



asociación
mexicana de
tanatología, a. c.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA MUERTE

TESINA
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGÍA

PRESENTA

Jorge Rafael Torres Morelos



ASOCIACION MEXICANA
DE EDUCACIÓN CONTINUA
Y A DISTANCIA

México, D.F. a 24 de Abril del 2012.

Asunto: *Carta de revisión y aprobación de tesina.*

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE

Presidente de la Asociación
Mexicana de Tanatología, A.C.

P r e s e n t e.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

JORGE RAFAEL TORRES MORELOS

Integrante de la Generación 2011-2012.

El nombre de la Tesina es:

“ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA MUERTE”

A t e n t a m e n t e

Psic. Alberto Romo Becerril

Director de Tesina.

Aspectos éticos y legales de la muerte



“Si fuéramos inmortales, inventaríamos la muerte para disfrutar del placer de la vida”

Jorge R. Torres Morelos

DEDICATORIAS

Agradezco a:

A la psicóloga Olivia Corral y al pastor Jordi Martínez (profesores del Seminario Teológico “Anna Sanders”), por sus enseñanzas teóricas y espirituales compartidas en el “Diplomado en Tanatología Bíblica”, quienes despertaron en mí, la inquietud por continuar la formación como tanatólogo.

A la Asociación Mexicana de Tanatología A. C., por darme la oportunidad de participar en el “Diplomado en Tanatología”, cursos, talleres y congresos. Y sabiendo que es una institución reconocida, agradezco la oportunidad que me brinda para obtener la validez y certificación oficial como tanatólogo.

Al Instituto Mexicano de Psicooncología, por tener el interés y el compromiso en hacer de la tanatología una profesión a nivel de posgrado y estar organizando constantemente cursos de actualización. Y por haber ampliado mis expectativas, al ofrecerme la oportunidad de cursar la “Maestría en Tanatología” y posteriormente el “Doctorado en Tanatología”

A mis compañeros de clase, por compartir de sus vivencias personales y profesionales.

A la maestra Martha Rosas y al psicólogo Humberto Pastor, por su confianza al invitarme a participar como docente en diplomados, cursos, talleres y charlas sobre tanatología en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la Secretaría de Salud.

A mis alumnos, por su apertura al compartirles de esta “pasión”

A mis pacientes, por ser como libros y corazones abiertos, que me permiten aprender, entender y sensibilizarme a través de ellos cada día.

A mi familia, por su apoyo moral, su tiempo compartido y sus bendiciones.

A mí novia Lety Espinosa Urban; por su compañía, sus consejos, su paciencia y su amor. Por inyectarme de entusiasmo en momentos de debilidad y de claridad en momentos de confusión.

A los seres queridos y compañeros que iniciaron el largo viaje a la eternidad; que al recordarles aun me provocan nostalgia, pero también nuevos bríos para seguir acompañando, valorando y amando.

También esta tesis, está dedicada aquellas personas que han perdido algo o alguien muy especial, y que la información que esta obra ofrece, pueda ayudarles a comprender esta dura experiencia y poderlos acompañar en este camino de duelo.

Sobre todo agradezco a Dios y a su hijo Jesucristo; por su presencia, su guía, su misericordia y su protección. Por haber puesto en mi vida, aquellos lugares y aquella persona idónea, para bendecir y ser bendecido. Por permitirme crecer en la comprensión y en la compasión, en su voluntad y en su sabiduría. Y ser en sus manos, instrumento de sus obras. ***“Reconociendo que sólo de Él emana todo conocimiento y todo consuelo”***

- CONTENIDO TEMÁTICO -

“ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA MUERTE”

Carta de revisión y aprobación de tesina, pag. 2

Dedicatorias, 4

Justificación, objetivos y alcances, 6

Introducción, 9

La ética, 18

Los derechos humanos del paciente, 21

Bioética, 23

Aspectos éticos de la medicina, 27

La relación médico-paciente, 32

El Aborto, 40

El Suicidio, 47

El homicidio, 52

La Eutanasia, 54

La donación y trasplante de órganos, 62

Derechos del enfermo terminal, 71

Ley de Voluntad Anticipada, 73

Ley de Cuidados Paliativos, 78

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 87

El testamento, 89

El certificado y acta de defunción, 102

Disposición del cadáver, 111

Conclusiones y Propuestas, 117

Bibliografía, 119

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y ALCANCES

Al final de la vida la opinión del propio individuo debe ser la principal. Siempre, el sentido común, el compromiso de justicia y la actitud compasiva y humanitaria tienen grandes posibilidades de llevar a una actuación correcta.

Nuestra época ha introducido cambios importantes en la manera de vivir la muerte, que van más allá del deseo de ignorarla. Se muere de otra forma y en otros sitios. Los hospitales e instituciones tienden a remplazar a la propia cama. La tecnificación y los aparatos sustituyen a la familia. Además, en muchos casos, los avances de la medicina permiten una razonable estimación aproximativa de algo tan importante como es cuándo se va a producir la muerte. Todo ello ha determinado que la búsqueda de una "muerte digna" se haya convertido en uno de los temas "y de las obsesiones" más discutidos de nuestro tiempo.

A la persona que se siente morir, y mucho más a la que sabe que se va a morir, se le plantean diferentes conflictos que su familia debe conocer y ser capaz de valorar. Estos conflictos suelen agruparse en dos grandes apartados: pérdidas y temores.

Entre las pérdidas, una de las más importantes es la de la propia independencia para llevar a cabo su papel en la familia y en la sociedad. Se producen pérdidas de imagen y de apariencia, pérdidas en muchos casos del control de los acontecimientos, de la capacidad para tomar decisiones o seguir el proceso de la propia enfermedad. Son pérdidas a menudo automáticas e inevitables, pero que en ocasiones se le imponen al paciente desde fuera, desde la propia familia, desde la sociedad o desde la institución sanitaria, lo que puede multiplicar el carácter doloroso del conflicto.

Entre los miedos, cabe destacar, en primer lugar el temor a la propia muerte, y aquí cabría recordar los trabajos de Kübler-Ros, con su sistematización de las cinco fases por las que suele pasar el moribundo: negación, indignación y rabia, regateo, depresión y aceptación. A menudo, estos miedos se traducen en pérdidas de esperanza, en sentimientos de frustración cuando se analiza la vida pasada, o en exageración del sentido de la responsabilidad al pensar en los problemas que se dejan pendientes.

El miedo se expresa también en aspectos mucho más concretos: al dolor que puede llegar, a los efectos del tratamiento, a la situación económica o al rechazo y abandono por parte de la familia y los amigos. Al tema del dolor debe expresarse que hoy en día es totalmente controlado y es un derecho de todo paciente el no presentar dolor aún más en situaciones cercanas a la muerte.

El derecho a morir, o vivir dignamente el final de la vida, es un derecho que se debe reivindicar en la actualidad, como parte de los Derechos Humanos, encierra dificultades difíciles de superar en donde se mezclan elementos éticos, técnicos, jurídicos y, siempre a tener en cuenta, elementos afectivos.

Los avances de la medicina traen algunos efectos no deseados, como la prolongación de la vida, más allá de lo que puede ser compatible con una existencia en condiciones de dignidad personal, entonces será la propia dignidad humana la que determine los límites del derecho a la vida; sin que la intervención médica de no ser posible la restitución de la salud no prolongue la agonía.

Proponiendo en primer lugar, que desde la formación académica de los integrantes del equipo de salud, se incluyan las materias de Tanatología y Cuidados Paliativos, en segundo lugar la sensibilización del personal ya activo facilitando que se asuma con naturalidad este hecho, haciendo notar la responsabilidad individual que a cada uno le toca para hacer respetar este derecho y por último la participación de los comités de ética estableciendo vías de comunicación entre el personal de salud, paciente-familia e integrantes del comité. De esta manera se fomentará el compromiso de todos con la relación al derecho de morir con dignidad.

Partiendo de que los Derechos Humanos o Derechos fundamentales, son aquellos inherentes a la naturaleza humana que el Estado está obligado a respetar y a defender en virtud de que reconocen la dignidad humana, por lo que el garantizar estos derechos humanos se convierten en un imperativo moral y legal. Asimismo, el estado reconoce que no existe rango, característica o condición propia de un individuo que lo distinga de los demás, que pueda modificar cuantitativamente y cualitativamente sus derechos y estos derechos no se le deben de suprimir a la persona que se enfrenta con su muerte.

El acto de morir presenta en nuestra época, una serie de características nuevas como resultado de los adelantos científicos y tecnológicos y de los cambios sociales. Cada vez con mayor frecuencia, el ser humano muere en un ambiente extraño (hospital), sin el apoyo de sus seres queridos y sin tener oportunidad de intervenir en las decisiones sobre su propia muerte. Mantener artificialmente una vida, prolongarla o suspenderla son cuestiones a las que con frecuencia se enfrentan los integrantes del equipo de salud.

El paciente es una persona integrado por ser bio-psico-social espiritual y trascendente. Tradicionalmente la muerte se contempla dentro del área biológica, como un fenómeno puramente físico. mientras los aspectos psicológicos quedan supeditados como fenómenos formales de estudio, ya que frecuentemente son olvidados o apenas si se toman en cuenta, es

por ello que se necesita sensibilizar al equipo de salud para ampliar su visión y mejorar la asistencia del paciente.

La percepción de la muerte llega a ser una de las causas de mayor conflicto para quien la tiene que enfrentar. Están por encima incluso de la cultura dentro de la cual sucede, porque habremos de considerar la percepción subjetiva de cada persona. Los propósitos y las reacciones irreflexivas frente a este fenómeno son tan diversos como personas existen. Lo que nos obliga a individualizar la concepción y percepción de la muerte.

INTRODUCCIÓN

La muerte es esa transición inevitable por donde absolutamente todos debemos – y tenemos que – circular algún día. Paradójicamente, la muerte es parte de la vida; y paradójicamente casi a todos nos aterra. Pensar, imaginar o ver morir a nuestros seres queridos es una idea macabra que no cabe en nuestra mente. Sin embargo, es un triste hecho al que todos debemos sucumbir y no tenemos elección.

La MUERTE nos atañe a todos. Nacemos, crecemos, nos desarrollamos como seres humanos y morimos. El ciclo de la vida no tiene excepción.

El misterio a lo desconocido siempre causa temor, sin embargo cuando tenemos información clara y veraz de aquello que se desconoce el temor disminuye; nos acercamos, lo apreciamos, lo enfrentamos y confrontamos. Y esto nos llena de tranquilidad, confianza y seguridad.

La muerte es temida por la mayor parte de la gente, pero no intentar comprenderla es perder de vista la otra parte humana de la vida:

“Toda vida tiene como meta la muerte”

“Para saber vivir hay que saber morir”

“Si fuéramos inmortales inventaríamos la muerte para disfrutar del placer de vivir”

La muerte es algo de lo que nadie se escapa. Nacemos, crecemos, nos desarrollamos y morimos. Es el ciclo de la vida. Aprender a morir es aprender a vivir.

Es más fácil ver la muerte ajena, la del vecino, la del desconocido, más no la de quienes amamos. Y cuando presenciamos de cerca algún deceso, sentimientos encontrados nos invaden: por una parte la pena por el que muere y por su doliente, y por otra el placer de saber que a uno no le ha pasado nada.

Sin duda alguna, uno de los sufrimientos más grandes a los que el ser humano se puede enfrentar, es la tragedia de perder a un ser amado. Dolor que se vuelve tan espantoso, que pareciera imposible de soportar. Cuando muere esa persona que ha sido lo más importante, cuando he perdido lo que tanto quiero, cuando se van con ella tantos y tantos planes, sueños e ilusiones, tantos y tantos recuerdos, tantas y tantas andanzas. Se trata de un dolor que puede ser tan fuerte, tan intenso que se llega a sentir en muchos momentos que uno está enloqueciendo o que le es mejor morir.

Pero la realidad es que se trata de un dolor que podemos curar y del que podemos ser curados. Quien está viviendo un duelo sufrirá un proceso que suele ser largo y doloroso, que lo llevará, durante un tiempo que pareciera eterno, a caminar a través de diferentes etapas

hasta llegar a la meta deseada: la anhelada aceptación. Aceptar significa acomodarte a una nueva realidad. No significa que olvides a tus muertos, sino que los tengas más vivos con tu nueva actitud ante la vida. Aceptar significa que has aprendido a crear dentro de ti un espacio, dando lugar a la realidad de la pérdida. Aprender a vivir de este modo y se convierte en un hermoso pedazo de quienes eres tú, para siempre. Sabrás que ya llegaste a esta fase cuando puedas vivir de nuevo a plenitud, a pesar de las pérdidas sufridas. Finalmente memoriza esto: no estás solo, estamos juntos en el dolor y estamos juntos en la larga travesía de la oscuridad a la luz.

Nunca estamos preparados para la pérdida de un ser querido y debido a que la muerte es un proceso difícil de enfrentar, les presento esta tesis titulada “ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA MUERTE”, a fin de brindar información suficiente: *¿Qué hacer antes y después, de que se presente la muerte?* La incertidumbre, nos provoca miedo; más el conocimiento, nos ofrece tranquilidad ante lo desconocido.

Los cuestionamientos, sobre prolongar la vida, mantenerla superficialmente, tratar o no al moribundo, dejarlo morir deben analizarse desde un punto de vista legal y ético pero sobre todo humano.

¿Quién debe decidir sobre estos aspectos?

¿El paciente; su familia; ambos; el médico las políticas Hospitalarias?

¿Son adecuadas las decisiones que se toman?

¿Y si el paciente es un moribundo? Sus deseos en cuanto a decidir si sigue o no viviendo ¿Se toman en cuenta?

El enfermo terminal es un individuo que esta vivo, es una persona a la que se le debe tratar con dignidad, calidez, paciencia y sobre todo, respetando sus derechos como paciente los cuales son los siguientes:

El paciente terminal tiene derecho:

- 1.- A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta.
- 2.- A vivir independiente y alerta.
- 3.- A tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales.
- 4.- A conocer, o rehusar conocer, todo lo concerniente a su enfermedad, su estado, su pronóstico médico.

- 5.- A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen.
- 6.- A participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida.
- 7.- A que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas extremas, o heroicas para sostener sus funciones vitales.
- 8.- A usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.
- 9.- A discutir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas y espirituales.
- 10.- A disponer de ayuda para él y su familia, tanto a la hora de aceptar su Muerte, como a la hora de morir.
- 11.- A no morir solo.
- 12.- A morir con verdadera dignidad, con plena aceptación y en total paz.
- 13.- A esperar que la inviolabilidad de su cuerpo sea respetada tras su Muerte.

¿Qué es lo que dice la Ley al respecto?

Haciendo una revisión encontramos que en:

Ley General de Salud

Titulo Primero.

Disposiciones Generales.

Art. 2º.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

¿Y que es Calidad de Vida?

"Consiste en establecer las medidas de prevención y alivio a los malestares físicos y psicológicos manteniendo el funcionamiento físico, mental y social, a la vez que se desarrolla una red de apoyo para el sostenimiento de las relaciones"

Los integrantes del equipo de salud deben de valorar al paciente de tal forma que se sepa: el grado de lesión y, la disfuncionalidad que tiene y que se puede hacer para que dentro de esa disfuncionalidad él pueda seguir desarrollándose como un ser humano. "La muerte es la última etapa del desarrollo humano"

Titulo Tercero

Prestación de los Servicios de Salud.

Capítulo I

Disposiciones comunes

Art. 23.- Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad,

Art, 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud.
- II. La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación incluyendo la atención de urgencias:

¿Y cuando un diagnostico médico no es favorable para restaurar la salud, el individuo no tiene el derecho a la atención médica y por consiguiente al derecho de una muerte digna?

El Reglamento de la Ley de Salud en materia de Prestación de Servicios de atención médica, establece entre otras obligaciones sujetarse a las normas técnicas (Normas Oficiales Mexicanas), brindar al paciente la información completa sobre el diagnostico, pronostico y tratamiento, brindar atención médica éticamente responsable y un trato digno al paciente.

"No puede haber una muerte digna si no hay, previamente, una calidad de vida digna"

¿Qué es la dignidad?

La dignidad se entiende como la gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse. Esto es en la forma de relación de una persona para con otra u otras, de manera respetuosa, honorable y digna.

La dignidad es la condición esencial de la persona; consiste en estar dotada de conciencia y libre albedrío que la lleva a la búsqueda de la verdad y el bien y que la distingue de los demás seres.

En el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos emitida en 1948 que a la letra dice "todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros" Esta sentencia da preeminencia a la "dignidad" de la persona humana por sobre sus derechos la coloca en primer lugar, ya que se refiere al conjunto de normas obligatorias que regula la conducta de los hombres, expedido por el Estado y cuyo incumplimiento implica una sanción.

El termino dignidad también esta en el contexto de otras normas internacionales enunciando el derecho que asiste toda persona del respeto a su honra y al reconocimiento de su dignidad, como lo expresa el artículo 22 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos promulgada el 30 de marzo de 1981.

La dignidad esta conformada por todos aquellos "merecimientos de la condición humana" que le hacen singular. La libertad, justicia, equidad, lealtad, bien común y más, son algunos "merecimientos" que sustentan a la dignidad humana y que adquieren un valor real cuando se confrontan en el hacer cotidiano de las personas y, particularmente, cuando son negados, amenazados, restringidos o violados.

Y aquí nos planteamos otra pregunta *¿Cuántas veces se ha violado la dignidad de los pacientes terminales?*

Desde el punto de vista de la Bioética encontramos que: se define la Bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención a la salud, en la medida en que esta conducta se examina a la luz de valores y principios morales". Abarca la ética medica, pero no se limita a ella que en su sentido tradicional trata los problemas relativos a los valores surgidos de la relación médico-paciente.

La Bioética además de estos problemas señalados:

a) abarca los propios a todos los profesionales de la salud y de las ciencias afines, incluyendo la salud mental;

b) se aplica a la investigación biomédica o del comportamiento, independientemente de su influencia directa o no en la terapéutica.

Aparecen de nuevo interrogantes que la Bioética considera:

¿Hay abuso tecnológico? ¿Cual es la relación costo-beneficio?

¿Es la prueba diagnóstica bien decidida y bien hecha?, etc.

El principio fundamental que sostiene la Bioética es el respeto a la dignidad de la persona y del paciente, en cuanto a su vida y la calidad optima que esta debe tener en las circunstancias vitales particular e individualmente contempladas. "La Bioética personalista se propone en primer lugar justificar la ética personalista (el valor central de la persona) como criterio de discernimiento entre lo que es técnicamente posible y lo que es éticamente licito, sobre la base de una antropología con reconocimiento de la sustancialidad del ser de la persona y de una ontología con reconocimiento de la ley natural como orden de la realidad.

"La Bioética personalista formula sus principios en base al valor fundamental de la vida: de defensa de la vida y respeto a la dignidad humana, de opción múltiple y totalidad o principio terapéutico, de doble efecto y legitima cooperación de libertad y de responsabilidad, de justicia y autonomía, de consentimiento libre bajo información, de beneficencia, socialización y secreto medico, y de recta conciencia moral.

Sin embargo, reiteramos que no siempre es fácil declarar el juicio final sobre un acto medico; con frecuencia se enfrentan la autonomía del paciente, la beneficencia del medico y la justicia de la sociedad, cada uno con una situación moral específica.

Principios de la Bioética:

- a) *Autonomía*: es decir; toda persona tiene derecho a decidir sobre su propia vida.
- b) Buscar siempre el bien de las personas.
- c) *Justicia*: o sea, la distribución apropiada de los recursos para los cuidados de la salud, en instituciones, comunidades y familias.

La tecnología de que dispone hoy la medicina es capaz de mantener funciones vitales en forma indiscriminada, por largos periodos, pero sin que esto nos lleve a curar o reparar al menos parcialmente los procesos subyacentes que condujeron al paciente a esta situación.

El problema esta hoy en determinar que paciente debe recibir cuidados máximos de la tecnología que disponemos y cuando estos niveles de asistencia deben ser restringidos, limitados o aun suprimidos. Lo que es seguro es que el viejo criterio de: "la vida es sagrada a cualquier costo" hoy se halla en revisión.

