneficios deseados o cuando los efectos adversos, debidos al propio tratamiento, superan los beneficios, es momento de pasar de las terapias tradicionales al tratamiento paliativo.⁹

En 2009 se adicionó a la Ley General de Salud el Título Octavo BIS “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”, el cual consta de 4 capítulos y 22 artículos. Esta modificación surgió de la necesidad de contar con una guía de permisibilidad legal para enfrentar la inminente muerte de pacientes con enfermedades terminales. Algunas entidades federativas cuentan ya con una regulación concreta de los cuidados paliativos, como es el caso de Aguascalientes,¹⁰ el Distrito Federal,¹¹ Jalisco¹² y Tabasco¹³.

ALGUNOS DILEMAS RELEVANTES AL FINAL DE LA VIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOÉTICO

La reflexión bioética contemporánea sobre el final de la vida ha dado avances significativos. Hoy en día, la eutanasia ha dejado de ser el centro del debate, pues las posturas alrededor de esa conducta y sus implicaciones han sido discutidas ampliamente, lo que ha permitido abrir el panorama sobre la muerte con dignidad.

Pero ello no significa que el tema deba dejarse de lado, sino que los dilemas que se nos presentan se han ampliado y diversificado.

⁹ Cerdá-Olmedo, Germán, *Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. eutanasia*, en Tomás Garrido, María (coord.), *Manual de bioética*, Barcelona, Gloria Ariel Ciencia, 2001, p. 445.

¹⁰ El 25 de junio de 2009 se expidió el decreto número 263, publicado el de julio de 2009 en el Periódico oficial del Estado, mediante el cual se adicionaron diversas disposiciones a la Ley de Salud del Estado de Aguascalientes con la finalidad de establecer los cuidados paliativos. Más adelante, el 26 de octubre de 2006 se expidió el decreto número 302, que fue publicado el 14 de diciembre de ese año, que tenía como finalidad implementar a la Ley de Salud del Estado de Aguascalientes disposiciones en materia materno infantil y geriátrica. En dicha reforma se estableció, en un artículo 74 ter, que la atención geriátrica comprendía el suministro de cuidados paliativos. Por último, el decreto número 368 expedido el 18 de febrero de 2010 reformó el inciso t) de la fracción IV, del apartado A) del Artículo 28, que había sido adicionado mediante el decreto 263 de junio de 2009, estableciendo entre las facultades del Poder Ejecutivo del Estado, que ejercerá por conducto del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes de organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general la creación de una unidad administrativa encargada de recibir, recabar, resguardar y supervisar el cumplimiento de los cuidados paliativos que soliciten los pacientes en etapa terminal en los términos de la ley aplicable a la materia.

¹¹ En el Distrito Federal, la Ley de Salud establece en su artículo 5 que se consideran servicios básicos de salud, entre otros, los referentes a la atención médica, que comprendan actividades paliativas. Dicha Ley también contiene en sus artículos 11, 17, 28 y 96 disposiciones referentes a los cuidados paliativos.

¹² Por decreto número 20426 de diciembre de 2003 se reformaron diversas disposiciones de la Ley Estatal de Salud del Estado de Jalisco en relación a varios temas importantes en materia sanitaria, entre los cuales figuró el tema del tratamiento del dolor.

¹³ La Ley de Salud estatal fue reformada en mayo de 2010 para incluir los cuidados paliativos.

Ejemplo de lo anterior es la dificultad de delimitar el esfuerzo terapéutico de la eutanasia pasiva, especialmente en el caso en que se habla de la sedación paliativa, que implica la administración de fármacos paliativos a un paciente, a sabiendas de que con ello éste pueda perder el estado de alerta o pueda acortarse su vida, siempre que se suministren con la intención de aliviar el dolor del paciente. La cuestión relevante aquí es precisamente la intención, y en ese sentido cobra importancia fundamental la doctrina del doble efecto, en el que se realiza una acción que necesariamente tiene consecuencias previsibles deseadas y no deseadas, pero que en la medida en que no puedan evitarse las no deseadas, consecución de las deseadas, se justifica la acción.¹⁴

Por otro lado, es fundamental respetar la libertad que tiene el personal de salud de no atender peticiones que impliquen acortar la vida de una persona. En ese sentido, la objeción de conciencia es una figura a través de la cual el personal de salud puede oponer sus creencias y convicciones personales para no llevar a cabo una petición, sin que lo anterior lo exima de buscar que ésta sea satisfecha por otra persona, de manera que tampoco se elimine el derecho que tiene el enfermo a decidir acerca de la atención de su salud.¹⁵

Existen también dilemas relacionados con la disposición de órganos y tejidos para su donación y trasplante, y por supuesto se ha planteado el problema de la donación y la disposición de gametos post-mortem para efectos reproductivos,¹⁶ especialmente en los casos en que no existe una manifestación de voluntad inequívoca por parte del donante.¹⁷

Una de las situaciones que más polémica ha generado tiene que ver con la decisión de los padres sobre la atención de la salud de un menor de edad que padece una enfermedad terminal, puesto que, si bien se entiende que son ellos quienes tienen el derecho a tomar este tipo de decisiones, también es importante resaltar el principio que obliga a buscar el mayor beneficio para el menor, y por otro lado la posibilidad de que un menor de edad se encuentre en condiciones óptimas de tomar una decisión autónoma acerca de su salud y expresar su voluntad, y cuyos deseos pudieran contradecir a los de sus padres.¹⁸

¹⁴ Acerca de la doctrina del doble efecto véase Miranda Montecinos, Alejandro *El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico*, *Revista Chilena de Derecho*, vol. 35 N0 3, 2008, pp. 485 – 519, y Manrique, María Laura, *Responsabilidad, dolo eventual y doble efecto*, *DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho*, No.30, 2007, pp. 415-434.