En el otro extremo están aquellos pacientes en los que dada la progresión de sus lesiones y la falta de elementos de reversibilidad se permitirá que la afección siga su curso natural. "Es muy frecuente que el enfermo terminal acabe sus días en un estado de aislamiento y soledad con tubos en todos los orificios y en las venas, en espera de emitir el ultimo suspiro". Esto es debido a la formación que tienen los integrantes del equipo de salud en donde se ve a la muerte como un fracaso profesional, no como un fenómeno biológico, psicológico y social de trascendental importancia en la vida del hombre y susceptible de ser considerado como fin de un proceso biológico.

Es indispensable reflexionar sobre los aspectos éticos legales relacionados a este aspecto tan fundamental en la vida de una persona.

Los integrantes del equipo de salud como servidores públicos, deben tener en cuenta que el paciente terminal es un individuo que esta vivo y que se le debe de brindar una atención holística, teniendo en cuenta que además de sus múltiples insuficiencias orgánicas, es un individuo que tiene su personalidad y su carácter, que tiene actividades en diversos ámbitos.

Es por demás cierto que en los últimos momentos de la vida no se puede curar, pero si se puede y debe confortar y cuidar, ayudarlo a enfrentar su enfermedad, ayudarlo para que tenga una muerte tranquila; la vida aun en sus últimos momentos tiene sentido y esta es la ultima oportunidad que tiene el ser humano de crecer, La Muerte de alguna manera da significado a la existencia; es la ultima etapa del desarrollo humano.

Suspensión de medidas de soporte:

¿Quiénes?

La consideración de retiro de medidas de soporte se realizara en circunstancias variada, cuando la afección determinante del cuadro clínico no puede ser resuelta y compromete toda posible sobrevida.

¿Cuándo?

La decisión de retirar soportes vitales se desarrollara durante el tiempo de permanencia en una unidad hospitalaria cuando las posibilidades de recuperación son nulas.

Se debería desarrollar un consenso progresivo del equipo medico, de enfermería y de los familiares con esta medida. La misma implica un diagnóstico certero, disponer de suficiente información pronostica y sobre la calidad de vida previa del paciente. Esto último puede requerir varias entrevistas con diferentes miembros de la familia.

¿Como?

Una vez planteado el tema se debe llegar a un consenso entre el equipo medico actuante.

Papel de la familia:

En el hospital el paciente terminal es raramente competente, por lo que la consideración de este tema se realizara primordialmente con la familia. Por supuesto, cuando el enfermo esta en condiciones de decidir sobre su futuro, hay que contar, ante todo, con el.

Involucrar a la familia es antes que nada un derecho que ella tiene; por tanto, es importante que esté en conocimiento de la situación clínica y de las implicancias pronosticas. En cada

caso debemos preguntamos si esa familia esta en condiciones de tomar decisiones, si ha hablado con el paciente de sus expectativas vitales y sobre que hacer ante estas situaciones.

Por ultimo debemos tener en cuenta que el retiro de los soportes no debe implicar el abandono del tratamiento. Lo que se inicia es un tipo diferente de cuidado en donde debemos tener prioridad aliviar el sufrimiento, brindarle compañía al paciente, proporcionar un ambiente silencioso y con cierto grado de bienestar.

En esta etapa se debe privilegiar la comunicación con la familia y eventualmente con el paciente, si este mantiene la lucidez. Es muy importante evitar procedimientos innecesarios y retirar equipos de la habitación. Debemos cuidar del complejo familiar-paciente como un todo.

La calidad de los cuidados paliativos importa tanto como la medicina curativa actualmente en nuestras sociedades.

Debemos educar al equipo de salud, para que estas tareas también puedan resultar gratificantes y enriquecedoras.

El deber del personal de salud y de la familia debe ir encaminado mas a evitar sufrimientos y dolores evitables al enfermo que a prolongar su vida, con cualquier medio, el mayor tiempo posible una vez se haya constatado que esta vida se dirige inevitablemente hacia su fin.

Sin olvidar que detrás de todo este análisis que se ha hecho, existe una persona y este es un hombre libre y abierto a lo trascendente y del que en definitiva siempre corresponde decir que como prójimo, hay que otorgarle efectivamente y no por meras declaraciones retóricas, el verdadero derecho a que pueda completar su ciclo existencial en la manera que mejor lo justifique a él. Y esto no puede ser sino, muriendo como naturaleza humana engrandecida y no degradada por una tecnología médica aplastante, que a veces, termina haciendo del hombre enfermo, un mero reactivo de su éxito tecnológico.

“Debemos estar preparados para retirar soportes tecnológicos cuando, en nuestro mejor juicio, se prolonga una muerte inevitable en lugar de una vida útil”

Sin que se caiga en los siguientes extremos; en un extremo esta lo que se puede llamar la eutanasia activa, que consiste en la eliminación directa de la vida. En el otro extremo esta la llamada distanasia: alargar la vida de modo irracional y desproporcionado.

Lo digno es saber aceptar la muerte cuando llegue, a su tiempo. No hay ninguna obligación de hacer mas de lo verdaderamente normal, ni mucho menos, de imponer a los pacientes condiciones dolorosas desproporcionadas.

En medio de esos dos extremos, hay que ayudar a que la muerte sea asumida con dignidad. Un ser humano que pide que se le retire todo tratamiento lo que, en realidad, esta pidiendo casi siempre es ser ayudado a vivir su muerte.

LA ÉTICA

Respecto a la ética médica se conoce que desde los inicios de la historia, han existido reglamentos y principios éticos acordes con la evolución de la sociedad, su sistema político y religioso. Estos constituyen un marco de referencia que *discrimina a los que pertenecen al grupo de quienes no pertenecen*.

Todo hombre va a ser responsable de sus propias acciones, lo es si se trata de un hombre sano y en circunstancias normales.

Desde que el hombre empezó a vivir en comunidad tuvo que seguir normas de conducta aceptadas por la comunidad misma, para que el comportamiento individual no fuera a afectar negativamente al resto de la misma. Por lo que tuvo que convenir con lo que consideraba “bueno” y “malo” para la sociedad. Esto es la moralidad. La moralidad tiene como fundamento el saber qué es bueno y qué es malo, la palabra *moral* viene del latín *Mos* que significa costumbre, hábito; la palabra *Ética* como su equivalente (*ethos* en griego).

Para hablar de una ética en la toma de decisiones respecto a la muerte no solo tenemos que hablar de nuestra propia ética, sino también de la ética social y la ética médica.

La ética médica se define como los valores y lineamientos que deben de regir las decisiones en el facultativo y en la medicina.

Debemos de tener muy claro algunos principios que dan respuestas éticas actualmente, que surgen de preguntas: *¿qué es el bien, para quienes, cuál es la guía a seguir?*

Los destacados principios éticos actuales son:

El ***egoísmo ético***.- lo importante es aquello que te reporte un mayor bien sin importar las consecuencias para los demás.

Elitismo ético.- lo bueno es lo que conviene o pertenece a un grupo determinado.

Utilitarismo ético.- es aquello que propone buscar utilidad frente al bien individual como parte de la felicidad de todos.

Ética de la situación.- el agente moral es quien selecciona, en situaciones de conflicto la opción que ofrece un bien proporcional a la situación concreta.

Ética cristiana.- es la aplicación de los principios cristianos dentro de la responsabilidad personal como la centralidad del reino de Dios, el amor y la humildad, el carácter y el comportamiento.

Ética = Ethos = COSTUMBRE

Costumbre = Mos, Mores = Moral, Moralidad

Ética = Filosofía moral o estudio de las costumbres humanas

*“La palabra ética viene del vocablo griego *ethos*, que significa usos o modos de conducta”*

“La ética puede definirse como un sistema de principios o normas filosófico-morales que rigen cuánto bien o mal hay en los actos”

“La ética se ocupa de identificar los derechos de las personas, de respetar esos derechos y de cumplir ciertas obligaciones, llamadas deberes, que protegen a éstos”

“La ética surge a menudo de las costumbres y de las tradiciones religiosas de los pueblos”

“Un código de ética es un conjunto de enunciados que describe el comportamiento ideal de un grupo de personas”

Costumbres morales:

Decir la verdad, pagar las deudas, ser honesto, respetar la vida, la ideología, la salud y la propiedad de otros.

*Más que una costumbre, es una conducta propia al **DEBER SER**; es un principio inherente al ser humano.*

Apartarse de esa conducta estaría **mal**: así la ética estudia lo que está **bien** y lo que está **mal**; de lo bueno y lo malo de la conducta humana.

El objeto de estudio de la **Ética**, es la conducta humana; aquellos actos que el individuo ejecuta consciente y voluntariamente y de los que, por consiguiente, es **RESPONSABLE**

La ética no está interesada en lo que el individuo hace; sino en lo que **debe** hacer.

La palabra **Debe**, es el verdadero verbo de todo juicio ético

Para que un individuo sea responsable de sus actos se requiere:

- Tener conocimiento de las circunstancias y consecuencias de sus acciones
- Desear voluntariamente la acción
- Estar libre de coacción externa para realizar la acción

Modificadores de la responsabilidad:

- ❖ **Ignorancia**, que afecta el conocimiento. *Ignorancia vencible* se refiere a la ignorancia que puede superarse mediante el conocimiento requerido.
- ❖ **Pasión**, que afecta el consentimiento de la voluntad.
- ❖ **Miedo**, que opone a la voluntad un deseo contrario.
- ❖ **Fuerza**, empleo real de violencia que hace que alguien realice algo en contra de su voluntad.

LOS DERECHOS HUMANOS DEL PACIENTE

El derecho a la vida:

Es la esencia misma de la medicina y del deber que médicos y personal hospitalario asumen para protegerla.

El derecho a la salud:

Toda persona busca su bienestar físico y mental.

Se concreta al derecho de proteger la salud como el acceso a los servicios propios.

El derecho a la autonomía:

Se refiere a que el enfermo intervenga, o bien a través de sus familiares directos, por ser menor de edad o que física o mentalmente no pueda hacerlo valer.

Derecho a la información:

Se refiere a que el paciente o sus familiares conozcan el tipo y grado de enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento a seguir, los costos y gastos médicos y hospitalarios, las terapias que se proporcionarán, los riesgos que se corren, etc.

Derecho a la Verdad:

Es prioritario que el paciente o sus familiares conozcan la realidad del caso y todo lo relativo a la enfermedad.

Esto implica también el deber de informar con veracidad todos los datos que el médico requiera para un mejor tratamiento.

Confidencialidad:

Todo médico como personal de hospital, tiene la obligación de respetar el secreto profesional.

Es necesario mantener la dignidad y la autonomía del paciente.

Derecho a la intimidad:

Radica en el respeto a la vida privada y personal del paciente, a su pudor.

A no exponer su cuerpo, excepto que los tratamientos de salud lo requieran.

Derecho a la libertad:

Tiene que ver con el libre ingreso o salida del hospital.

Derecho al trato digno:

Que el paciente sea tratado y respetado como persona; sin preferencias de ninguna índole.

Inclusive, el que ya ha fallecido tiene derecho a una muerte y sepelio dignos.

Derecho a la mejor calidad de atención médica y hospitalaria:

En conformidad a sus recursos y posibilidades, así como los que amerite en base a la institución pública de salud a la que ingrese.

BIOÉTICA

Bioética está compuesta por BIOS y ETHIKE (vida y ética)

Uniendo la vida (biológica=ciencia) con la ética (moral=conciencia)

“Es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales”.

El término “bioética” fue utilizado por primera vez en 1971, por Van Rennselaer Potter, profesor de Oncología en la Universidad de Wisconsin.

La bioética está centrada en el estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que pueden aplicarse -y por lo tanto influir o modificar- a la vida humana, como son: *La investigación con seres humanos, los trasplantes de órganos, la manipulación del código genético, la fertilización in vitro, la prolongación artificial de la vida y otros aspectos que se convierten en dilemas éticos.*

El interés por los problemas bioéticos es, no obstante mucho antes de 1971. En 1969, Willard Calyng y Daniel Callahan fundaron en Nueva York el *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences*, convertido con el tiempo en uno de los centros de bioética más importantes del mundo. En la actualidad es conocido como *Hastings Center*.

A partir de aquí, la fundación de instituciones bioéticas es ininterrumpida.

La dignidad humana:

Al abordar las consecuencias éticas de las nuevas técnicas biomédicas, la indagación antropológica debe centrarse en el carácter personal del hombre y en su dignidad.

La excelencia del hombre, el alto valor proporcionado a la grandeza de su ser constituye el secreto para discernir lo permisible de lo censurable.

Uno de los fenómenos más sobresalientes de nuestros días es la ambigua situación de la dignidad humana; defenderla constituye el gran reto y la exigencia inaplazable de los sistemas políticos a la altura de nuestro tiempo.

La degradación y envilecimiento humanos, que son síntomas claros de la crisis contemporánea, están más generalizados en nuestros días que en cualquier otro período de la humanidad.

Nunca ha crecido el afán de lucro o la avidez de riqueza tanto como ahora.

Volcado hacia el propio yo, el hedonismo se ha caracterizado siempre por una marcada propensión a la crueldad.

La tendencia hacia la brutalidad, el fin de la moderación y el afán de lucro son síntomas del surgimiento del interés como principal objetivo de la praxis humana.

Una radiografía minuciosa de la sociedad actual permitiría apreciar la índole patológica de esos fenómenos.

El creciente recurso a la violencia y el terror como armas legítimas de la lucha política son síntomas dolorosos de la enfermedad del presente.

Ante ello, lo más preocupante es la humillación del hombre y la vulneración a su dignidad.

Para otorgar al hombre un fundamento firme, es necesario defender su carácter de **fin en sí mismo**.

Esta concepción exige tratar al hombre como realidad incondicional, como representación de lo absoluto.

Desposeído de su incondicionalidad, es posible disponer funcionalmente de él. De esa forma se sustituye el valor del hombre por su función, y entonces se niega que la dignidad del hombre sea valiosa por sí misma.

Si como humanos fuéramos meros entes depositados por el azar, limitados a reproducirnos solamente, ¿Cómo podría evitarse la rabia de que hubiera hombres a los que se les trata como a perros, mientras que a ciertos perros se les trata como a personas?

Si fuéramos meros animales y no imagen de Dios, ¿Cómo evitar que según las leyes de la oferta y la demanda se valorase más a un animal en vías de extinción que a un hombre?

¿Y a quién podría extrañar que se le de un mejor trato a un oso panda antes que a niños hambrientos?

¿Cómo negarlo, cuando en el rescate de las ballenas se gasta lo que no se gasta en el rescate de niños atrapados por el hambre?

La *dignidad* no es un derecho más que se tenga – y del que quepa ser privado-, sino una excelencia que “*se es*”.

Ningún hombre está privado de dignidad. Toda existencia humana sobre la tierra – aplaudida o denostada, triunfante o derrotada, feliz o desgraciada, representa la irrupción en la historia de una novedad radical, la presencia de una excelencia de ser superior a la de cualquier otro ente observable.

Un comportamiento ejemplar es calificado habitualmente de “*digno*”.

Por lo mismo, una conducta reprobable es rechazada e identificada como “*indigna*”

Pero es importante no confundir o darle mal uso a la palabra dignidad: El enojo no es lo mismo que la indignación.

“Se indignó porque no lo invitaron”

“La sociedad está indignada por la voracidad de las empresas”

“Estoy indignada. No es justo lo que me hicieron”

“No tiene dignidad, permite que la maltraten”

La desigualdad institucional, la diversidad de funciones sociales puede llevar a conceder honores específicos a algunos hombres. En ese sentido, se habla de la dignidad del rey, del juez o del maestro, sin embargo, todas esas dignidades se caracterizan por la posibilidad de perderse.

Si el titular del poder regio, el encargado de administrar justicia o de transmitir el saber no cumple las exigencias éticas de su función, o se sirve de ella como medio para satisfacer intereses privados, se vuelve un rey, un juez o un maestro indigno.

La imparcialidad, la generosidad, y el desprendimiento dignifican.

El sectarismo, la adhesión a los propios intereses, la entrega a las inclinaciones individuales, *deshonra*.

“Maximilian Kolbe poseía en el búnker del hambre más dignidad que sus verdugos”

La dignidad humana es indestructible, porque no es posible arrebatarla a nadie. Las agresiones exteriores son impotentes para aniquilarla.

La pérdida de la dignidad procede siempre de adentro, no de afuera.

Eso significa que, aunque no es posible despojar a nadie de la suya, podemos perder la propia.

Sócrates insistía en la superioridad moral de padecer injusticia sobre cometerla.

Aun cuando no es posible quitar a alguien su dignidad con actos inmorales, existe la posibilidad de vulnerarla.

Existen tres modos de atentar contra la dignidad:

- 1.- No respetándola.
- 2.- Oponiéndose a crear las condiciones para que se ejerza sin trabas.
- 3.- Impidiendo que se manifieste.

La dignidad del hombre y el valor de los seres naturales:

¿Tiene el ser humano una altura mayor que los demás seres de la tierra?

¿Cuál es la razón de la desigualdad entre el valor de los seres naturales y la dignidad del hombre?

- Su diferente posición en la realidad.
- Estar instalado en el medio y estar abierto al mundo.
- Elevarse por encima de sí mismo y convertir todas las cosas, y entre ellas así mismo, en objeto de su conocimiento.

Valor en sí mismo tienen todas las criaturas. Cada una merece el respeto proporcionado a la perfección de su ser.

Arrancar a un ser natural –animal o planta –de su nicho ecológico, del medio adecuado para poder ser lo que por naturaleza es, **requiere siempre de una justificación suficiente.**

Separar a un animal de su medio, someterlo a determinados experimentos para ponerlo al servicio de fines extraños, o matarlo, es una acción de la que hay que dar razón.

Cuándo la razón de dichas acciones se oscurece, la degradación del mundo natural y el peligro de extinción de ciertas especies animales aumenta considerablemente.

Dejando establecido el valor intrínseco de todos los seres, es necesario enfatizar en la diferencia fundamental entre la importancia que corresponde a toda criatura por el hecho de ser y la nobleza incomparable del hombre, su irrevocable carácter de fin en sí mismo, que impide tratarlo exclusivamente como medio.

Determinadas acciones con los seres naturales precisan una adecuada justificación. Vulnerar la dignidad humana no, pues para ello no hay justificación alguna.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA MEDICINA

Juramento hipocrático:

Juro por Apolo, el que sabe curar; por Asclepio, Higieya y Panacea y todos los dioses y diosas, que conforme a mi habilidad y juicio mantendré este juramento y este pacto:

Reconoceré a quien me enseñó este arte, para mí tan querido, como a aquellos que me engendraron; cuidaré de sus descendientes como de mis hermanos y les enseñaré este arte, si quieren aprenderlo, sin salario ni estipulación.

Por medio de preceptos, platicas y otras formas de instrucción, compartiré estos conocimientos de mi arte con mis propios hijos y los de mi maestro y con los discípulos unidos por estipulación y juramento, según la ley de la Medicina, pero con nadie más.

Seguiré el sistema o régimen que, conforme a mi juicio y habilidad, considere adecuado al bien de mis pacientes, y me abstendré del que pueda serles nocivo o perjudicial. No daré medicina mortal a quien me la pida ni sugeriré a otros tal cosa; de la misma manera, no daré a una mujer un pesario para producir aborto. Con pureza y santidad pasaré mi vida y practicaré mi arte. No operaré a personas que tengan piedra, sino que dejaré que lo hagan los hombres que practican este trabajo.

En cualquier casa donde entre, iré en bien del enfermo y me abstendré de toda acción perjudicial de corrupción y sobre todo de seducción de mujeres o varones, de hombres libres o de esclavos. Siempre que en el ejercicio de mi práctica profesional o fuera de ella vea u oiga decir de la vida de los hombres cosas que no deben repetirse fuera de casa, no divulgaré, ya que sobre tales materias debe guardarse silencio.

Mientras yo mantenga inviolado este juramento, ojalá se me conceda disfrutar de la vida y del ejercicio del Arte, respetado siempre entre los hombres; pero si quebranto o violo este juramento sea mi destino el fracaso.

Este juramento se atribuye a Hipócrates, quien nació en la Isla de Cos en el mar Egeo. Se le llama el padre de la medicina porque introdujo el estudio del enfermo como elemento indispensable para establecer el diagnóstico y aplicar la terapéutica. Desde esa época ha normado la conducta de los médicos en sus relaciones con los pacientes, con los miembros de la profesión y con los estudiantes. Conserva algunos conceptos válidos hasta la actualidad, como el secreto médico, la confidencialidad de toda información referente a un caso, el no proporcionar sustancias que causen la muerte, ni producir abortos; sin embargo aún estos están siendo discutidos ampliamente y en algunos países como Holanda, se ha aceptado como legal en ciertos casos, practicar la eutanasia.

Declaración de Ginebra:

La Asociación Médica Mundial, fundada en 1947, con objeto de unir la profesión en todo el mundo, redactó la declaración de Ginebra, basada en el juramento de Hipócrates.

En esta declaración el nuevo elemento de la profesión hace las siguientes promesas:

- Me comprometo solamente a consagrar mi vida al servicio de la comunidad.
- Otorgaré a mis maestros el respeto y gratitud que le son debidos.
- Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad.
- La salud de mis pacientes será mi preocupación primordial.
- Respetaré los secretos que se me confíen.
- Mantendré por todos los medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos.
- No permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partidos políticos o clase social, se interpongan entre mi deber y mi paciente.
- Mantendré el máximo respeto por la vida humana desde el momento de la concepción; aún bajo amenaza, no utilizaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de la humanidad.
- Hago estas promesas solamente, libremente y por mi honor.

Esta declaración incluye el Código Internacional de Ética Médica que contiene los siguientes mandamientos:

Código Internacional de Ética Médica:

Deberes de los médicos en general.

- Un médico debe siempre mantener las normas más elevadas de conducta profesional.
- Un médico debe practicar su profesión sin dejarse influir por motivos crematístico (comerciales).
- Se juzgan antiéticas las prácticas siguientes:
 1. Cualquier propaganda personal, excepto la expresamente autorizada por el Código Nacional de Ética Médica.
 2. La elaboración en cualquier forma de servicio médico en el que el médico no tenga independencia profesional.
 3. Recibir dinero en conexión con servicios prestados a un paciente, que no sean los apropiados honorarios profesionales, aun con conocimiento del propio paciente.

- Se aconseja a los médicos que tengan una gran precaución en la divulgación de descubrimientos o nuevas técnicas de tratamiento.
- Un médico sólo debe certificar o testificar lo que ha verificado personalmente.

Deberes de los médicos hacia el enfermo:

- Un médico debe siempre tener en cuenta la obligación de conservar la vida humana.
- Un médico debe dar a su paciente una lealtad completa y todos los recursos de su ciencia. Siempre que una exploración o un tratamiento estén más allá de su capacidad, debe llamar a otro médico que tenga la capacidad necesaria.
- El médico conservará absoluto secreto de todo lo que haya sabido acerca de su paciente gracias a la confianza que éste ha depositado en él.
- Todo médico debe prestar cuidados de urgencia como un deber humanitario a menos que se haya asegurado que otros están dispuestos a hacerlo y están capacitados para ello.

Deberes de los médicos entre sí:

- El médico debe comportarse con sus colegas como quisiera que estos se comportasen con él.
- El médico no debe intentar atraerse los pacientes de sus colegas.

4 principios éticos universales de la medicina:

- *BENEFICENCIA*
- *NO MALEFICENCIA*
- *JUSTICIA*
- *AUTONOMÍA*

1.- Beneficencia:

- ✓ Hacer el bien
- ✓ El objetivo es que cada acto produzca beneficio
- ✓ Es uno de los principios esenciales de la medicina

Acciones benéficas:

- ✓ Cordialidad
- ✓ Servicio
- ✓ Ayuda
- ✓ Respeto

Atención esmerada:

Escucha

Interrogatorio

Auscultación

Diagnóstico

Información

Tratamiento

Seguimiento

Principios de la consejería:

- Privacidad
- Confidencialidad
- Neutralidad

2.- No maleficencia:

Se trata ante todo, de no hacer daño.

Es fundamental erradicar las posibilidades de daño, como resultante de un acto benéfico.

Recordar que no siempre lo que a juicio del médico se considera un beneficio, sea interpretado de igual modo por el paciente. Y lo que ese paciente cree que le conviene, es necesariamente benéfico para él.

Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño al paciente.

En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien.

El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

3.- Justicia

Se trata de ofrecer el mejor trato y atención a las personas sin distinción de sexo, edad, estrato socioeconómico o apariencia. Aunque es imposible dar un trato exactamente igual y preciso a todos los pacientes, lo importante es: “*no ser descaradamente desproporcional*”

4.- Autonomía

Respeto a la autonomía del paciente

Considera invulnerable la determinación individual del paciente.

Implica respetar las decisiones que éste tome respecto a su salud (cambiar de médico, no aceptar el tratamiento, rechazar ciertas prácticas de aprendizaje, optar por el tratamiento que mejor se adecúe a sus características personales, abandonar el hospital para morir en casa, etc.)

Este principio tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se den situaciones en que las personas no puedan ser autónomas o presenten autonomía disminuida.

El *consentimiento informado* es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del paciente son primordiales desde el punto de vista ético.

Consentimiento informado: el médico explica amplia y claramente al paciente acerca de su enfermedad y en base a esta conciencia, el paciente autoriza su intervención médica o quirúrgica, tomando en cuenta los riesgos que ésta entraña.

RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

“La palabra *relación* se refiere a una asociación de personas”

“Para que la prestación de servicios sea posible, debe existir una relación *médico-paciente*, la cual puede denominarse también *relación terapéutica*”

“El objetivo de la asociación entre ambas personas es el restablecimiento de la salud”

“El *contrato* es un acuerdo entre personas que define las responsabilidades a que se obliga cada parte”

Etapas de la relación médico - paciente:

“Las relaciones terapéuticas no suelen ser prolongadas; comienzan con un propósito definido y terminan cuando el objetivo ha sido alcanzado”

1. Etapa introductoria
2. Etapa activa
3. Etapa terminal

“Son muchas las cualidades intrínsecas que el médico debe poseer al relacionarse con el paciente”

“Así como cada paciente es distinto, los médicos también son diferentes entre sí”

“La forma de establecer vínculos con los otros y de respetar las diferencias entre las personas comienza con uno mismo. Por ello, sería recomendable que se empezara por analizar las actitudes y prejuicios propios”

“A medida que el médico adquiere más penetración en él mismo, tanto mayores serán el respeto y la aceptación hacia el paciente por lo que éste es”

- **Producto**.- Objeto que sirve para vivir.
- **Servicio**.- Procedimientos especializados que se ejecutan en beneficio de terceras personas.

“Toda actividad económica implica una relación entre dos personas: la que tiene un producto o servicio y la que lo solicita”

Receptores de servicios:

Paciente: Es toda persona que se halla enferma y requiere cuidados.

La expresión paciente viene del vocablo paciencia, que significa “esperar”.

En la actualidad, la relación entre médico y paciente ha cambiado radicalmente como los tiempos mismos.

Existe una conciencia generalizada con respecto a la salud y la enfermedad.

Se trata de fomentar una independencia.

La tendencia actual de la medicina es hacia el estímulo de la participación activa de las personas, sean éstas sanas o enfermas.

Se suele utilizar la palabra “cliente” o “usuario” en lugar de paciente.

Los pacientes gozan de derechos y responsabilidades en relación a su estado de salud.

Lo que los pacientes esperan como consumidores: “La salud es un valioso recurso”

Derechos que el paciente, en tanto consumidor, exige y espera ejercer:

1. El derecho a ser informado
2. El derecho a la seguridad
3. El derecho a escoger
4. El derecho a ser escuchado

Lo que los pacientes esperan de los médicos:

1. Estar actualizados en la práctica de su especialidad.
2. Ser competentes en la ejecución de los diversos procedimientos asistenciales.
3. Estar comprometidos con la prestación de buenos servicios a los pacientes.
4. Estar disponibles siempre que sea necesario.
5. Garantizar la privacidad.

6. Comportarse de manera cortés y respetuosa.
7. Favorecer la participación en la toma de decisiones.
8. Ofrecer explicaciones, en un lenguaje que resulte accesible.
9. Prestar atención y credibilidad a lo que se expresa.
10. Enseñar técnicas que favorezcan el mejoramiento de la salud.

Elementos de los servicios a pacientes:

1. *Servicios Físicos*
2. *Estímulos emocionales*
3. *Servicios sociales*
4. *Servicios espirituales*

“El estudio del hombre a menudo ha separado el aspecto físico, de los aspectos emocionales, sociales y espirituales, no obstante que todos éstos se influyen mutuamente de manera simultánea”

“El concepto que sostiene que cada aspecto del hombre guarda cierta relación con los otros, se conoce como HOLISMO”

“El objetivo es destacar las relaciones entre la mente y el cuerpo de la persona y entre el medio ambiente y el ser integral”.

Características de los servicios a pacientes:

1. Los servicios a pacientes preservan la dignidad humana.
2. Los servicios a pacientes respetan la singularidad de cada persona.
3. Los servicios a pacientes incluyen la asistencia por representación.
4. Los servicios a pacientes favorecen la independencia.

Uso de los procedimientos de comunicación:

1. Comunicación verbal.
2. Comunicación no verbal.
3. Importancia de lo táctil en la comunicación.
4. Importancia del silencio en la comunicación.
5. Barreras de comunicación en la relación terapéutica.
6. Importancia de saber escuchar.

“La *comunicación* se define como intercambio de información”

“Casi todo lo que hace una persona constituye una forma de comunicación”

“La comunicación es esencial en el desarrollo de la relación médico – paciente”

“La comunicación es un proceso continuo”

Comprensión de las reacciones del paciente ante la enfermedad:

1. Por su cultura y enfermedad.
2. Reacciones emocionales

“Todas las personas son únicas en su género”

“Cada paciente introduce en la relación un conjunto distinto de experiencias y valores que afectan el significado que él atribuye a ciertas situaciones”

“Cuanto mayor sea la precisión con que el médico interprete las actitudes del paciente ante su enfermedad, tanto mejor serán los resultados”

Instrucción del paciente:

“*Uno de los procedimientos asistenciales más importantes al brindar servicios a pacientes es el de fomentar la independencia del paciente*”

“La enseñanza hacia el paciente puede ser formal e informal”

Medidas recomendadas para brindar servicios a pacientes con características especiales:

1. Cuando el paciente es un lactante o infante.
2. Cuando el paciente es un adulto mayor.
3. Cuando el paciente es ciego o padece deficiencias visuales.
4. Cuando el paciente es sordo o padece deficiencias auditivas.
5. Cuando el paciente no puede hablar.
6. Cuando el paciente se halla inconsciente.
7. Cuando el paciente pertenece a otra cultura.

Valores relacionados con la salud: “Los *valores* son creencias personales atesoradas, que en la mayoría de los casos son compartidos por otros miembros del grupo”

1. *La salud es un recurso*
2. *La salud es un derecho*
3. *La salud es una responsabilidad personal*

El servidor de salud debe seguir un proceso en el que:

- Establezca un excelente *rapport* o vínculo de confianza.
- Aplique los principios de la escucha activa:
 - Contacto visual
 - Postura corporal dirigida hacia el paciente
 - Asentimientos
 - Parafraseo
 - Reflejar sentimientos

La cordialidad y el respeto como factores esenciales:

Sorprenda a sus pacientes diciendo las palabras “mágicas”:

- *¡Buenos días!*
- *Pase usted*
- *Tome asiento*
- *¿En qué puedo ayudarle?*
- *Con gusto le vuelvo a explicar*
- *Estoy para servirle*
- *Pase usted, que tenga un buen día*
- *¿Puedo ayudarle en algo?*
- *¿Ya le atienden?*
- *Trate de relajarse, trataremos de encontrar una solución.*
- *El doctor ya no tarda.*
- *Comprendo su pena.*

Proporcionar información:

- Suficiente
- Concreta
- Clara
- Oportuna

Al paciente y sus familiares sobre la enfermedad y el tratamiento.

Este esquema de atención prácticamente garantiza:

- ✓ Conciencia de enfermedad.
- ✓ Un mayor apego terapéutico.

- ✓ Mayores probabilidades de curación, rehabilitación o paliación de los síntomas.
- ✓ Satisfacción del paciente y el personal de salud.
- ✓ Promoción positiva de los servicios.

Actitudes en que reflejan un mal servicio:

- Indiferencia hacia el usuario desde su llegada
- Hacerlo esperar prolongadamente
- Actitudes distantes que generan desconfianza y mínimo apego al tratamiento
- Regañar a los usuarios
- No respetar la capacidad de decidir por parte de los usuarios.
- Dar información insuficiente y difusa.
- Exceso de tecnicismos.
- Letra ilegible.
- Actitudes negativas (prepotencia, autoritarismo, indiferencia)
- Carencia de habilidades sociales para generar confianza en el paciente.
- Lenguaje escrito ilegible.
- El personal no muestra respeto o discreción ante situaciones donde el pudor de los pacientes está expuesto (tonos de voz, miradas, comentarios)
- Hacer esperar al paciente y además no disculparse
- Indiferencia ante las necesidades de los pacientes.
- Prepotencia y maltrato al paciente y sus familiares

Y surgen las siguientes expresiones:

“Para que me entiendan, me voy a bajar a su nivel”

“A ver, ¿quién es aquí el médico, usted o yo?”

“Sólo haga lo que le digo“

“Ya deje de quejarse“

“¿Me entendió?“

“¿Qué quiere otra opinión médica? ¡Si no confía en mí, vaya a ver a otro médico pero ya no la voy a atender!“

“Mi reyna, los pasantes le van a hacer unos tactos, usted tranquilita“

Lenguaje verbal inasertivo:

“Pues mire, es muy sencillo: su esterilidad es a causa de una alteración en el eje-hipófisis-ovario”

“La clomipramina es un antidepresivo tricíclico que inhibe la recaptación de monoaminas ¿estamos de acuerdo?”

Comentarios impertinentes que deben evitarse:

“No tiene caso que le explique, esto es muy complejo y no me va a entender, sólo haga lo que le digo “

“Oiga, la voy a regañar, ¿Por qué llegó tarde?”

“No señora, este es el método anticonceptivo que debe usar, yo sé lo que le conviene”

YATROGENIA: Cuando los daños de la terapéutica designada para el paciente son mayores que los beneficios.

EL ABORTO

Las formas de control de la natalidad han evolucionado a lo largo de la historia, desde la común práctica del infanticidio en numerosas culturas antiguas, incluidas la greco-romana, hasta la píldora o la esterilización; y a pesar de la intolerancia religiosa, moral y jurídica hacia el aborto por culturas como la judía, cristiana o la islámica, éste siempre ha prevalecido.

La OMS recoge la cifra de 50 millones de abortos al año en el mundo, de los cuales 30 son en países subdesarrollados.

Hasta fechas recientes, la sanción penal del aborto ha sido el criterio dominante en las legislaciones. Y aunque hoy cerca de las 2 terceras partes de la población mundial viven bajo legislaciones básicamente permisivas, en el 94% de los países del 3er. mundo el aborto está sometido a restricciones legales.

Abortus

Ab = mal

Ortus = nacimiento

“Parto anticipado. Nacimiento antes de tiempo”

La cultura judeo-cristiana, influyente en la cultura occidental, consideró como asesinato abortar varones tras los 40 días de gestación y mujeres tras los 80 días.

Las penas para el aborto eran más severas que para el infanticidio o el homicidio.

Aspecto jurídico del aborto en México:

- En toda la república la interrupción legal del embarazo (ILE) está permitida por violación.
- En la mayoría de los estados se permite la ILE cuando la vida de la mujer corre peligro si no se interrumpe el embarazo.

Existen otras causales que varían en cada entidad federativa:

- Cuando la salud de la mujer está en peligro.
- Cuando el feto presenta malformaciones congénitas.
- Cuando el embarazo es producto de inseminación artificial no consentida.

- Cuando la mujer tiene razones económicas y es madre de tres hijos (en Yucatán)

En el Distrito Federal se reformaron los artículos 144 y 148 del Código Penal el día 26 de abril del 2007, por la Asamblea de Representantes del D.F., por lo que no es delito la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación. (Art. 144 C.P. D.F.)

Después de las 12 semanas de gestación es delito y se sancionará con 3 a 6 meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a la comunidad a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta que se lo practiquen después del lapso permitido. (Art.145)

Art. 146 Aborto forzado. Interrupción del embarazo sin consentimiento de la mujer embarazada. La sanción es de 5 a 8 años de prisión. Si es con violencia física, la pena se incrementa de 8 a 10 años.

La ILE se realiza en los hospitales públicos del D.F. de forma gratuita y en el sector privado con costo.

Ningún prestador de servicios de salud puede intentar hacer desistir a una mujer de su decisión de abortar, utilizando argumentos religiosos o terapias de choque a través de videos u otros métodos.

Aspecto ético del aborto:

El problema ético del aborto radica en “*si el no nacido tiene carácter de persona desde el momento de la concepción*”

Es en este punto central donde se produce el choque de absolutos:

1.- Por un lado, la creencia en el derecho absoluto a la vida del no nacido, y en consecuencia, la visión del aborto como asesinato.

2.- Por otro lado, la creencia en el derecho absoluto e ilimitado de la mujer a su propio cuerpo, y en consecuencia, el aborto se puede realizar en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, sin ninguna consecuencia ética ni legal.

El primer extremo (La personalidad desde el momento de la fecundación) es irrazonable por 2 causas:

Existen 2 argumentos para reputar persona en el no nacido:

1.- La creencia religiosa en la animación o aparición del alma humana.

2.- El argumento pseudocientífico del código genético (que el cigoto al tener un código genético, otorga el carácter de persona).

El primer argumento es inaceptable porque nadie puede imponer una creencia aunque sea respetable (no se puede comprobar la existencia del alma humana).

El segundo argumento se descarta porque el código genético no es suficiente para otorgar personalidad al cigoto. Si eso fuera cierto, entonces obligaría a gestar y llegar a término todos los óvulos que se utilizan para lograr la fertilización artificial.

Los rasgos relevantes para que el producto sea persona son la capacidad de sentir y sufrir y éstos se presentan hasta que el producto es viable (a partir de la sexta semana).

No puede existir un criterio científico que determine objetivamente la personalidad moral de los seres humanos.

Si desde la concepción se asentara la personalidad y con ello el derecho absoluto a la vida del producto, entonces todo aborto sin excepción, sería ilícito inclusive aunque la vida de la embarazada estuviera en riesgo.

Sobre el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo: esta tesis también resulta irrazonable porque conduce a tres consecuencias difícilmente aceptables:

1ª. Consecuencia, es que los abortos en el 3er. Trimestre del embarazo, incluso en el 9º mes, serían moralmente equivalentes a los más tempranos. Al ser el producto en estas etapas viable y con la capacidad de sentir y sufrir, merece protección frente al mero ejercicio de la autonomía de la mujer.

2ª. Consecuencia. Si la mujer tuviera un derecho ilimitado al propio cuerpo, no habría nada que reprochar moralmente ni jurídicamente por las conductas imprudentes que durante el embarazo ponen en peligro la salud del futuro niño, como el consumo de drogas; o también si por mera comodidad de la mujer, decidiera adelantar el parto, poniendo en riesgo la salud del no nacido.

3ª. Consecuencia. Inaceptable es que los abortos con el fin de vender los tejidos fetales o los abortos realizados por motivos triviales, resultarían tan justificables moralmente.

Si el derecho a la autonomía de la mujer es importante, eso no significa que sea un derecho absoluto, sino que tiene límites.

En suma, liberado el aborto de sus extremos absolutos, éste plantea en sus primeros períodos de gestación un conflicto entre determinados derechos de la mujer y ciertos bienes todavía no personalizados que es ella quién debe resolver, puesto que de dignidad y autonomía se trata.

En casos de riesgo vital, es defendible que el mismo derecho a la vida de la mujer es dependiente de su autonomía, de modo que ella es libre de elegir entre su vida y la del feto.

Cuando el no nacido adquiriera viabilidad y capacidad para sentir y sufrir, o está próximo a ello, merece una protección equivalente a personas propiamente dichas, cuyo derecho a la vida es razonable que sea protegido incluso penalmente.

En todos los casos en que intervenga la asistencia médica, la mujer embarazada, para que pueda tomar su decisión, tendrá el derecho a ser informada de manera libre y responsable.

La simple palabra de aborto se define como la extracción del producto de la concepción o en su expulsión provocada por cualquier medio con el objeto de interrumpir la vida del producto.

Las maniobras abortivas son variables con específicos instrumentos quirúrgicos, como el punzante, el trócar, la sonda, et. También existen los medios morales, fisiológicos, mecánicos y patológicos.

Muerte prenatal:

- No llegó a término, algún legrado.
- Se perdió en el embarazo, nació muerto.
- Se formó, nació y murió.

Aborto espontáneo:

Es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, mucho antes de que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno.