¹⁵ Domínguez Márquez, Octaviano H., *Objeción de conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal*, *Acta Bioética*, 2009, núm. 15, vol. 1, p. 98.

¹⁶ Véase: Strong, Carson, Gingrich, Jeffrey R. y Kutteh, William H., *Ethics of postmortem sperm retrieval. Ethics of sperm retrieval after death or persistent vegetative state*, *Human reproduction*, Vol. 15, No. 4, 2000, pp. 739-745.

¹⁷ Véase: Vázquez, Rodolfo, *Consentimiento y extracción de órganos*, *Isonomía*, México, ITAM, núm. 1, octubre de 1994, y Brena Sesma, Ingrid, *Reflexiones jurídicas en torno a los sujetos que intervienen en un trasplante de órganos*, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie, año XXXV, Núm. 105, septiembre-diciembre 2002, pp. 797-816.

¹⁸ Véase Garduño Espinosa, Armando, Et. Al., *Consentimiento informado en pediatría. La autonomía del niño en discusión*, *Revista mexicana de pediatría*, Vol. 68, Núm. 3, Mayo-junio 2001, pp. 108-111, y Ogando Díaz, B. y García Pérez, C., *Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro*, *Pediatría Integral*, Vol. XI, Núm. 10, Sociedad Española de Pediatría Extra hospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), Diciembre de 2007, PP. 877-883.

En los casos de los menores e incapaces, la decisión la debe tomar un tercero, y en ese sentido es posible recurrir a uno de los siguientes criterios para tomar una decisión subrogada:

a. Criterio del juicio sustituto

Quien está llamado a decidir lo debe hacer sobre la base de lo que el paciente o el sujeto hubiera querido. De manera tal que se debe tener conocimiento de los deseos de éste o de lo que, conforme a la forma de vivir y pensar de esta persona, se entiende que hubiera podido desear.

b. Criterio de los mejores intereses

En estos casos el individuo llamado a decidir lo hace sobre la base de lo que cree causará mayores beneficios al paciente o sujeto por quien decide.

c. Criterio de la persona razonable

Se trata de evitar caer en sesgos o paternalismos, y dado que no se conoce la voluntad expresa de la persona, quien decide debe hacerlo como considere que una persona razonable y objetiva lo haría, tomando en cuenta todos los factores que intervienen en una circunstancia.

Mientras el criterio del juicio sustituto se basa en un principio de respeto a la autonomía, el de los mejores intereses lo hace sobre un principio de beneficencia y el de la persona razonable pretende aportar una perspectiva desde el punto de vista de la justicia. Sin embargo, cada uno de estos criterios presenta problemas, puesto que, en el caso del primero, parece complicado conocer en algunos casos o inferir los deseos de una persona con exactitud, mientras que en el caso del segundo puede pensarse que una acción se hace en beneficio de una persona y no serlo, agregando que cada quien tiene una idea distinta de lo que considera mejor para sí mismo, y finalmente el criterio de la persona razonable, si bien pretende objetividad y ausencia de sesgos, es difícil desprender a las personas de sus propias convicciones, creencias o posturas, especialmente cuando se trata de toma de decisiones sobre aspectos tan delicados que llaman inevitablemente a la sensibilidad y la subjetividad, además de que persisten las preguntas ¿quién es una persona razonable? Y ¿qué es lo razonable?

RETOS A ENFRENTAR Y CONCLUSIONES

Como hemos visto, la etapa que corresponde al final de la vida genera una serie de situaciones en torno a las cuales surgen dilemas en virtud de los valores que se involucran en dicho proceso, el choque cultural, la injerencia de la tecnología y la ciencia, la dimensión social de la muerte, y sobre todo el conjunto de derechos y deberes éticos y jurídicos que se enfrentan por tratarse de un hecho que se relaciona con individuos que son, ante todo, seres humanos.

Mencionamos antes que la bioética pretende integrar diversas disciplinas y áreas del conocimiento, pero también diversos sectores de la población, para conformar un espacio plural y respetuoso en el que triunfe el diálogo en busca de soluciones a problemas sociales concretos que tengan que ver con la vida en general, pero particularmente la vida humana. En ese sentido, las aportaciones teóricas y metodológicas de la bioética y las diferentes

voces y perspectivas que se suman a ella son de gran valor para la resolución de conflictos tan complejos y multidimensionales como aquellos que emergen al final de la vida de una persona.