La mayoría de los abortos espontáneos tiene lugar durante el primer trimestre, es decir, durante las primeras 13 semanas de embarazo.

“Perdió el bebé” ¿qué significa esto?

Literalmente la madre no sabe que paso con su bebé.

Mil preguntas sin respuesta.

No sabe a dónde fue a dar el cuerpo de su bebé.

Ignora que sexo era.

Se pregunta ¿por qué no sobrevivió?

Indiferencia.

Cuando un bebé muere:

También mueren esperanzas.

Parte de los sueños se hacen pedazos.

Se borra parte del futuro, incluso antes de haberse escrito.

Además de la pérdida física, hay una pérdida emocional y una pérdida de todo lo que promete una vida nueva.

¿Por qué?

- Contaminación.
- Alimentación.
- Enfermedades crónicas de mami.
- Stress.
- Descuido.

¿Mejor no hablar?:

“Ahora ya está mejor, ya no sufre”

“Eres joven, ya tendrás otro bebé”

“No te preocupes ya tienes la parejita”

“La naturaleza es sabia, seguramente venía mal tu bebé”

“Échale ganas”

“Fue la voluntad de Dios”

Etapas fetal:

Ya está completo el bebé.

Órganos existentes.

Se pierde durante el embarazo.

Ya ha llegado a término y muere.

Nace muerto.

Muerte del feto:

Cuando los padres reciben la desgarradora noticia de que su bebé ha muerto en el útero, su dolor puede ser abrumador.

En unos pocos momentos, pasan de la ilusión de tener un hijo, al intenso dolor que implica asumir la muerte de su bebé.

Hay que estar conscientes de lo terrible y desconcertante que puede ser para una familia tener un bebé muerto.

Al volver a casa:

- Un profundo vacío.
- Todo lo recuerda.
- Desesperanza.
- Desamor.
- Incomprensión.
- Dolor físico.

Pérdida de un hijo neonato (0 a 28 días):

Ha nacido su bebé.

Pero ese momento tan maravilloso con el que soñaba, ha tomado un giro imprevisto.

La muerte de un bebé, es quizá la peor tragedia que cualquier familia pueda imaginarse.

La experiencia de perder a un hijo es:

- Única.
- Personal.
- Demoledora.
- Produce un gran miedo.
- Imposible de creer.

Pechos llenos brazos vacíos:

“Nadie piensa que su bebé pueda morirse”

“Los bebés significan el comienzo de la vida, no el final”

“Esta contradicción es lo que hace que la muerte de un bebé sea tan incomprensible, tan difícil de creer y aceptar”

Institucionalmente:

Preguntar a los padres si desean verlo o tenerlo en sus brazos un momento.

Preguntar a los padres si desean conservar algún recuerdo de su bebé, como un rizo de su cabello, las huellas de sus pies o la manta con la que lo cobijaron al nacer.

Proporcionarles información acerca de servicios fúnebres.

¿Qué hacer?

- Acompañamiento.
- Permitirles llorar y sentirse abrumados.
- Permitirles dar rienda suelta a sus emociones.
- Que se desahoguen.
- Que nombren al bebé por su nombre.
- Permitir todo ritual.
- Es normal que esta experiencia les haga cuestionar sus convicciones espirituales.

EL SUICIDIO

La noticia de una persona conocida que se quita la vida constituye una inquietante pregunta para los que siguen viviendo. ¿Qué sentido tiene ese gesto? ¿De qué motivación ha surgido? ¿Qué mensaje contiene?

Casi siempre el suicida logra hacer que surja un sentimiento de profunda inquietud y de culpa en el que sobrevive, porque replantea de modo dramático el problema de la existencia.

La filosofía y la reflexión ética han considerado al suicidio como algo moralmente ilícito.

El suicidio es entendido como el acto por el que la persona se da directamente la muerte con libertad y conocimiento de causa.

El suicidio ha llegado a ser un problema serio en nuestros días, en México ocupa el 3er. lugar, como causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes.

Se considera al suicidio como el acto por el cual una persona se priva voluntariamente de la vida; no es delito, ni cuando se consuma, ni cuando se frustra. Pero la participación de otros en el suicidio ajeno, si lo es.

Las hipótesis legales son:

- a) Participación moral de inducción.
- b) Participación de auxilio.
- c) Participación material tan completa que cause la muerte (eutanasia)

En el caso de que el suicidio tenga consecuencias legales, la ley recoge que debe haber prueba de intención de morir, así como la propia muerte para que el acto sea considerado un suicidio.

En lo que se refiere al fenómeno a escala mundial, según la estima de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1975, se quitarían la vida unas mil personas al día y cerca de medio millón al año.

Respecto al sexo, son más los hombres que las mujeres los que se suicidan, mientras que son más las mujeres que intentan el suicidio que los hombres.

Por orden de edad, aunque hoy la diferencia tiende a reducirse, es más elevado el suicidio entre los ancianos que entre los jóvenes, mientras que el intento de suicidio es más frecuente en los jóvenes en relación a los ancianos.

Contrariamente a una opinión según la cual "la miseria protege", como escribió Durkheim en 1897, el suicidio -observa P. Baudry (*Fattori vecchi e fattori nuovi in materia di suicidio*,

1929) no es un lujo de las personas ricas o famosas, sino que significa la miseria de los débiles, es decir, de los debilitados.

De hecho, en los intentos están sobrerrepresentados los desempleados, los que no tienen profesión y los inválidos; obreros y empleados andan cerca de la media, mientras que los funcionarios y las profesiones liberales están infrarrepresentadas.

Un aspecto decisivo parece ser el aislamiento; pobre o acomodado, es el individuo en estado de soledad el que se suicida.

Contrariamente a lo que ocurría en el siglo pasado, el suicidio tiene lugar hoy con mayor frecuencia en el campo que en la ciudad.

Otros factores parecen confirmar la misma constante; ante todo, en lo que atañe a las condiciones de vida, los viudos, los divorciados y los célibes se matan más que los hombres casados del orden de cinco, tres y dos veces. Es además determinante la presencia de niños: al multiplicar las relaciones, constituyen un disuasor contra el suicidio.

Finalmente, el tiempo mismo -estaciones o días de la semana- en que tienen lugar los suicidios parece estar determinado por factores de mayor o menor socialización; por ejemplo, están infrarrepresentados los meses de vacaciones y los fines de semana, señal de que un mayor intercambio reduce el estado de aislamiento y la tendencia suicida.

El suicidio del anciano puede entenderse no tanto como la voluntad de acabar, cuanto más bien como una especie de exasperación del estado de muerte social padecido.

Así pues, existe una profunda relación entre el yo y la sociedad, entre el cuerpo propio y el cuerpo social. "El cuerpo marginado, privado de compromiso social en un intercambio social, afectivo; el cuerpo patológico, es decir, el cuerpo que sufre, constituye una condición de vida insostenible, manifiesta la dificultad de un paso que no puede darse en un marco social".

Paradójicamente - el suicidio es indudablemente un proceder eminentemente paradójico- es posible que se trate de matarse para conquistar un reconocimiento corporal. Se ve aquí la ambivalencia de una práctica que, morbosa en apariencia, quizá sea la expresión interna de un deseo de vivir".

Una notable contribución al conocimiento de la realidad del suicidio viene de la psicología. La lectura psicológica del fenómeno parte de la perspectiva subjetiva, del interior de la historia de la persona.

Incluso se corre en psiquiatría el riesgo contrario: el de ver el suicidio como una enfermedad fatal, ante la cual los motivos que la desencadenan resultan irrelevantes, hasta el punto de descuidarlos en la consideración terapéutica.

Habitualmente el suicidio está motivado como fuga y liberación de un estado de angustia debido a sufrimientos presentes o previstos, como acto de desesperación por una resistencia estimada imposible, como gesto de expiación o como último acto de libertad.

Otras veces el suicidio se entiende como gesto agresivo contra personas a las que se está ligado sentimentalmente -como padres, el hijo o hija propios, presuntos culpables del sufrimiento.

Hoy, sobre todo a propósito de los jóvenes o muchachos que se quitan o intentan quitarse la vida, sorprende la poca o nula importancia de los motivos aducidos: una mala nota en el colegio, la primera desilusión amorosa, un reproche de los padres, las dificultades de la vida militar. ¿Es posible que por cosas de tan escasa importancia haya de privarse del don inestimable de la vida?

La perspectiva clínico-psicopatológica pone de relieve el verdadero fondo del hecho del suicidio; no se detiene en las motivaciones que el suicida declara, sino que dirige su atención a las causas que dan origen a las tendencias suicidas. El resultado más interesante es que por lo regular el suicida no busca la muerte en cuanto tal, sino la solución de los urgentes problemas de la vida.

Posturas frente al suicidio:

Si se mira la historia, encontramos una doble valoración del suicidio. Los estoicos formulaban en ciertos casos un juicio positivo; Séneca, por ejemplo, condenaba el suicidio cometido sólo por deseo de morir, mientras que lo aprobaba cuando era un gesto de dignidad y de valor.

En cambio, fueron contrarios al suicidio en la antigüedad Platón, que veía en él un acto de insubordinación contra la divinidad; Aristóteles, que lo consideraba un acto vil, contrario al bien social; los neoplatónicos, que veían en el suicidio un impedimento a la plena liberación del alma y al cumplimiento en la vida terrena de la plena explicitación de las posibilidades del hombre.

Pero fue el cristianismo el que formuló de modo claro la condena del suicidio. Para los Padres, la afirmación de que la vida es un don de Dios y el hombre sólo su administrador lleva a la conclusión de que no se puede disponer libremente de ella; el suicidio es siempre un "autohomicidio".

Santo Tomás funda la ilicitud del suicidio en tres motivos:

1°. Ante todo en el hecho de que va contra la ley natural de la auto-conservación y del amor de sí.

2°. En segundo lugar en la consideración, derivada de Aristóteles, de que todo hombre es parte de un todo.

3°. La vida humana tiene, pues, siempre significado y valor para los otros hombres; por lo que el suicidio es *iniuria communitati*. Últimamente la no licitud del suicidio se funda en el hecho de que el hombre no es el dueño de su vida, por lo que no le corresponde a él decidir sobre su fin.

Por otra parte, también se plantea el problema de si en situaciones críticas extremas no se puede devolver la vida al Creador.

En realidad, la Biblia refiere sin particular condena algunos suicidios, y a veces incluso alabándolos.

Saúl y su escudero se traspasan con su propia espada para no caer en manos de los enemigos: 1Sam 31,3-5.

Ajitofel se cuelga después del fracaso de su intriga política: 2Sam 17,23.

Sansón hizo que el templo se derrumbara sobre él y los filisteos: Jue 16,23-31; el sacerdote Razis es incluso alabado por haber elegido generosamente morir antes que caer en manos criminales y padecer ultrajes indignos de su cuna: 2Mac 14,37-46.

Concluyamos con A. Holderegger: "Se podrá decir... que el suicidio se vuelve transgresión culpable en la medida en que es rebeldía voluntaria y negación arbitraria del sentido que es fundamento de la libertad humana, aunque luego queda el problema de si en situaciones críticas extremas no se puede devolver la vida al Creador".

O sea, ¿es posible que la muerte sea una desgracia, pero que seguir viviendo en algunas circunstancias sea una desgracia mayor aún?

Es ésta una pregunta que la cultura actual hace cada vez más dramática.

Por tanto, habrá que concluir que el problema ético no consiste en definir el suicidio como "*malum in se*", sino más bien en tomar conciencia del hecho de que el hombre, suscitado como ser creado y libre por Dios, debe administrar responsablemente el bien "vida" puesto en sus manos.

¿Se le puede pedir a una persona que no ve ya el sentido de la vida que siga viviendo? ¿Se puede deducir del hecho de existir el deber de hacerlo?

Mas ¿cómo negar que para los que actualmente no consiguen ver en su vida una posibilidad de sentido, el suicidio pueda parecer la vía más lógica para expresar la propia autonomía

frente a la falta de sentido y al condicionamiento social, aunque esta elección se produzca por el procedimiento trágico de la renuncia y de la fuga?

Ciertamente, uno de los grandes campos de intervención es la familia. La actual situación de crisis de muchas familias provoca situaciones de alejamiento y de falta de diálogo entre padres e hijos, que no sólo no ayudan al normal crecimiento psicológico de los últimos, sino que provocan situaciones de soledad afectiva y de inseguridad, con consiguientes repliegues sobre sí mismo y la dificultad de establecer relaciones correctas con la realidad circunstante.

El privilegio otorgado generalmente a los valores adquisitivos no es esencialmente lo único para dar sentido y equilibrio a los chicos; hay que revisar también algunos modelos educativos, preguntándose cuál es el modo más oportuno de formar caracteres fuertes y personas capaces de afrontar las inevitables dificultades de la vida.

Por otra parte, la vivencia de la familia se inserta en la sociedad. Esto nos lleva a una pregunta más seria todavía: ¿cuál es la imagen de realización de sí y de felicidad que propone nuestra sociedad?

El estilo de vida más generalizado se caracteriza por un hedonismo individualista en el que todos los valores humanos son instrumentalizados y mercantilizados. En este clima nada tiene sentido; mas un mundo sin significado sólo puede vivirlo un hombre sin significado.

Si se estima que la vida sólo tiene sentido cuando es plena, realizada y 'sin sufrimientos, puede parecer irrazonable seguir viviendo cuando hace acto de presencia el sufrimiento, la humillación y el fracaso.

Sólo la percepción de los valores fundamentales para el sentido de la vida puede darle al hombre la fuerza de soportar también las pruebas más dramáticas. Se puede entonces afirmar que la prevención más eficaz del suicidio es de orden moral y religioso.

EL HOMICIDIO

El código penal, castiga en el delito de homicidio: el que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de prisión de diez a quince años.

La palabra homicidio tiene un doble sentido en el Código Penal, ya que por un lado significa el denominador común de los delitos de homicidio común, auxilio e inducción al suicidio y asesinato, y por otro lado, es el delito doloso, debiendo acudir respecto al homicidio imprudente, la muerte causada por imprudencia leve.

El homicidio consiste en:

- Causar la muerte de una persona.
- Se castiga con una pena de prisión de 10 a 15 años.

El asesinato es un homicidio agravado y se produce:

1. Cuando el sujeto causa la muerte de otra.
2. Con alevosía.
3. Por precio, recompensa o promesa.
4. O con ensañamiento: aumentar deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima.
5. Este delito es penado con pena de prisión de 15 a 20 años.

El homicidio y el asesinato poseen una serie de elementos en común:

- Una serie de elementos en común: bien jurídico protegido, dolo, relación de causalidad.
- Un elemento diferenciador: el medio de ejecución.

El homicidio imprudente se da:

- Cuando se causa la muerte de una persona, de forma no intencional.
- Se sanciona con una pena de prisión de 1 a 4 años.
- Si la muerte se produce utilizando un vehículo a motor, un arma de fuego, o la realiza un profesional en el ejercicio de su profesión, se produce una variación de las penas a aplicar.
- Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años.

El suicidio en sí mismo no está penalizado:

1. Se recoge como un delito la INDUCCIÓN AL SUICIDIO: se sanciona con una pena de prisión de 4 a 8 años, existiendo modificaciones en función del grado de participación directa del suicidio en el otro.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior.

LA EUTANASIA

El célebre Juramento de Hipócrates reza:

"No me dejaré llevar por la súplica de nadie, cualquiera que fuere, para proporcionar un veneno o dar mi consejo en una contingencia semejante"

"Mi vida es mía; nadie puede decirme lo que tengo que hacer con ella" "Tengo derecho a vivir, pero no se me puede obligar a vivir"

"Dios es el único Señor de vida de un hombre no reo de delito punible con la pena de muerte... Nadie en el mundo, ninguna persona particular, ninguna humana potestad puede autorizar (al médico) a la directa destrucción de ésta. Su oficio no es destruir la vida, sino salvarla"

"Sin embargo hay que reconocer que la muerte, precedida y acompañada a menudo de sufrimiento, sigue siendo un acontecimiento que angustia naturalmente al corazón del hombre"

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella "acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente".

Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro. La eutanasia se puede realizar por acción directa: proporcionando una inyección letal al enfermo, o por acción indirecta: no proporcionando el soporte básico para la supervivencia del mismo. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma.

La acción sobre el enfermo, con intención de quitarle la vida, se llama y debería seguir llamándose homicidio. La información y conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su demanda libre y voluntaria de poner fin a su vida, el llamado suicidio asistido, no modifica que sea un homicidio, ya que lo que se propone entra en grave conflicto con los principios rectores del Derecho y de la Medicina hasta nuestros días.

La eutanasia "legalmente" es vista a partir de dos consideraciones y dos referencias: Eutanasia activa o pasiva y eutanasia por personal sanitario o por terceros.

Existen jurídicamente para que se integren la eutanasia tres elementos:

- a) Vida humana previamente existente.
- b) El elemento material, o sea, el medio, la lesión, y la condición objetiva punible.
- c) Elemento moral, intencionalidad o imprudencia, o las eventualidades preterintencionalidades.

“Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en su intención, procura la muerte a fin de eliminar todo dolor”

Clasificación de la eutanasia:

1. Eutanasia directa:

Adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable, está a su vez posee dos formas:

a) Activa: Consiste en provocar una muerte indolora a petición del afectado; el caso más frecuentemente mostrado es el cáncer, pero pueden ser también enfermedades incurables como el sida.

Se recurre, como se comprende, a sustancias especiales mortíferas o a sobredosis de morfina.

b) Pasiva: Se deja de tratar una complicación, por ejemplo una bronconeumonía, o de alimentar por vía parenteral u otra al enfermo, con lo cual se precipita el término de la vida; es una muerte por omisión.

La eutanasia pasiva puede revestir dos formas: la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se inicia el tratamiento y en el segundo se suspende el ya iniciado ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir.

Debe resaltarse que en este tipo de eutanasia no se abandona en ningún momento al enfermo.

La eutanasia pasiva es vista desde la ética profesional médica como la omisión de una intervención médica obligada.

2. Eutanasia indirecta:

Consiste en efectuar procedimientos terapéuticos que tienen como efecto secundario la muerte, por ejemplo la sobredosis de analgésicos, como es el caso de la morfina para calmar los dolores, cuyo efecto agregado, como se sabe, es la disminución de la conciencia y casi siempre una abreviación de la vida.

Aquí la intención, sin duda, no es acortar la vida sino aliviar el sufrimiento, y lo otro es una consecuencia no deseada.

En nuestro país la aplicación de la Eutanasia Directa Activa está prohibida, a diferencia de otros países del mundo, que permiten y han legislado esta práctica médica. Sin embargo, si se permite la Eutanasia Directa Pasiva (llamada también Ortotanasia) y la Eutanasia Indirecta (aplicada en los Cuidados Paliativos). Cuyo objetivo en común es que el enfermo

terminal sufra lo menos posible en su proceso de morir. A continuación aclararemos dichos términos.

Conceptos relacionados.-

Eutanasia Neonatal:

“El caso de del recién nacido afectado por graves deficiencias, al que algunos sugieren abandonar dejando de alimentarle para evitar que siga sufriendo, y un peso a la sociedad”

Suicidio asistido:

Significa proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro.

Se plantea como deseo de extinción de muerte inminente, porque la vida ha perdido razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperanzada.

Cabe destacar, que en este caso es el paciente el que voluntaria y activamente termina con su vida, de allí el concepto de suicidio.

Cacotanasia:

Es la eutanasia que se impone sin el consentimiento del afectado.

La palabra apunta hacia una mala muerte.

Ortotanasia:

Consiste en dejar morir a tiempo sin emplear medios desproporcionados y extraordinarios.

Se ha sustituido en la terminología práctica por muerte digna, para centrar el concepto en la condición (dignidad) del enfermo terminal y no en la voluntad de morir.

La muerte llega naturalmente, sin apresurarla ni atrasarla. También se le llama “buena muerte”

“Es obligatorio el empleo de medios ordinarios para ayudar al moribundo; pero, si se solicita, se puede renunciar ilícitamente, con el conocimiento del paciente, a los medios extraordinarios incluso cuando esta renuncia anticipe la muerte”

“Cuando, según los expertos, se presenta el coma “irreversible”, persistiendo la obligación de los cuidados ordinarios, no se está obligado a aplicar medios agotadores y onerosos para el paciente, condenándolo a una prolongada agonía vivida en condiciones sin posibilidad alguna de recobrar la conciencia y la capacidad de relación”

Son cuatro criterios indicativos de gran utilidad:

- 1.- “Es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios que dispone la medicina más avanzada, aunque se encuentren todavía en estadio experimental y no estén exentos de cierto riesgo”.
- 2.- “Es lícito también interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados frustren las esperanzas puestas en ellos
- 3.- “Es lícito siempre contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. Por tanto, no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir de cuidados que, aunque ya se estén utilizando, sin embargo no están exentos de peligro o son muy costosos”.
- 4.- “En la inminencia de una muerte inevitable a pecar de los medios utilizados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que proporcionarían una prolongación precaria y penosa de la vida, sin interrumpir no obstante los cuidados normales”

Distanasia:

Consiste en el «encarnizamiento o ensañamiento terapéutico», mediante el cual se procura posponer el momento de la muerte recurriendo a cualquier medio artificial, pese a que haya seguridad de que no hay opción alguna de recuperar la salud, con el fin de prolongar la vida del enfermo a toda costa, llegando a la muerte en condiciones inhumanas.

Normalmente se hace según los deseos de otros (familiares, médicos) y no según el verdadero bien e interés del paciente.

En el caso de la *Distanasia* que consiste en el empleo de todos los medios posibles, para retrasar el advenimiento de la muerte, esto es, el sometimiento a medios de tratamiento y/o procedimientos médicos innecesarios para prolongar de manera innecesaria y artificial la vida.

Su práctica es conocida como “encarnizamiento terapéutico”

También se le llama “mala muerte”. Pues se prolonga la agonía del enfermo “a como dé lugar”

Sin embargo, en el caso del coma considerado “reversible” es obligatorio utilizar los medios

disponibles, porque la probable recuperación de la vida merece cualquier tipo de sacrificio económico o de servicio. Aunque la responsabilidad cae en los familiares y el médico de hacer todo lo posible para que haya una reanimación. “Prolongar la vida puramente aparentemente y totalmente artificial, una vez que las funciones cerebrales han cesado de una manera total e irreversible, sería una ofensa al moribundo y a su muerte, además de un engaño para sus familiares”

Cuidados paliativos:

“Son aquellos cuidados activos, que se van a brindar a una persona, que es portadora de una enfermedad que no se va a curar, que en un plazo relativamente corto lo llevará a la muerte”

“Vivir bien hasta que la persona muera”

“Trabajar por la calidad de vida del enfermo terminal” “procurar el bienestar del paciente y de la familia”

Esta labor es realizada por todo un equipo interdisciplinario, para no solo aliviar el dolor físico, sino que también el dolor emocional y espiritual”

También está dirigido al trabajo de contención emocional hacia el equipo médico, ante el desgaste profesional y evitar el “Síndrome de Burnout”

Promueve el Cuidado Total: "Aliviar el dolor con alta tecnología, alto acercamiento, alta compañía”

“Muerte sin dolor: También puede ser la muerte natural”

“La intervención de la medicina: dirigida a aliviar los dolores de la enfermedad y de la agonía, a veces incluso con el riesgo de anticipar la muerte”

“La verdadera piedad y compasión no es la que le quita la vida, sino la que lo cuida hasta su final natural”“Es muy importante proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que amenaza con volverse abusivo. De hecho algunos hablan de derecho a la muerte, expresión que no designa el derecho de darse o hacerse dar muerte, como se pretende, si no el derecho a morir con entera tranquilidad, con dignidad humana y cristiana”

“Es lícito dar analgésicos, aunque esto puede comportar un riesgo de acortar la vida, si no hay otro medio de aliviar el dolor; es lícito el uso de analgésicos que privan del uso de la conciencia, con tal que el paciente haya tenido tiempo de cumplir con sus deberes religiosos y morales para consigo mismo, para con su familia y sociedad, por esto, no es lícito privar al moribundo de la conciencia sin motivo grave”

La Asociación Médica Mundial:

Considera contrarios a la ética y condena tanto el suicidio con ayuda médica como la eutanasia activa. En cambio recomienda los *cuidados paliativos*.

El Comité Permanente de Médicos Europeos:

Anima a todos los médicos a no participar en la eutanasia activa, aunque sea legal en su país, o esté despenalizada en determinadas circunstancias.

La Organización Médica Colegial de España:

Considera que “la petición individual de la eutanasia activa o el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención pudiendo hacer que desaparezca esta petición aplicando los principios y la práctica de unos *cuidados paliativos de calidad*”

Recomendación del consejo de Europa:

Considerando que el médico debe esforzarse por aliviar los sufrimientos y que no tiene derecho, incluso en los casos que parezcan desesperados, de acelerar intencionalmente el proceso natural de la muerte.

La prolongación de la vida por medios artificiales depende en gran medida de factores como el instrumental disponible y de que los médicos que actúan en los hospitales en los que las instalaciones técnicas permiten prolongar la vida por un período particularmente largo, se encuentran a menudo en una posición delicada acerca de la continuación del tratamiento, en caso en que el cese de todas las funciones cerebrales de una persona es irreversible.

Los médicos deben actuar de conformidad con la ciencia y la experiencia médica admitida, y que ningún otro médico o miembro de la profesión médica podría ser obligado a actuar en contra de su conciencia en relación con el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente.

La recomendación plantea el problema de la renuncia a la intervención para prolongar la vida a ultranza en tres casos distintos:

- 1) En el caso del enfermo en caso preagónico.
- 2) En el caso determinado del empleo de la llamada “analgesia invasiva”
- 3) En el caso de la declaración escrita en la “Carta de Voluntad anticipada”.

Los principios de Ética Médica Europea:

La medicina implica en cualquier circunstancia el respeto constante de la vida de la autonomía moral y de la elección por parte del paciente. Sin embargo el médico puede en cualquier caso de enfermedad incurable y terminal, limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, proporcionándole los tratamientos apropiados y manteniendo en lo posible la calidad de la vida que está por terminar.

Es obligatorio asistir al moribundo hasta el fin y actuar de modo que se le permita conservar la dignidad.

El código Italiano de Deontología Médica de 1989:

En ningún caso, aunque lo pida el paciente, el médico activará tratamientos que vayan en detrimento de la integridad psíquica y física del paciente y con mayor razón, acciones capaces de abreviar la vida del enfermo. Cualquier acto que busque provocar deliberadamente la muerte del paciente es contrario a la ética médica.

Tratándose de enfermo en coma, el sostén vital deberá ser mantenido hasta tanto no se determine exactamente la muerte en los modos y en los tiempos más allá de la muerte clínica establecida según las modalidades de ley, sólo con la finalidad de mantener en actividad órganos destinados a trasplante y por el tiempo estrictamente necesario.

Propuesta de Resolución del Parlamento Europeo:

Siempre que un enfermo plenamente consciente pida, de forma insistente y continua, que se haga cesar una existencia carente ya de cualquier dignidad; y un colegio de médicos, constituido al efecto, compruebe la imposibilidad de prestar nuevos cuidados específicos, dicha solicitud deberá ser satisfecha.

Iniciativas de legalización de la Eutanasia:

En Estados Unidos se remonta a 1976 con el *Natural Death Act*, promulgada en el estado de California y que se difundió a otros más.

La disposición reconoce en concreto a cualquier adulto el derecho de decidir no aplicar e interrumpir las “terapias de sostenimiento vital” cuando esté “en el extremo de las condiciones existenciales”.

Criterios éticos hacia el enfermo terminal:

La verdad sigue siendo el criterio fundamental para que un acto moral sea objetivamente positivo. Por esto hay que evitar que familiares y prestadores de los cuidados tengan un comportamiento de falsedad: la mentira sistemática no beneficia al paciente, que tiene el

derecho y el deber de ser informado y también para prepararse para una muerte digna; pero incluso podría volverse inútil y contraproducente, si el enfermo llegara a descubrirla.

El derecho a la información está incluido en todas las enumeraciones propuestas de los derechos del enfermo.

Cuando se trata de pacientes graves o terminales, se debe de ofrecer esta información en el ámbito de una comunicación humana más amplia e impersonal, que no se debería de limitar a proporcionar los datos de diagnóstico y de pronóstico de la enfermedad.

Lo obligado es, ante todo, escuchar al enfermo, y sólo después se le podrá hablar de la gravedad de la enfermedad.

Lo que el enfermo busca en quien lo asiste es la solidaridad y el que no se le deje solo; el poder comunicarse y sentir que se comparte con él la situación.

Si la mentira no debe de ser adoptada como línea de conducta y la comunicación de la verdad sigue siendo la meta a la que hay que tender, se ha de recordar no obstante que la verdad que hay que comunicar debe estar proporcionada a la capacidad del sujeto de recibirla saludablemente. Por esto se requiere preparar el estado de ánimo idóneo, se tiene que conocer las diversas fases psicológicas del moribundo, para no agravar las fases depresivas, y hay que proponerse también ir poco a poco y saber detenerse eventualmente en el momento preciso.

Nunca es necesario cerrar toda esperanza, dado que en realidad en la medicina no sedan previsiones absolutas.

Aun teniendo en cuenta la norma metodológica anterior, creo que se puede reiterar la obligación de no ocultar la gravedad de la situación en su sustancia, especialmente cuando el paciente, antes de morir tenga que afrontar decisiones importantes; ya que cada uno tiene el deber y el derecho de prepararse para una buena muerte.

“Yo, solicito que, si es posible, se me consulte respecto a los procedimientos médicos que podrían utilizarse para prolongar mi vida, cuando se acerque la muerte. Si yo no puedo tomar parte en decisiones concernientes a mi futuro y no hay expectativa razonable de mi recuperación de condiciones de invalidez física o mental, solicito que no se empleen medios extraordinarios para prolongar mi vida”

Atte.

Un enfermo terminal que quiere morir en paz.....

LA DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se define como la posibilidad de utilizar por extirpación, algunos órganos de un cuerpo muerto en cuestión de minutos, después del deceso. Pero no pueden hacerlo sin el permiso previo del difunto o del pariente más cercano después de la muerte.

Hoy existen posibilidades inimaginables de extirpación de órganos, que décadas atrás se consideraban imposibles, los más usados sin embargo siguen siendo: corneas, el corazón, riñones, hígado, médula ósea y hasta las células madres.

Puntos éticos a considerar:

- 1.- El principio de la prolongación de la vida.
- 2.- La mayordomía del cuerpo.
- 3.- El principio de utilitarismo y la manipulación humana (o genética).

La *donación de órganos* es la remoción de órganos o tejidos del cuerpo de una persona que ha muerto recientemente o de un donante vivo, con el propósito de realizar un trasplante.

Los órganos y los tejidos son extirpados en procedimientos similares a la cirugía.

Personas de todas las edades pueden ser donantes de órganos y tejidos.

Se producen muchas más donaciones de donantes muertos que de personas vivas.

Las leyes de los diferentes países permiten que donantes potenciales acepten o se nieguen a la donación o bien otorgan la elección a los familiares, que no siempre conocen los factores de riesgo del fallecido y que puede dar lugar a un mayor riesgo de contagio de enfermedades infecciosas a pacientes más críticos, que dispondrían de menos de 24 horas para dar el visto bueno a esta decisión.

La popularidad de las donaciones varía sustancialmente entre diferentes países y culturas.

La mayor parte de las religiones del mundo apoyan la donación como un acto caritativo de gran beneficio para la comunidad.

La autonomía del paciente, el testamento vital y la curaduría hacen casi imposible que tenga lugar una donación de órganos involuntaria.

En temas relativos a la salud pública, es posible que el interés apremiante del Estado se imponga sobre el derecho del paciente a la autonomía.

El debate sobre la definición de vida, muerte, humano y cuerpo está en curso. Por ejemplo, si un paciente con muerte cerebral debe ser mantenido artificialmente con vida para preservar sus órganos para ser trasplantados es un problema actual de la bioética clínica.

Un campo relativamente nuevo ha revigorizado el debate: el xenotrasplante o transferencia de órganos animales (normalmente de cerdo) a cuerpos humanos. Si bien podría incrementar la oferta de órganos considerablemente, existe la amenaza del rechazo de órganos por el receptor y el riesgo de zoonosis. Además, algunos grupos por los derechos de los animales se oponen al sacrificio de un animal para la donación de órganos y han lanzado campañas para prohibirlo.

En muchos casos, aquellos que necesitan órganos son puestos en listas de espera para recibir órganos "legales" por períodos indeterminados de tiempos y muchos mueren esperando su turno.

La donación de órganos también se está convirtiendo en un tema bioético importante desde un punto de vista social. Si bien la mayoría de las naciones del Primer Mundo cuentan con un sistema legal que supervisa el trasplante de órganos, no es menos cierto que la demanda supera con creces la oferta. En consecuencia, ha surgido un mercado negro a menudo referido como "turismo de trasplantes."

Una consecuencia del mercado negro de órganos ha sido varios casos de robo de órganos, incluyendo asesinatos con el propósito de robar órganos. Los proponentes de la legalización del tráfico de órganos afirman que la naturaleza del tráfico actual permite tales tragedias y que la regulación del mercado podría evitarlas. Por su parte, los opositores sostienen que un mercado podrían animar a los criminales porque sería más fácil para ellos decir que sus órganos robados son legales.

Los *suicidas* tienen una tasa mayor de donación de órganos que el promedio. Una razón es la tasa de rechazo menor por parte de la familia y los familiares. Además, el consentimiento para la donación es mayor que el promedio en las personas que cometen suicidio. El suicidio es una causa común de muerte cerebral (3.8%), principalmente entre hombres jóvenes. La donación de órganos es más común en este grupo comparado con otras causas de muerte. La muerte cerebral puede resultar en muerte legal, pero si el corazón sigue latiendo y se utiliza ventilación mecánica todos los órganos vitales pueden mantenerse totalmente vivos y funcionales, con lo cual se consiguen las condiciones óptimas para el trasplante de órganos.

¿Qué es realmente la donación de órganos?

La donación de órganos es un gesto totalmente altruista e incondicional de otorgar nuestros órganos internos y tejidos o los de nuestros familiares directos (padres, hermanos, cónyuges o hijos) cuando ya no los necesitamos.

Es considerado como el mayor acto de bondad entre los seres humanos y es aceptado por la mayoría de las religiones en el mundo incluida la católica.

Es un procedimiento quirúrgico para implantar un órgano o tejido sano a un paciente para sustituir su órgano o tejido enfermo que no funciona y es indispensable para su calidad de vida y en muchos casos hasta vital.

Hay miles de enfermos con deficiencias graves de sus órganos y medicamente se llaman insuficiencias terminales de distintos órganos como el riñón, hígado, corazón, entre otros.

También hay enfermos que requieren mejorar la calidad de vida con trasplantes de tejidos como son las corneas, huesos y otros.

El trabajo, el estudio o la atención de la familia son algunos de los beneficios que resultan de los trasplantes de órganos y tejidos para los seres humanos.

¿Cuáles son los órganos o tejidos que pueden ser donados y que pueden trasplantarse en México?

Fundamentalmente son siete los órganos vitales que pueden ser donados y trasplantados en nuestro país, por equipos altamente especializados, en los diferentes hospitales del sector salud (incluido el hospital infantil de México) e incluyen al corazón, ambos pulmones, hígado, páncreas y ambos riñones, es decir, son órganos que al ser trasplantados en otra persona enferma, tienen una segunda oportunidad de vivir con dicho órgano. Además existen tejidos que si bien no son vitales, si mejoran sustancialmente la calidad de vida del enfermo como son ambas córneas, piel y hueso.

¿Todos podemos ser donadores de órganos?

Efectivamente, todos tenemos la oportunidad de ser donadores de órganos y estar convencidos de ello en la vida, pero no todos lograremos serlo en forma real, ya que para ello se requieren de condiciones sumamente especiales y delicadas para ser un buen donador de órganos.

Una persona que sufre de una muerte instantánea en casa o en un accidente de automóvil, atropellamiento o por violencia, no es candidato a donar órganos, ya que al dejar de latir su corazón o dejar de respirar, los órganos se dañan de forma irreversible y no son útiles para ser trasplantados.

Sin embargo, en caso de sufrir un accidente en donde el cerebro sea el principal dañado, ya sea por golpe (traumatismo), herida por arma de fuego (balazo), hemorragia intracraneana, etc. y en donde el paciente llegue a algún hospital para su atención y que por la naturaleza del daño cerebral y a pesar del máximo esfuerzo del equipo médico para evitarlo, el cerebro mismo sufra de daño irreversible (muerte cerebral) demostrado no solo en forma clínica por

un especialista , sino en forma gráfica con estudios de electroencefalografía, es un buen candidato para donar sus órganos, y debido únicamente al uso de ciertos medicamentos poderosos y aparatos mecánicos (ventilador) se mantenga temporalmente (24 a 48 horas máximo) la respiración, el latido cardiaco y la temperatura corporal de forma artificial ,con el fin exclusivo de mantener con buena irrigación y oxigenación a los órganos y previa realización de múltiples estudios de laboratorio y descartadas infecciones graves, podrá ser evaluado por personal altamente preparado dictaminado la utilidad de los órganos para trasplante.

¿La muerte cerebral es un estado real de muerte?

Definitivamente sí, cuando el cerebro ya no recibe flujo sanguíneo debido a una lesión grave real del tejido cerebral (traumatismo, hemorragia cerebral, herida por arma de fuego) definitivamente se muere.

Hay que recordar que no hay muertes a medias o que nadie se muere dos veces, al estar muerto el cerebro, está muerto definitivamente e inequívocamente el individuo.

Sin embargo, es un diagnóstico muy serio y por lo tanto se deben de cumplir con requisitos médicos y legales muy exigentes para poder confirmar dicha muerte.

Existen signos y síntomas que nos traducen que un individuo está en muerte cerebral y hay pruebas como el electroencefalograma que nos la confirman.

¿Es obligatorio inscribirse en algún registro de donación o traer siempre alguna credencial de donador para poder serlo?

No necesariamente, lo más importante en estos casos es estar plenamente convencidos de querer trascender más allá de la muerte donando nuestros órganos al no necesitarlos, la mejor manera de hacerlo es platicándolo con nuestros seres queridos en el seno mismo de nuestra familia, mencionándoles nuestro pleno convencimiento de donar nuestros órganos y de ésta manera, en caso de sufrir la desgracia de una lesión cerebral grave y encontrarnos en una situación confirmada médica y legalmente de muerte cerebral, nuestros familiares tengan muy en claro nuestro deseo manifestado en vida de donar los órganos y en caso de ser buen candidato para ello, cuando el coordinador de trasplantes de algún hospital les pregunte a ellos sobre la posibilidad de donar los órganos, no tengan duda en confirmar nuestros deseos y se agilicen todos los trámites médicos legales para cumplir nuestra última voluntad.

¿Es posible que necesitemos algún día de un trasplante de órganos para salvar nuestra vida o la de algún familiar cercano?

Definitivamente sí, ningún ser humano tiene la vida y la salud comprada, cualquiera de nosotros o de nuestros familiares cercanos (padres, hijos, cónyuges, etc.) podemos caer en una enfermedad renal, hepática, pulmonar o cardiaca crónica que termine en insuficiencia de

dicho órgano y que sea meritoria de un trasplante y por consiguiente de una donación de órganos .

Así mismo existen enfermedades agudas o fulminantes hepáticas o cardíacas que también pueden ser curadas con un trasplante urgente.

De tal manera que si cada uno de nosotros se crea una conciencia de donación de órganos y lo vamos transmitiendo de familia en familia y de generación en generación, a futuro nosotros mismos seremos los beneficiarios de la conciencia pro donación generada y sufriremos menos tiempo de espera por nuestro órgano.

¿Qué son los componentes anatómicos?

Son los órganos, tejidos, células y en general todas las partes que constituyen un organismo.

¿Qué es el trasplante de componentes anatómicos?

Es el reemplazo de un componente anatómico sin la posibilidad de recuperación por otro sano como por ejemplo los órganos y tejidos.

Es un procedimiento que el médico recomienda cuando se ha agotado toda posibilidad de tratamiento por una enfermedad o fallo de algún órgano o tejido.

Sólo es posible gracias a la voluntad de aquellos que solidariamente dan su consentimiento para la donación de sus órganos o tejidos.

¿Qué órganos y tejidos se trasplantan actualmente en el mundo?

Riñón, hígado, corazón, páncreas, pulmón son los órganos más comunes pero también se está trasplantando otros tipos de órganos.

Corneas, médula ósea, huesos y piel son los tejidos más comunes que se trasplantan en el mundo.

¿Qué órganos se trasplantan actualmente en nuestro país?