El desarrollo de la bioética en el ámbito clínico se ha dado en virtud de la inevitable relación que existe entre la atención de la salud y la vida en condiciones de dignidad, y la injerencia que la tecnología y la ciencia han tenido en el ámbito de la medicina, así como el desarrollo de la teoría de los derechos humanos como paradigma jurídico contemporáneo.

El pasado 14 de diciembre de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma a la Ley General de Salud, a través de la cual se adicionó el artículo 41 Bis, el cual establece que los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución, deberán contar con Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica preventiva, curativa, de rehabilitación o paliativa, así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia.

En ese sentido, los retos que enfrentan el médico, el paciente, su familia, y la sociedad en su conjunto al final de la vida de una persona, si bien pueden parecer distantes a una solución, cuentan hoy en día con una herramienta institucional para que se facilite el diálogo y la toma de decisiones bajo criterios bioéticos. Los Comités Hospitalarios de Bioética son un espacio por demás adecuado para la discusión de temas relacionados con el final de la vida, y pueden aportar valiosos elementos, a través de sus recomendaciones, para orientar la actuación de las personas involucradas para la toma de decisiones informada y pertinente, pero sobre todo de manera que se salvaguarde en todo momento la dignidad de la persona hasta el último momento de su vida.

La COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA expresa su reconocimiento al doctor Guillermo Soberón Acevedo, una de las figuras más destacadas de la medicina y la salud pública en México, quien al editar la obra Muerte digna, publicada por la CONBIOÉTICA, tuvo el acierto de reunir a numerosos especialistas para discutir sobre el tema y así sentar las bases de muchas reflexiones actuales.

REFERENCIAS

- Álvarez del Río, Asunción, “Eutanasia: elementos para un debate bioético (primera parte)”, *Dolor, Clínica y Terapia. Revista mexicana de Algología*, año V, junio, núm. 9, 2008.
- Ara Callizo, José Ramón, “Encarnizamiento terapéutico”, en Romeo Casabona, Carlos María (Dir.), *Enciclopedia de bioderecho y bioética*, Tomo I, Comares, España, 2011, pp. 730-732.
- Beauchamp, Tom L. and Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, 6a ed., Oxford University Press, New York, USA, 2009.
- Brena Sesma, Ingrid, “Reflexiones jurídicas en torno a los sujetos que intervienen en un trasplante de órganos”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie, año XXXV, Núm. 105, septiembre-diciembre 2002, pp. 797-816.
- Cerdá-Olmedo, Germán, “Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. eutanasia”, en Tomás Garrido, María (coord.), *Manual de bioética*, Barcelona, Gloria Ariel Ciencia, 2001, pp. 445-461.
- Domínguez Márquez, Octaviano H., “Objeción de conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal”, *Acta Bioética*, 2009, núm. 15, vol. 1, pp. 94-99.
- Garduño Espinosa, Armando, Et. Al., “Consentimiento informado en pediatría. La autonomía del niño en discusión”, *Revista mexicana de pediatría*, Vol. 68, Núm. 3, Mayo-junio 2001, pp. 108-111.
- Manrique, María Laura, “Responsabilidad, dolo eventual y doble efecto”, *DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho*, No.30, 2007, pp. 415-434.
- Martínez Bullé-Goyri, Víctor M. y Olmos Pérez, Alexandra, “El respeto a la dignidad y la autonomía del paciente. Un nuevo paradigma de la atención médica”, *Jurípolis*, Vol. 1, No. 13, Departamento de Estudios Jurídicos y Sociales de la Escuela de Humanidades y Ciencias Sociales del Tecnológico de Monterrey, México, 2012, pp. 227-240.
- Mendoza Luján, A.F.J. Erik, “La muerte cultural. Un concepto del proceso de construcción y reconstrucción de la persona”, *Revista Pueblos y Fronteras digital*, Núm. 4, Dic. 2007 – Mayo 2008, En línea: [http:// www.pueblosyfronteras.unam.mx](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx)
- Miranda Montecinos, Alejandro “El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico”, *Revista Chilena de Derecho*, vol. 35 N0 3, 2008, pp. 485 – 519
- Ogando Díaz, B. y García Pérez, C., “Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro”, *Pediatría Integral*, Vol. XI, Núm. 10, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), Diciembre de 2007, PP. 877-883
- Pacheco Escobedo, Alberto, “El llamado testamento biológico (*Living Will*)”, *memoria del Seminario Salud y Derechos Humanos*; México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991, pp. 22-27.
- Soberón, Guillermo y Feinholz, Dafna (eds.), *Muerte digna. Una oportunidad real*, México, Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud, 2008.

Strong, Carson, Gingrich, Jeffrey R. y Kutteh, William H., “Ethics of postmortem sperm retrieval. Ethics of sperm retrieval after death or persistent vegetative state”, *Human reproduction*, Vol. 15, No. 4, 2000, pp. 739-745.

Vázquez, Rodolfo, "Consentimiento y extracción de órganos", *Isonomía*, México, ITAM, núm. 1, octubre de 1994, 192-201.