Corazón, riñones e hígado

¿Qué tejidos se trasplantan actualmente en nuestro país?

Médula ósea, corneas y huesos.

¿Toda persona puede ser donante de órganos o tejidos?

Sí, todos podemos ser donantes, pero llegado el momento son los médicos los que determinan si puede ser donante o si existe alguna contraindicación para la donación.

¿Qué es donante?

Persona que cede gratuitamente y voluntariamente sus órganos o tejidos para que sean utilizados de manera inmediata o diferida en otra personas con fines terapéuticos.

¿Cómo se puede ser donante de órganos y tejidos?

Una persona puede ser donante de órganos y tejidos en vida o fallecido:

Donante fallecido:

Persona que en vida expresó su voluntad de donar todos o algunos de sus órganos y tejidos para que sean utilizados después de su muerte: *donación ordinaria*.

Persona que fallece y sus deudos autorizan la donación de todos o algunos de sus órganos y tejidos: *donación extraordinaria*.

Persona que fallece y durante su vida no manifestó su oposición a ser donante y si dentro de las seis horas después de realizado el diagnóstico de muerte encefálica sus deudos no expresan su oposición a la donación: *presunción legal de donación*.

Donante en vida.-

Donante vivo relacionado: Donante hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y cuya donación de alguno o parte de sus órganos o tejidos sea compatible con la vida.

Dónate cruzado: Donación que se da en forma recíproca entre parejas no relacionadas.

Donante altruista: Persona que en vida dona un órgano a un receptor de las lista de espera cuya identidad no conoce.

¿Cómo se produce la muerte cerebral o encefálica?

“Toda persona que fallece por muerte encefálica es un potencial donante”

Hemorragia o infarto cerebral (ACV) (derrame cerebral).

Golpes en la cabeza (accidentes)

Herida de bala en el cráneo

En todos los casos anteriores una inflamación hace que la sangre no pueda llevar oxígeno al cerebro. Al inflamarse dentro del cráneo el cerebro no puede expandirse, aumenta la presión y el paciente fallece.

¿Quién aborda a la familia?

Un coordinador del equipo de trasplante debidamente preparado para abordar a la familia doliente y a la persona que presenta la posibilidad de la donación de sus órganos o tejidos de acuerdo a la necesidad de los programas de trasplante existentes.

¿Cómo seleccionan al receptor del un órgano o tejido?

Existe una lista de espera única para los trasplante en todo el país y cuya decisión está ponderada sobre varios criterios clínicos donde la histocompatibilidad sanguínea es el principal.

¿Cómo se expresa la voluntad de donar sus órganos o tejido?

La donación ordinaria o extraordinaria de órganos deberá ser expresada en alguno de los siguientes documentos:

- a) Historial clínico,
- b) Declaración jurada ante un notario público,
- c) Documento autenticado por un notario público,
- d) Documentos suscritos ante dos testigos hábiles.

¿Cómo me inscribo como donante?

El Registro de Donantes es un archivo estrictamente confidencial para las personas que desean dejar constancia de su voluntad en vida de ser donantes después de su muerte mediante alguna de las formas de expresión de voluntad de la donación descritas en los puntos anteriores

Sirve a la familia en el momento de su muerte para verificar si la persona hizo patente su voluntad en vida y quienes tendrán la responsabilidad de hacerla cumplir mediante su consentimiento.

¿Cómo decirle a su familia sobre su decisión de donar?

Es muy importante comunicar su decisión de ser donante de órganos o tejido a su familia mientras este saludable y pueda hablar por sí mismo. De tal forma, que cuando llegue el momento, su familia pueda cumplir sus deseos.

Esta es una decisión que debe compartir con sus seres queridos y que ellos deben comprender.

El compartir historias de donantes que han salvado y mejorado las condiciones de vida de otras personas ayuda a abrir la mente de sus familiares y que comprendan la magnitud de este acto.

Trate que su familia apoye su decisión de donar. Dígales que se los comunica para que cuando llegue el momento ellos estén preparados y que tengan la paz y tranquilidad de que están cumpliendo sus deseos.

Familiares de donantes han expresado que sienten una gran paz interior sabiendo que una parte de su ser querido continuará viviendo en otra persona.

Se pierden muchas donaciones porque los familiares (sin conocer la voluntad del fallecido niegan su consentimiento).

¿Qué opinan las diferentes religiones en relación al trasplante de órganos?

Los líderes religiosos en las últimas cuatro décadas son los que han interpretado sus sagradas escrituras, reconociendo la mayoría, que la donación y los trasplantes no contravienen el espíritu de sus reglas y mandamientos.

Acerca de los trasplantes en México:

En el año de 1996 se creó el Comité Estatal Interinstitucional de Trasplantes (COEITRA), el cual fue el precursor de los actuales Consejos Estatales de Trasplantes (COETRA) instalados formalmente en 1999.

En este participa personal de los hospitales de los sectores público y privado, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de la Defensa Nacional, Procuraduría General de Justicia, Consejo Nacional de Trasplantes, Consejo Estatal de Trasplantes y Medios de Comunicación.

Nuevo León ha trabajado en crear una cultura de la donación de órganos.

En el 2010 se ubicó en el segundo lugar con el mayor número de donaciones concretadas por estatus de muerte encefálica, superado solamente por el Distrito Federal y seguido en tercer lugar por el Estado de México.

De 1996 a la fecha se han realizado en la entidad 8 mil 610 trasplantes, de los cuales 3 mil 721 han sido de córnea, 2 mil 007 de hueso, mil 845 de riñón, 749 de médula ósea, 206 de hígado, 67 de corazón, 12 de pulmón y 3 de riñón y páncreas. Hasta el momento mil 349 personas siguen en la espera de una donación para seguir viviendo.

Las enfermedades crónico-degenerativas y una esperanza de vida cada vez mayor en la población dan como resultado deficiencias en órganos y tejidos como en el caso del riñón, córnea, corazón, pulmón, hígado, páncreas, hueso, entre otros.

El *programa de trasplantes de órganos y tejidos* tiene como objetivo preservar y mejorar la vida de las personas al sustituir un órgano o un tejido que no funciona con el propósito de restituir la función perdida.

Más información:

Secretaría de Salud

Coordinación del Programa de Trasplantes de Órganos y Tejidos

Teléfono: (81) 8130-7071

DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

Cuando se padece una ***enfermedad crónica***, es posible que no sólo afecte físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere.

Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, pero las personas que están dispuestos a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superan con éxito el proceso de afrontamiento.

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que puede poner en peligro la vida de una persona.

Una enfermedad crónica posee una fase de mejoría y estabilidad, en donde los síntomas propios de la enfermedad desaparecen o se minimizan (cuando hay un tratamiento adecuado y responsabilidad del paciente), este periodo puede ser largo; sin embargo esto ocurre dependiendo del tipo de enfermedad que se presente.

Una enfermedad crónica pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente, pero los tratamientos que recibe pueden contribuir a que se sienta sana y se encuentre bien gran parte del tiempo. Ante una enfermedad crónica no existe cura, pero sí control de ella, como: diabetes, hipertensión, asma, artritis, Alzheimer, esquizofrenia, etc.

Cuando no existe un tratamiento adecuado, falta de responsabilidad del paciente o la enfermedad ha rebasado los recursos de ayuda para su control. De ser una enfermedad crónica simple pasa ser una ***enfermedad crónica-degenerativa***.

Cuando está presente una enfermedad crónico-degenerativa, la situación cambia, pues su evolución por lo regular está destinada al agravamiento de los síntomas y por ende al deterioro funcional en todos los sentidos del paciente. Convirtiéndose en ***un enfermo crónico terminal***, es decir destinado al deterioro y posteriormente a la muerte en un periodo de tiempo tan largo o tan corto, dependiendo de la evolución de la enfermedad. Es decir “condenado a morir” tarde o temprano por la enfermedad o por complicaciones de la misma, pues se han agotado las posibilidades de curación.

Ahora bien, ***un enfermo en fase terminal*** es aquel que presenta una enfermedad crónico-degenerativa, cuyos síntomas se complican o han salido de control y que está próximo a morir en un periodo relativamente corto de tiempo. Aquí solo podrán implementarse ***cuidados paliativos*** con el fin de aliviar el dolor físico, emocional y espiritual; procurado que la agonía sea lo más tranquila posible.

Ante tal panorama, el enfermo terminal queda en una *situación de vulnerabilidad física y emocional*. Con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacidad. El enfermo tiene que realizar un proceso de adaptación a su enfermedad, con intervención profesional y con un amplio apoyo familiar. Lo deseable es que sea un proceso bien planificado.

Estos son los derechos del enfermo terminal señalados por la organización Mundial de la Salud en 1990 en el alivio del dolor y tratamiento paliativo:

1. Derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de la muerte.
2. El derecho de mantener una esperanza, cualquiera que ésta sea.
3. El derecho de expresar a sus sufrimientos y emociones por lo que respecta al acercamiento de su muerte.
4. El derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
5. El derecho de no morir solo.
6. El derecho de ser liberado del dolor.
7. El derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea la pregunta.
8. El derecho de no ser engañado.
9. El derecho de recibir ayuda de la familia y para la familia en la aceptación de la muerte.
10. El derecho de morir en paz y con dignidad.
11. El derecho de conservar su individualidad y de no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
12. El derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender sus necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándole a entrenarse con la muerte.
13. El derecho de que su cuerpo sea respetado después de su muerte.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA

¡Toda vida merece un final digno!

¿Qué es la Voluntad Anticipada?

Es el término que se le da al derecho de todas las personas (adultos) a renunciar a todo intento por parte de la ciencia médica para preservarle la vida en caso de padecer una enfermedad irreversible. Esta decisión se plasma en un documento denominado precisamente “Documento de Voluntad Anticipada”.

Documento de Voluntad Anticipada:

En éste se expresa su voluntad, acerca de las atenciones médicas que desea y no desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible, y que encontrándose en la etapa terminal le haya conducido a un estado en el que le sea imposible expresarse por sí mismo.

La “Declaración de Voluntad Anticipada” es un documento que puede solicitarse estando sano, antes de ser intervenido quirúrgicamente o en estado terminal.

Formato de Voluntad Anticipada:

Es el formato oficial emitido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal o institución hospitalaria privada del D.F., en la que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta su voluntad de no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que propicien la obstinación terapéutica.

En las Unidades médicas privadas o del Sistema de Salud del D.F., se puede obtener gratuitamente, pero también se puede hacer ante Notario Público, por el declarante y tres apoderados, a la vez testigos.

Aspecto Jurídico:

El gobierno del Distrito Federal decreta y publica el 7 de enero del 2008, la Ley de Voluntad Anticipada para la capital del país y se hacen diversas adecuaciones al Código Penal y a la Ley de Salud locales.

Es un recurso de los ciudadanos residentes del Distrito Federal para manifestar su deseo y negativa de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos para prolongar de manera innecesaria su vida, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

Objetivo:

Proteger hasta el último momento de la vida la dignidad de la persona en terapia terminal y

la de sus familiares, proporcionando las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales para que pueda tener una muerte digna.

Contribuir a que la persona pueda vivir con dignidad hasta el último momento de su vida a través de la difusión y promoción del reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, la cual garantiza el derecho a decidir la vida que deseamos tener en caso de presentar una enfermedad crónica, incurable e irreversible en etapa terminal, y obtener los beneficios de los *cuidados paliativos*, incluyendo terapia psicológica y tanatológica al enfermo y su familia.

Propósito:

“El propósito de esta declaración Extra-Judicial de mi voluntad, es expresar mediante este documento, mi decisión incuestionable que los tratamientos para mantenerme la vida, incluyendo la hidratación y nutrición artificial ,sean suspendidos en caso de que yo no esté en condiciones de tomar decisiones sobre los cuidados y atención médica y hospitalaria que deba recibir, a raíz de mi deterioro físico y / o mental.

Por estar en una condición de enfermedad irreversible o terminal y/o con daño cerebral severo y/o con enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere y/o con demencia presenil, senil o similares, o un estado permanente de inconsciencia y/o estado vegetativo persistente”.

Premisa de la ley de Voluntad Anticipada

- No se permite ni se facilita bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el mejoramiento intencional de la vida.
- Art. 2 Ley de Voluntad Anticipada.
- Pretende evitar la *obstinación terapéutica* (exceso de beneficencia)

¿Cómo se logra?

Otorgando los Cuidados paliativos.

Haciendo cumplir la ley en el Art. 3, inciso XIII de la Voluntad Anticipada.

Puntos éticos a considerar:

- a) El punto humanista predominante.
- b) El consentimiento informado.
- c) La coercibilidad de la “voluntad divina”.
- d) La capacidad del paciente.

- e) La actitud ¿el por qué? del paciente.
- f) Edad de la persona.
- g) La naturaleza de la enfermedad.
- h) Los valores y la actitud del médico y el ambiente clínico.
- i) Los valores, condiciones y actitudes de los familiares.

La ley nos lleva a reflexionar sobre la *eutanasia* y la *distanasia* (o la negativa de recibir o seguir con los procedimientos hospitalarios en etapa terminal)

Distintos nombres en diversos países:

- Testamento vital
- Testamento biológico
- Declaración extra-judicial de voluntad anticipada
- *Living will*
- *Will to live*

Conceptos que se deben tener en cuenta para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada.-

Orden de no resucitar:

Significa la orden médica impartida y consignada en mi historia clínica por mi médico particular, o por uno de los médicos que me asista, que me haya examinado y que dentro de un grado razonable de certeza médica, indique que no me administren resucitación cardiopulmonar.

Condición o enfermedad terminal:

Significa una condición irreversible, incurable e intratable causada por enfermedad, heridas o traumatismo físico. Mi médico o el médico que me esté asistiendo, me examinará y dictaminará que la condición de mi salud es irreversible, que no me puedo recuperar y que la muerte ocurrirá en relativamente corto tiempo, a menos que prolonguen mi vida mediante tratamientos artificiales de sostenimiento, *los cuales reitero que rechazo me sean aplicados.*

Documento de voluntad anticipada:

Es el Documento Público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio 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, que propicien la Obstinación Médica u Obstinación Terapéutica.

Enfermo en etapa terminal:

Es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

- a. Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
- b. Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico, y/o;
- c. Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.

Diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal:

Es el documento suscrito por el médico tratante, avalado por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud y autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica, previo análisis de la información contenida en el expediente clínico, el cual deberá ser firmado autógrafamente por los mismos.

Obstinación médica u obstinación terapéutica:

Utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal.

Medidas mínimas ordinarias y tanatológicas:

Consisten en la hidratación, higiene oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal según lo determine el personal de salud correspondiente.

Sedación controlada:

Es la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste.

Representante:

Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos.

Firma:

Es conveniente que vengan a firmar a la notaría el documento de voluntad anticipada tanto el solicitante como el representante designado (sólo el primero nombrado, no el sustituto) y deben comparecer con documento de identificación (como la credencial para votar o el pasaporte).

¿Dónde puedo obtener mayores informes?

Consultar el contenido total del documento *Ley de Voluntad Anticipada* por internet.

Calle Altadena No. 23, 3er. piso, Colonia Nápoles, C.P. 03810, Delegación Benito Juárez, México D.F.

Tel. 5132-1200, Ext. 1308/1560

leydevoluntadanticipada@gmail.com

Av. San Fernando No. 423, Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P. 14050, México, D.F.

Teléfono: 5666-0605 Fax: 5666-0745

E-mail: not203@prodigy.net.mx Sitio web: www.notaria203.mx

LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos.-

El cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente.

Cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a un tratamiento curativo e incluyen el control del dolor, manejo de otros síntomas, así como la atención psicológica, social y espiritual del paciente.

Según la OMS, los aspectos básicos en cuidados paliativos son:

- El cuidado total
- El control de síntomas
- El control del dolor
- El apoyo emocional al paciente y a la familia y el manejo del estrés

En las unidades de terapia intensiva de los hospitales públicos y privados del país hay casos de personas, como el de la italiana Eluana Englaro, conectadas a aparatos que las mantienen con vida o al suministro permanente de sueros que las hidratan y las nutren por periodos que van de unos cuantos días hasta varios años. Personal de la Clínica 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), da testimonio de este tipo de casos.

De entre los pacientes que han tenido recuerdos de manera especial a un hombre que tenía diabetes e insuficiencia renal crónica y que permaneció conectado a un ventilador que le dio aire y vida artificial durante siete años. Las hijas del paciente, cuentan las enfermeras que vivieron de cerca este caso, siempre se rehusaron a dejarlo sin asistencia médica, aunque ya no había nada que hacer por él. Las hijas estuvieron al tanto de la salud de su padre, pero tuvieron problemas familiares y laborales por el tiempo que dedicaban a su papá.

Estas historias se han vuelto comunes, pero las autoridades del Sector Salud no cuentan con un registro que permitan ubicar si alguien ha permanecido en esas condiciones cerca o más de los 17 años que vivió la italiana en coma.

Pero no son las únicas, recuerda Nora Godínez Cubillo, especialista de la Clínica del Dolor del Hospital General de México. Junto a este tipo de historias se encuentran otras igual de dolorosas: las de los pacientes que viven una enfermedad terminal y que ya no quieren maniobras extraordinarias para prolongarles la vida y lo único que desean es irse tranquilos a su casa a “bien morir”.

Se trata de las vidas de alrededor de 40 mil personas que, según la Secretaría de Salud, al año

son diagnosticadas con enfermedad en fase terminal, que son males incurables, con un pronóstico de vida de menos de seis meses.

Lo grave, comenta Godínez, es cuando entran a la última fase, en donde ya no pueden hablar y son los familiares quienes piden que se “haga todo lo posible” por salvarles la vida, o cuando los mismos médicos, por querer ganar la carrera a la muerte, caen en un “encarnecimiento terapéutico”.

“Aunque eso implique meterle un ventilador, ponerle una sonda para alimentarla, un tubo en la tráquea y todo con el afán de prolongarle la vida, pero más bien, es prolongarle la agonía”.

Precisamente para evitar que por esta situación, se llegue a la eutanasia (muerte asistida), en los dos últimos años entraron en vigor dos reformas, una local, en el Distrito Federal, y otra a nivel federal.

Esta última, por su alcance nacional, permite, desde el 6 de enero pasado, que los enfermos terminales —o en su caso sus familiares— opten por tratamientos que prolonguen su vida, aunque estén desahuciados, o por recibir, en el hospital o en casa, un tratamiento paliativo que sólo mitigue el dolor.

Sin que esto implique que se permita la eutanasia, pues si bien los médicos pueden dejar de suministrar tratamientos curativos, no pueden privar a los pacientes de los elementos que los mantienen con vida, aunque sea de manera artificial, ya que eso sería una muerte provocada voluntariamente.

A partir de la entrada en vigor de esta última reforma, médicos del Sector Salud federal coinciden en que, cada vez más, los enfermos en fase terminal están optando por abandonar los hospitales para morir en compañía de sus familiares. Hasta el momento las autoridades del Sector Salud federal no cuentan con un registro de cuántos pacientes han optado por recibir sólo tratamientos paliativos y contra el dolor para recibir la muerte en sus hogares.

La única referencia que existe para este tipo de casos es la que ha dado a conocer la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que reportó que en el último año 91 personas decidieron que se les aplicara la llamada Ley de Voluntad Anticipada, similar a la ley federal que apenas entró en vigor.

Para Ernesto Saro Boardman, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos es un atajo a la eutanasia, pero aclara que por ningún motivo se puede suspender la oxigenación, la hidratación y la nutrición a un paciente. Así, asegura, en México definitivamente no se hubiera podido hacer lo que ocurrió con la italiana Eulana Englaro.

Lo que sí se puede hacer, afirma, es suspender un tratamiento curativo que no le va a prolongar la vida, sino la agonía, pero sólo a petición del paciente.

A lo largo de estos últimos años, significativos avances en el campo de la medicina han contribuido a incrementar el promedio de vida de las personas.

Este es un evidente beneficio del avance de la ciencia, que así permite que la expectativa de vida en nuestras sociedades sea sensiblemente superior a la que podría tenerse hace apenas algunas décadas.

Al mismo tiempo, este logro ha modificado el mapa de la morbilidad, pues ha significado el incremento de enfermedades crónicas, del mismo modo que la posibilidad de curación de muchas enfermedades antes mortales ha obligado a dar particular atención a estos padecimientos terminales y al remedio que amerita el dolor evitable.

En este contexto, debe considerarse con mucho cuidado el lugar que ocupan las enfermedades terminales en el conjunto de causas de muerte en nuestro país.

Según estadísticas de la Secretaría de Salud, la tercera parte de las muertes que se registran al año en México se debe a ese tipo de enfermedades.

Los pacientes con enfermedades en situación terminal enfrentan como pocos la realidad del sufrimiento. Y no nos referimos sólo al dolor físico, ya de por sí severo en muchos casos, pues éste es solamente una parte del problema de estos pacientes, sino también a las alteraciones psicológicas, emocionales e incluso espirituales que padecen por esa causa.

El enfermo en situación terminal pasa por etapas de negación, depresión, ansiedad, ira y miedo.

La suma de todos estos problemas causa un profundo sufrimiento a los pacientes, pero adicionalmente a sus seres queridos.

Preservar y elevar la calidad de vida de los pacientes que padecen una enfermedad incurable o en etapa terminal, ha sido preocupación que a nivel internacional ha motivado un importante trabajo. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud define a los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objeto principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.

Para la OMS esta asistencia denominada paliativa busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con padecimientos en situación terminal, con esto se pretende decir que son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia.

El objeto de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente.

La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente.

De conformidad con estos planteamientos de la OMS, es necesario valorar los cuidados paliativos como intervenciones que afirman la vida, pero que al mismo tiempo consideran como normal el proceso que desemboca en la muerte; no pretenden acelerarla, pero tampoco la resisten obsesivamente tratando infructuosamente de posponerla a costa de todo lo demás; valoran el alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes que lesionan seriamente la calidad de vida de los enfermos.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió en 1999 un documento denominado La protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, en él se señala que prolongar la vida no debe ser el fin exclusivo de la práctica médica, sino que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento durante el período de sobrevida que la ciencia médica pueda hacer posible.

El término "medicina paliativa" se refiere fundamentalmente al quehacer de médicos y enfermeras dedicados a esta disciplina, mientras que el de "cuidados paliativos" es más amplio y considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y enfermeras además de otros profesionales como psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes religiosos o apoyo espiritual.

En las últimas décadas los cuidados paliativos han evolucionado enormemente a lo largo de los cinco continentes.

En Gran Bretaña, tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr mayor cobertura económica y asistencial paulatinamente.

En la década de los años setentas predominaba una modalidad de trabajo centrada en la atención de tipo hospicio institucional. En los años ochentas se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria.

Gran Bretaña fue el primer país en el mundo en crear la subespecialidad médica de medicina paliativa, países como Australia, Bélgica, Nueva Zelanda, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Rumania se incorporaron a la visión de Gran Bretaña en este tema. En septiembre de 2006 el American Board of Medical Subspecialties otorga a la Medicina Paliativa el estatus de subespecialidad.

La Organización Mundial de la Salud y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha establecido el cuidado paliativo como programa prioritario, principalmente en el tratamiento del cáncer y se han adoptado medidas para desarrollar programas en la región.

De la misma manera, otras organizaciones internacionales como la International Association for Hospice and

Palliative Care han destinado esfuerzos y recursos para promover el desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo, especialmente en África, América Latina, Asia y Europa del este.

La OPS diseñó un programa regional de cuidados paliativos para los países de América Latina y el Caribe, teniendo en cuenta los problemas y diferencias que existen en la región. Dichos programas, incluyen brechas entre los niveles de ingreso, estadios de transición epidemiológica, experiencia técnica, recursos destinados a salud y organización de los servicios de salud de los países.

Los programas referidos atienden a personas con una enfermedad terminal y sus familias, en las que predominan las necesidades relacionadas con la calidad de vida (síntomas físicos, emocionales, impacto social, espiritual), con pronóstico de vida limitado a causa de enfermedades como las siguientes: cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades crónicas y que ocasionan gastos catastróficos, síndromes geriátricos de deterioro progresivo e incurable y otras patologías de carácter terminal.

Por citar un ejemplo, es común que se presten estos servicios en pacientes oncológicos para atender problemas como el control sintomático, disnea, hemoptisis, estado confusional, dolor en sus diversos tipos, náuseas, obstrucción intestinal, entre otros; para lo cual es preciso realizar algunas acciones como:

Cambios en la organización del trabajo diario orientados a mejorar el confort del paciente terminal y sus familiares, cuidados específicos en enfermería, flexibilidad en horario y reglas de visita, dieta, etcétera.

Promoción activa de la presencia y cuidados de la familia, sin restricciones de horario.

Ubicar las habitaciones, en zonas con mayor tranquilidad y con personal, remunerado y voluntario, mejor capacitado.

Tiempos y espacios para la comunicación y la información.

En México la atención de cuidados paliativos surge con las clínicas del dolor, éstos son servicios donde se atiende ambulatoriamente a personas con diferentes problemas, incluyendo al dolor crónico y de origen oncológico.

La experiencia al trabajar en estas clínicas originó la necesidad de una atención continua del paciente oncológico terminal, el tratamiento de síntomas diferentes al dolor y la consideración de los aspectos psicológicos y sociales.

Con el liderazgo del Instituto Nacional de Cancerología y el apoyo político de la Organización Mundial de la

Salud a finales de los ochenta, se desarrollaron cursos de cuidados paliativos que interesaron a personas e instituciones en el tema.

En julio de 1990 se firmó la declaración mexicana de alivio del dolor en cáncer, con lo cual se adopta como política oficial y se reconoce su importancia como tema de salud pública. Se desarrollaron iniciativas aisladas en diferentes regiones del país, quedando establecida en 1992 la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Civil de Guadalajara, y en 1995, el Instituto Nacional de Cancerología designa la Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor como área orgánicamente dependiente de la división de cirugía.

Posteriormente se desarrollaron más programas y el interés en el tema se incrementó. La Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, realiza trabajo de consenso para contar con indicadores epidemiológicos que permiten conocer la realidad del país y realizar una adecuada planeación y concertación ante las autoridades sanitarias.

Los médicos conocedores y dedicados a la medicina paliativa en nuestro país son pocos y la enseñanza profesional de la medicina no ha integrado este tema como es debido.

El control integral del dolor y la promoción de la mejora en la calidad de vida del enfermo en situación terminal, debe ser considerado como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para nuestro Gobierno, quien deberá adaptar gradualmente su estructura, organización y recursos al desarrollo de programas y servicios de cuidados paliativos.

Tenemos iniciativas interesantes en algunas regiones del país, destacando el programa universitario de la Universidad Autónoma de Guadalajara que aporta un modelo donde desde pregrado se concientiza a los alumnos sobre el cuidado paliativo y que organiza años con año un exitoso congreso inter universitario.

La Secretaría de Salud, emitió una norma técnica para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer, donde se establecen las normas para una atención que no incluye todas las premisas de los cuidados paliativos. Dicha norma se encuentra actualmente en una nueva revisión.

Donde se propone garantizar los derechos de los enfermos en situación terminal privilegiando, en la medida de lo posible, los cuidados paliativos, para ello es necesario determinar con claridad la diferencia entre establecer los procedimientos para garantizar una

muerte natural en condiciones dignas de un enfermo en situación terminal y la aplicación de métodos que acorten la vida del mismo.

En este sentido establecer un indicador de cobertura de enfermos terminales en México es complicado, dado que no se cuenta con un sistema de salud único. La atención médica de los mexicanos es proveída por diferentes instituciones de salud, dependiendo del empleo del jefe de familia.

El gobierno de cada Estado miembro de la OMS tiene la responsabilidad de establecer una política y un programa, a nivel nacional, para el alivio del dolor y cuidados paliativos.

Esta política debe incorporar medidas como: Asegurar que el programa de asistencia paliativa se incorpore en el sistema de salud existente.

Cerciorarse que los trabajadores de la salud sean adecuadamente capacitados en el alivio del dolor y cuidados paliativos. Certificar que los hospitales puedan ofrecer el respaldo apropiado de especialistas y apoyos para los cuidados en el hogar.

Garantizar la disponibilidad de analgésicos opioides, no opioides y coadyuvantes, en particular, la morfina.

Con esta iniciativa en nuestro país, se establecen las formas y las normas de las cuales es lícito evitar los tratamientos que usen medios desproporcionados, con el fin de evitar el dolor y sufrimientos evitables en los últimos momentos de vida del paciente enfermo; y de esta manera, impedir que el suicidio y la eutanasia sean vistos como una alternativa o solución.

En el que se pretende expresar que se tiene un compromiso con la vida, donde estamos convencidos que siempre debe prevalecer el derecho a la vida ante cualquier otro derecho y ante cualquier circunstancia, frente a la realidad del sufrimiento y el dolor de muchas personas víctimas de una enfermedad en situación terminal, con un final natural de vida digna.

Para que todo esto pueda suceder se necesita modificar el sistema de salud en nuestro país, ya que carece de áreas de tanatología, es decir, de especialistas que ayuden a las personas para que sepan orientar y mitigar el dolor, tanto de los pacientes terminales, como de sus familiares, para que los ayuden a prepararse para morir en paz y tranquilidad.

Lo que se pretende con estas modificaciones, es que quede debidamente establecido que las instituciones de salud públicas y privadas tendrán la obligación de ofrecer servicios de calidad y centros especializados en cuidados paliativos, para que se evite el dolor evitable y se dignifique el fin natural de vida y así se haga menos difícil la agonía, donde los enfermos tendrán el derecho a que se les brinden los cuidados paliativos en su domicilio particular con orientación, asesoría y una atención específica de su padecimiento, procurando con ello que

se logre controlar el dolor y afrontar el sufrimiento no sólo del enfermo en situación terminal.

En el tenor de la iniciativa encontramos a los cuidados paliativos como las acciones de:

Aliviar los síntomas de la enfermedad en etapa terminal e integran en las prioridades de atención, los aspectos psicológicos y espirituales de los enfermos.

Afirmar la vida, manteniendo la calidad de la misma, mirando a la muerte como un proceso esperable dentro de aquella.

Las metas de medicina paliativa no retrasan ni adelantan la muerte.

Preparar y concienciar al núcleo familiar de lo que se debe de hacer inteligente y preparadamente con el cuidado integral del enfermo.

La cobertura en la atención a la salud de la población general debe incluir a los enfermos en situación terminal y las medidas correspondientes para lograr esto consisten, fundamentalmente en adecuar dichos servicios para su atención.

Los resultados más satisfactorios, pueden obtenerse de la combinación de diversas medidas, como se haría con los recursos específicos y las de adaptación a los recursos convencionales o bien, asociar la formación de los profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) con la ayuda de equipo de soporte domiciliario.

En la iniciativa que crea un Título Octavo Bis ("De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal"), se destaca la creación de un régimen simétrico de derechos y obligaciones entre prestadores y usuarios de los servicios de salud de cuidados paliativos y manejo del dolor. Entre los que destacan; el derecho del paciente a pedir la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y dar inicio al tratamiento o cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

La anterior figura, es decir, la suspensión voluntaria del tratamiento curativo, implica cancelar todo tratamiento que pretenda prolongar inútilmente la vida del enfermo y que se conoce como ensañamiento terapéutico. De éste modo, el enfermo opta por recibir un tratamiento para disminuir el dolor y dar lugar al bienestar del enfermo, dejando que el padecimiento evolucione naturalmente.

Es de suma importancia, aclarar que la decisión del enfermo constará en un documento con características predeterminadas por disposiciones oficiales que hagan expresa la voluntad del paciente, mismo que puede ser elaborado en cualquier momento. Atendiendo a la autonomía de la voluntad del paciente, El paciente, éste puede revocar el citado documento en cualquier momento.

Lo anterior implica que el paciente puede decidir libremente el tipo de tratamiento a que desee someterse.

En conclusión esta iniciativa pretende resaltar el derecho a los cuidados paliativos y manejo del dolor por ser éstas las intervenciones que procuran un trato digno a los pacientes en situación Terminal.

Del mismo modo toda acción médica y sanitaria deberá contar con el consentimiento del paciente o de su representante, esto implica derechos y obligaciones para prestadores y usuarios en apego a lo que señala la propia ley.

Por lo anteriormente expuesto y fundamentado, sometemos a la consideración de esta honorable asamblea el presente proyecto de Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de cuidados paliativos.

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED)

La CONAMED es una Institución especializada, donde gratuitamente a través de la orientación, la conciliación y el arbitraje les ayudamos a encontrar la solución justa.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico se creó para ayudarle a solucionar las diferencias que se presenten con su médico u otro prestador de servicios de salud; ya sea en la atención pública como en la privada.

Uno de los conceptos de mayor importancia y de mayor problematicidad para el Derecho Sanitario (la disciplina jurídica especial que define las relaciones entre los usuarios o pacientes y los sistemas nacionales de salud) ha sido el de **acto médico**.

En ese contexto, en el ámbito doctrinario se han esbozado diversas definiciones entre ellas destaca la aportada por José Caballero quien lo define de la siguiente manera:

"Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud.

Si bien típicamente lo realiza el médico, también puede ser realizado por otro tipo de profesional de la salud llámese odontólogo, obstetra, enfermera, técnico, etc."

En el derecho mexicano, la referencia normativa por antonomasia la encontramos en el artículo 32 de la Ley General de Salud:

"Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud."

Siguiendo el criterio anterior, la legislación mexicana es la que por primera vez en el ámbito de la legislación comparada ha definido qué ha de entenderse por acto médico, pues se trata de un acto jurídico *sui generis*, así el anteproyecto de Reglamento general de atención médica de los Estados Unidos Mexicanos lo define de la siguiente manera:

"Toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico, con fines de protección a la salud e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, llevados a cabo por personal de salud o bajo su responsabilidad. En razón de lo anterior, no se considerará por su naturaleza acto mercantil."

Procedimientos:

- Atender la Quejas que se presenten.
- Brindar asesoría y orientación particularmente en cuanto al alcance y efectos legales del proceso.
- Gestionará la atención inmediata cuando la queja se refiera a demora o negativa de servicios médicos.
- Actuará en calidad de árbitro.
- Puede intervenir en asuntos de carácter general para buscar la mejoría de los servicios médicos.

“Elaborará los dictámenes médicos solicitados por las autoridades”

EL TESTAMENTO

El testamento (del latín *testatio mentis*, que significa "testimonio de la voluntad").

Es el acto jurídico por el cual una persona dispone para después de la muerte del dueño (que puede ser un familiar o una persona a la cual se le tuviere estima) de todos sus bienes o parte de ellos.

Algunos autores sostienen que no proviene de "*testatio mentis*", sino que sus orígenes se encuentran en el vocablo "testis", por lo que se hace referencia al testigo; es decir, el testamento no tiene significado como expresión material de voluntad, sino que es un acto en el que se atestigua esta voluntad.

El testamento también admite actos de carácter no patrimonial, como pudiera ser el reconocimiento de hijos.

Cuando una persona muere sin dejar testamento se dice que ha fallecido abintestato o intestada.

Si bien generalmente el testamento es un acto jurídico en el que se hace una disposición de bienes, hay que reconocer que existen declaraciones de voluntad que no consisten en ello y que pueden ser materia de un testamento (como es el reconocimiento de un hijo).

El ***testador*** es la persona que hace testamento. Puede testar quien tiene capacidad de obrar y la ley no se lo prohíbe expresamente. Siempre que el demente pretenda hacer testamento en un intervalo lúcido, designará el notario a médicos que previamente le reconozcan, y no lo otorgará sino cuando éstos respondan de su capacidad, debiendo dar fe de su dictamen en el testamento, que suscribirán los facultativos además de los testigos.

La ***herencia*** es un medio de adquirir la propiedad y consiste en la transmisión de bienes del difunto y de sus derechos y obligaciones que no se extinguen por la muerte, a los herederos, es decir, a las personas que de acuerdo con la ley deban recogerlos (art. 1281 del Código Civil del D.F.)

Para la ley, la muerte de la persona no destruye su situación patrimonial; el patrimonio del difunto solo cambia de titular. El ***heredero*** adquiere un patrimonio, o sea, un conjunto de derechos y obligaciones.

En cambio los ***legatarios*** son las personas que solo reciben una parte de la herencia, en virtud de la voluntad del testador y no tienen más cargas que las que aquel expresamente les impone (art. 1285 del Código Civil).

Así encontramos el ***legado condicional*** en donde el sucesorio está sujeto a una condición suspensiva o resolutoria "de alimentos, de educación" por tanto el legado existe de cosa

cierta y de cosa indeterminada. El más conocido es el **legado oneroso** en donde el sucesorio impone al legatario una condición “sine qua non” alguna carga u obligación. Lo anterior se funda en el art. 1344 del C.C. donde el testador es libre para establecer condiciones al disponer de sus bienes (siempre que estas no violenten fundamentos legales, ni los derechos de terceros)

La **sucesión testamentaria** se inicia siempre por un **testamento**.

Testamento es el acto personal, revocable y libre por el cual una persona capaz dispone de sus bienes y derechos o cumple deberes después de su muerte (art, 1295 del C.C.)

La ley establece las siguientes leyes generales que deben tomarse en cuenta para los efectos de la sucesión legítima:

- Solo pueden heredar por este medio los parientes consanguíneos dentro del cuarto grado.
- Los parientes por adopción.
- La concubina.
- La Beneficencia Pública.
- El parentesco por afinidad no da derecho a heredar, los parientes cercanos excluyen a los más lejanos.
- Los parientes que se hallen en el mismo grado heredan por partes iguales.
- Si el autor de la herencia deja solo hijos, la herencia se divide entre todos por partes iguales.
- Es obvio decir que tienen derecho a heredar los descendientes, los ascendientes y el conyuge que sobrevive.

Intestado: Es aquel que muere sin haber hecho testamento válido. También llamada sucesión.

De ahí que haya dos clases de juicios sucesorios:

Las **testamentarias** y los **intestados**.

En ambos se liquida dicho patrimonio pero antes de hacerlo es indispensable determinar quiénes son los herederos, acreedores y deudores del fallecido y cuales los bienes que forman el haber hereditario.

Existen en los juicios sucesorios varios periodos pudiendo encontrarse:

- a) El del aseguramiento de los bienes.
- b) El del reconocimiento de los derechos hereditarios.
- c) El inventario y evalúo de sus bienes.
- d) El conocimiento, aprobación y cuentas de administración del o los albaceas.

e) La división y adjudicación de bienes.

¿Qué más es un testamento?

Legalmente se define como un acto solemne, personalísimo, revocable y libre, por medio del cual una persona capaz dispone de sus bienes y derechos y declara o cumple deberes para después de su muerte.

El testamento contiene la expresa voluntad del testador y es solo él quien por medio de éste decide el destino de su patrimonio.

Es el testamento un medio seguro y eficaz que permite al testador disponer libremente de sus bienes y derechos, para que la propiedad y titularidad de estos se transmita a las personas (herederos y/o legatarios) que han quedado designados en el instrumento.

Aunque la Ley reconoce la existencia de varios de tipos de testamento, sin duda el más aconsejable es el testamento público abierto que se formaliza ante el notario público, quien es el profesional especializado para asesorar al testador y redactar el instrumento respectivo.

El testador debe manifestar al Notario cual es su voluntad, es decir, a quien o a quienes quiere que pasen sus bienes cuando muera, indicando, cuando se trata de varios herederos qué porcentaje de la masa hereditaria correspondería a cada uno. Puede también el testador designar herederos sustitutos, para el caso de que los herederos designados en primer lugar fallezcan antes o al mismo tiempo que el testador, no quieren o no puedan aceptar la herencia.

El notario después de escucharlo y aconsejarlo, redactará el testamento en una escritura, le dará lectura en voz alta ante el testador y enseguida será firmado. Con este sencillo procedimiento quedará otorgado su testamento sin necesidad de hacer otro trámite ni de firmar ningún otro documento.

Tipos de testamentos:

Los testamentos se pueden otorgar a título universal o particular, también conocido como legado.

Testamentos a título universal: Es cuando transmite a sus herederos la totalidad de sus bienes, derechos y obligaciones en los porcentajes que designe. Basta con que le diga al notario que desea heredar todos sus bienes a una sola persona, que por lo general es al cónyuge, o por partes iguales para los hijos, en caso de que falte el cónyuge.

Testamento a título particular: A esta acción se le llama también legado y consiste en heredar una cosa o derecho particular a una o varias personas. En este caso el legado se hace

de acuerdo con las instrucciones específicas del testado, por lo cual es necesario que proporcione los datos precisos de los bienes que desea legar a cada heredero.

Es posible en un testamento reconocer hijos fuera de matrimonio y dejar instrucciones específicas, por ejemplo, sobre la divulgación de documentos o escritos.

Las leyes mexicanas contemplan diversas modalidades de testamento, la más usual y la que recomiendan los especialistas es el **testamento público abierto**, el cual se otorga ante Notario Público (funcionario que puede hacer constar la existencia real de un acto jurídico que se realiza ante él, como en el caso del otorgamiento del testamento).

Esta modalidad le permite disponer libremente de sus bienes, para transferirlos a sus herederos, que pueden ser su cónyuge, hijos, padres, hermanos, algún otro familiar, amigos, otras personas o instituciones de tipo académico, de salud o de beneficencia, etc.

Existen otro tipo de testamentos como.-

El testamento público cerrado:

En este caso el Notario Público dará fe del otorgamiento, conforme a la ley en esta materia. Este tipo de testamento deberá a su vez ser firmado por el testador, los testigos y el Notario Público, quien además, pondrá su sello.

Cerrado y autorizado el testamento, se entregará al testador, y el Notario Público anotará en su libro, denominado protocolo, el lugar, hora, día, mes y año en que el testamento fue autorizado.

Testamento Público Simplificado:

Puede cambiar de nombre según cada Estado, en este tipo el Notario Público da fe del acto jurídico en el cual la persona adquiere un inmueble y señala a sus herederos o legatarios en la misma escritura pública de adquisición. Al mismo tiempo, realizará el aviso de testamento y se integrará a la Base de Datos del Sistema Nacional del Registro de Avisos de Testamento.

Testamento ológrafo:

Es el escrito por entero, fechado y firmado de la mano del testador. Suelen exigirse ciertas formalidades como la ausencia de tachaduras a lo largo de todo el texto, para salvaguardar su integridad.

Testamento con ocasión de calamidad pública.

Testamento marítimo o aeronáutico.

Testamento militar o asimilado:

Es el que hacen las personas que gozan del fuero militar, manifestando su última voluntad, sin sujeción a las formalidades del testamento ordinario.

Testamento común o mancomunado:

Es el que hacen conjuntamente dos personas, disponiendo en un mismo acto de sus fincas a favor de un tercero.

Testamento mutuo o captatorio:

Es el que hacen recíprocamente dos personas a favor de la que sobreviva.

Testamento inoficioso:

Es el que contiene una desheredación o preterición injusta.

Testamento vital:

Es la manifestación de voluntad anticipada, en caso de que la persona no estuviese con facultades para decidir acerca de su tratamiento médico.

Las instrucciones de estos testamentos se aplican sobre una condición terminal, bajo un estado permanente de inconsciencia o sobre un daño cerebral irreversible.

Es un testamento vital se indica que el tratamiento a practicarse se limite a las medidas necesarias para mantener confortable, lúcido, aliviado del dolor (incluyendo los que puedan ocurrir como consecuencia de la suspensión o interrupción del tratamiento).

¿Por qué elaborar un testamento?

El patrimonio de una persona, independientemente de su cuantía o monto, es siempre un valor importante para quien lo formó. Representa el trabajo de mucho tiempo, es la materialización de su esfuerzo físico y mental.

Por otro lado, cuando hablamos de seguridad, no sólo existe la seguridad física de no ser afectados por alguna agresión, sino también existe la seguridad jurídica cuya importancia hay que resaltar en una sociedad como la actual, donde existen cada vez mayores y más complejas relaciones jurídicas entre los miembros de la sociedad.

El otorgar testamento público ante notario es utilizar un instrumento que permitirá preservar nuestro patrimonio de la mejor manera y otorgar seguridad jurídica a aquellas personas a las que deseamos beneficiar para después de la muerte del testador.

¿Cuáles son las ventajas de un testamento?

De entre las ventajas de otorgar testamento se destacan las siguientes:

Refleja la voluntad del testador, no dejando en manos de un tercero la designación de los herederos que se verán beneficiados con el patrimonio de la persona fallecida.

Permite que el testador beneficie a las personas que el mismo ha considerado idóneas.

Asegura jurídicamente que se realice una transmisión ágil y eficaz del patrimonio del testador a los herederos designados, cuando ocurra la muerte de aquél.

Evita conflictos y discusiones sin sentido, pues la Ley dispone que debe respetarse la voluntad del testador expresada en el testamento.

¿Tengo que preparar una lista de mis bienes para hacer testamento?

No es necesario, salvo que quiera usted dejarle algún bien en especial a alguien, que eso es lo que se llama un legado, en ese caso sí tendrá que mencionarle al Notario la ubicación exacta del inmueble o identificar con precisión el bien mueble de que se trate, así como el nombre completo de la persona a la que quiera dejárselo para después de su fallecimiento.

Así pues, no es necesario que haga usted una lista de sus bienes ni tampoco que exhiba las escrituras de sus propiedades, sólo se requiere que le manifieste al Notario, a qué persona o personas quiere usted que pasen todos sus bienes cuando fallezca, o sea, a quién o a quiénes quiere nombrar como sus herederos.

Esta es precisamente otra gran ventaja del testamento, pues al no ser necesario que haga usted una lista de sus bienes, tampoco será necesario que cuando compre o venda algún inmueble, modifique su testamento, salvo que quiera usted cambiarlo.

Al hacer testamento, ¿pasan mis bienes a ser propiedad de los herederos que designe?

No, usted sigue siendo el único dueño de los bienes que estén a su nombre y tiene plena libertad para venderlos, regalarlos o hacer cualquier operación con ellos mientras viva, Sus bienes pasarán a ser propiedad de sus herederos hasta que usted fallezca, por lo que el testamento no significa de manera alguna que tenga impedimento para disponer de sus bienes.

¿Qué funciones desempeña el albacea que designe en mi testamento?

La función principal que debe realizar el albacea una vez que ha fallecido el testador, es la de cumplir con el contenido del testamento, para lo cual puede acudir ante el notario y presentar el acta de defunción del testador y el testimonio del testamento.

El Notario, con esta documentación le indicará al albacea cual será el procedimiento que deberá seguir y en su caso qué otros documentos serán necesarios para que los bienes pasen a nombre de los herederos designados. Si la documentación que se presente al notario está en orden y los herederos designados son mayores de edad, no habiendo conflicto entre ellos, el notario iniciará el trámite sucesorio elaborando un acta que contendrá la aceptación de los herederos y/o legatarios del contenido del testamento y el albacea aceptará también su cargo. Posteriormente se cumplirá con los demás trámites del procedimiento (publicaciones, certificados, informes, avalúos, etc.) para finalmente elaborar la respectiva escritura de adjudicación por herencia donde se titula a favor de los herederos o legatarios los bienes de la sucesión.

¿Es necesario que se designe un tutor en mi testamento?

Si tiene usted hijos menores de dieciocho años o incapaces jurídicamente es conveniente designarles un tutor en su testamento; dicho tutor puede ser cualquier familiar o bien otra persona capaz, quien se encargará de la guarda, custodia y representación del menor o del incapaz, cuando los padres de éstos hubieren fallecido.

El tutor en ningún caso puede disponer de los bienes que se hayan dejado a los menores, a menos que obtenga autorización de un Juez de lo Familiar y además el tutor no puede desempeñar el cargo sino hasta que ambos padres del menor han fallecido.

¿Qué debo hacer si quiero modificar mi testamento?

Cumplir con los mismos requisitos que fueron necesarios para otorgar el anterior, es decir, acudir con Notario para manifestarle qué cambios quiere usted hacer y entonces dicho fedatario prepara el instrumento que contenga el nuevo testamento.

El testamento es, según se ha dicho, un acto revocable, entonces puede usted modificarlo cuantas veces quiera, por lo que en consecuencia, si durante su vida otorga usted varios testamentos, el último de ellos será el que cumplirá con su voluntad.

¿Sólo es recomendable que la persona casada o con hijos haga testamento?

No, en realidad es recomendable que realice su testamento cualquier persona mayor de edad capaz, independientemente de su estado civil o de si tiene o no hijos.

Pues como se ha dicho el testamento es el instrumento más eficaz para preservar el patrimonio del testador y permitir que éste se transmita a los herederos, que no necesariamente serán los familiares, al fallecimiento de aquél.

Aunque en principio existe absoluta libertad para que el testador designe como herederos a cualquier persona, a pesar de que no sean familiares, existen, en algunos casos, obligaciones jurídicas que hay que cumplir para con ciertas personas (hijos menores de edad, hijos

incapaces, padres etc.) el notario público te dará la asesoría necesaria y responderá las dudas que tenga sobre el particular.

Y si estoy casado, ¿deben formular testamento ambos cónyuges o sólo el propietario de los bienes?

En el caso de los cónyuges casados bajo el régimen patrimonial de sociedad conyugal, es recomendable que ambos formen su testamento, pues en principio los dos tienen derecho sobre todos los bienes que se hayan adquirido durante el matrimonio.

En los matrimonios celebrados bajo el régimen de separación de bienes también se recomienda que ambos cónyuges formen su testamento ya que debemos recordar que como el testamento sólo surtirá efectos al fallecimiento del testador, éste puede llegar a adquirir bienes en algún momento de su vida, por lo que no es indispensable tener los bienes al momento de testar, además de que el testamento puede llegar a contener no sólo disposiciones de carácter patrimonial sino por ejemplo un nombramiento de tutor para un hijo menor.

¿Qué pasa si no hago testamento?

Si no formaliza su testamento provocará usted que su familia se enfrente a gastos mucho mayores y pérdidas de tiempo y en muchas ocasiones a graves problemas entre aquellas personas que consideren tener derecho a recibir los bienes, pues tendrá que tramitarse el intestado.

Además al fallecer intestado, sus bienes no pasarán de manera inmediata a las personas que usted hubiera querido, sino aplicando las reglas que marca la Ley se determinará a quienes se reconocerán como herederos y como albacea, lo que no necesariamente coincidirá con la voluntad de la persona que falleció y no formuló testamento.

Como usted puede apreciar, las ventajas que tiene el testamento otorgado ante Notario son enormes y muy sencillas de obtener, para con ello evitar los gastos, pérdida de tiempo y demás dificultades, que con frecuencia se presentan en los intestados.

Las ventajas del testamento están ahora al alcance de su mano.

Finalmente, debemos olvidar la idea de que por hacer testamento está próxima nuestra muerte, debemos más bien pensar en que es una sencilla medida de previsión para que se cumpla fielmente nuestra voluntad cuando faltemos y para no provocar mayores problemas y gastos a nuestras familias, protegiendo con ello el patrimonio que hemos logrado formar durante nuestras vidas; el testamento, obviamente, no anticipa el momento de nuestra muerte.

Estas son sólo unas breves ideas respecto del testamento, hay otros temas que sin duda despertarán su interés como por ejemplo: los legatarios o herederos substitutos, los legados en sus distintas formas, fideicomisos, etc. la recomendación es acudir con el notario público de tu confianza para que te oriente y asesore jurídicamente en la elaboración de tu testamento.

¿Para qué hacer un testamento?

El testamento es la opción más sencilla, económica e inmediata de distribuir los bienes.

Un testamento es un acto de amor, porque significa que se preocupó por sus seres queridos en vida.

Con ellos se asegura que los suyos reciban su mayor legado, cuando usted ya no este.

Uno de los principales motivos para testar, es asegurar el sustento de los hijos menores de edad. Le dará la seguridad de que en su ausencia, ellos podrán contar con los bienes que usted decida heredarles.

Si se trata de estudiantes, a través de un testamento se les puede asegurar económicamente a sus hijos para que puedan terminar con sus estudios o para que tengan un inicio profesional menos accidentado.

En adultos, el testamento puede servir como un refuerzo en su posición financiera.

El realizar un testamento, evita pleitos entre padres e hijos y entre hermanos; así como desavenencias serias entre familiares en segundo o tercer grado que se sienten con derecho a recibir parte de la herencia.

Tanto a los propietarios como herederos del bien, un testamento les ofrece seguridad jurídica.

¿Qué puedo heredar y a quien debo acudir?

Pueden heredar propiedades inmobiliarias, cuentas bancarias, acciones, obras de arte, autos, muebles, libros y cualquier cosa que tenga un valor económico o estimativo para usted.

Para elaborar su testamento, debe acudir con un Notario Público y manifestarle a quién o a quiénes desea heredar sus bienes y cómo distribuir su patrimonio.

Ya con esta información, el notario redactará un documento, se lo leerá y una vez que esté de acuerdo debe firmarlo; así también deberán firmar el notario y en su caso, los testigos y el intérprete, asentándose el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere sido otorgado.

Concluido el trámite, se convertirá en una escritura.

Hoy en día el hacer su testamento es un procedimiento rápido y los requisitos son muy sencillos de cumplir; generalmente no se requieren testigos, basta con que el testado muestre una identificación oficial, además el costo de este trámite es muy accesible, en promedio varía entre mil quinientos y dos mil pesos.

En nuestro país, durante el mes de septiembre, se lleva a cabo una campaña para motivar a los mexicanos que no lo han hecho a que elaboren su testamento; es así que los Notarios de la República mexicana es este tiempo, reducen sus honorarios y amplían su horario de atención al cliente.

¿Qué es una albacea y un tutor en un testamento?

Una albacea es quien será responsable de cumplir su última voluntad. Será quien cuide de sus bienes y les dé el destino que usted haya decidido.

Converse con esta persona con anticipación para asegurarse que esté dispuesta a asumir esa responsabilidad.

Cuando llegue el momento, el albacea deberá acudir a cualquier notaría de la ciudad en la que usted haya vivido y presentar su acta de defunción y la escritura del testamento.

Con esta documentación, el notario indicará los trámites y procedimientos que debe seguir y si es necesario los papeles requeridos para que sus bienes pasen a nombre de sus herederos.

Si la documentación que se presente al notario está en orden, los herederos designados son mayores de edad y no hay conflicto entre ellos, se dará pauta a la preparación de una primera escritura en la que los herederos y el albacea aceptarán lo que usted dispuso.

El notario debe publicar dos avisos de esta primera escritura y posteriormente otorgará una segunda y última escritura llamada de adjudicación, en la que los bienes quedarán a nombre de sus herederos, quienes por su parte finalizan el trámite al firmarla.

La escritura de adjudicación de bienes genera un cargo a sus herederos, impuesto de adquisición, derecho de registro, honorarios y gastos notariales, los cuales en su conjunto representan entre el 5% y el 7% del valor de los bienes inmuebles que se adjudiquen.

¿Qué es un tutor?

Es la persona designada en un testamento cuando se tienen hijos menores de edad; ya que ella se encargará de representarlos, vigilarlos y hacerse cargo de su educación.

En ningún caso, el tutor puede disponer de los bienes que se le hayan legado a los menores, a menos que tenga autorización de un Juez de lo Familiar.

¿Qué pasa con mi esposa(o) en mi testamento?

Si está casado por "bienes mancomunados", es mejor que su pareja y usted, realicen su testamento en forma simultánea, aunque en escrituras por separados, contemplando que las voluntades de ambos se "cruzen".

De no otorgarse los testamentos en forma simultánea, se corre el riesgo de que la mitad de los bienes que forman el capital de la sociedad conyugal quede intestada.

Si está casado por "bienes separados" y el patrimonio que su cónyuge y usted han adquirido está a nombre de uno de ustedes o la titularidad de los bienes está dividida, cada uno podrá disponer en forma libre de sus bienes o de los derechos de copropiedad, pudiendo ser herederos el cónyuge que sobreviva, los hijos o cualquier otra persona.

¿Qué es y cómo funciona un fideicomiso testamentar?

Esta es una alternativa empleada generalmente por las personas que tienen un patrimonio cuantioso, donde se incluyen activos cuyo valor es variable, como acciones, participaciones en fondos o en empresas, obras de arte y otros bienes.

Esta es una alternativa muy viable también, cuando el testador duda que sus herederos puedan administrar exitosamente dicho patrimonio, ya sea por su corta edad o por falta de experiencia.

Ante una u otra situación, se decide encargar la administración de su patrimonio a una institución bancaria. Esta institución quien previamente ha cobrado los honorarios fiduciarios pactados, entregará a los herederos los productos del patrimonio invertido en ese fondo.

En un fideicomiso participan el fideicomitente (persona que aporta el patrimonio y es propietaria de los bienes que entrega al fideicomiso); el fiduciario el banco encargado de administrar el patrimonio) y el fideicomisario, quien recibe los activos que se incluyen en el fideicomiso.

Para llevar a cabo un fideicomiso, debe acudir a una institución bancaria, que en este caso será como la albacea.

Un fideicomiso testamentario tiene un costo inicial que va de los cuatro mil a los seis mil pesos. A ello se suma un cobro anual que va entre 1% y 2.5%, sobre el monto de los activos.

Una vez que usted haya aceptado las condiciones, el fideicomiso será responsable de administrar sus bienes o la parte de ellos que usted determine. Mientras viva, puede disponer

del patrimonio que haya incluido en este fondo así como también modificar la lista de beneficiarios.

¿Más dudas sobre su testamento?

Toda persona que tenga la capacidad de obrar y la ley no se lo prohíbe expresamente, puede testar.

Para realizar su testamento, debe contar con la mayoría de edad.

Recuerde que debe hacer su testamento en plenitud de sus facultades, ya que si tiene alguna incapacidad cuando lo dicte, el testamento puede ser impugnado.

No posponga este trámite, hágalo de inmediato, aunque goce de buena salud, pues la vida está llena de imprevistos.

Si fallece sin haber hecho su testamento sus seres queridos tendrían que hacer frente a un proceso complicado, prolongado y costoso para disponer de sus bienes.

Si usted no cuenta con testamento, su propiedad será distribuida según las leyes de su estado.

Esta ley puede disponer la distribución de su propiedad de manera distinta a sus deseos.

Una vez hecho su testamento, puede modificarlo en cualquier momento y las veces que sea necesario.

Usted debe revisar y actualizar su testamento cada vez que se produzcan cambios significativos en su vida, o en la de aquellos nombrados en su testamento, por ejemplo en caso de cambio en el número de herederos, cambio de lugar de residencia, cambio en su situación financiera o cambio en su estado civil.

Para modificar su testamento, debe acudir a un Notario Público, de preferencia el mismo que hizo la escritura anterior, indicarle los cambios que desea hacer, presentar una identificación, escuchar la lectura del testimonio y firmarlo.

Si ha hecho varios testamentos, el que se tome en cuenta, será el último.

Es muy importante que usted conozca las diferentes modalidades en las que tiene la propiedad de sus bienes y cómo éstos cambiarán de manos después de su muerte. Si tiene dudas, consulte un abogado.

Un testamento no significa cambio alguno en su patrimonio. Mientras viva, puede disponer de todos y cada uno de sus bienes en la forma que más le convenga, ya que mientras no muera sigue siendo el único dueño.

La escritura del testamento se le entrega a usted, también se envía un aviso al Archivo General de Notarías en el que se mencionan los datos relevantes del testamento, a fin de que registre el trámite.

Si se le pierde la escritura, puedes obtener una copia.

Recuerde informar a sus familiares dónde guardará el documento, para que puedan localizarlo cuando usted ya no este.

Si al momento de su deceso, existiese alguna deuda no cubierta, los bienes que conformen su herencia responderán del pago hasta donde su valor alcance, pues las herencias se reciben "a beneficio de inventario". Si el monto del adeudo supera la suma de los bienes, sus herederos no tendrán la obligación de aceptar la herencia. En cambio, si es menor, podrán saldarlo y quedarse con la cantidad restante.

EL CERTIFICADO Y ACTA DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

El certificado de defunción es un documento médico de singular valor epidemiológico, médico-legal, jurídico y administrativo.

Los datos a consignar se detallan en un formulario pre-impreso que incluye un certificado médico (causas de muerte, estados mórbidos contribuyentes, descripciones operatorias, hallazgos de autopsia). Por ello, su expedición constituye por esto un acto médico. De hecho, sólo puede ser expedido por un médico habilitado para ejercer en el país.

El Certificado de Defunción se presenta en original (para la Secretaría de Salud) y tres copias (una para el INEGI, otra para el Registro Civil y la tercera *-a partir de 2010-* para la unidad médica) y consta de las siguientes partes:

- a) Datos del fallecido
- b) Datos de la defunción
- c) Datos de las muertes accidentales y violentas
- d) Datos del informante.
- e) Datos del certificador.
- f) Datos del Registro Civil.
- g) Al reverso del formato se presenta el instructivo que debe ser leído antes de llenar el certificado.

Los certificados de defunción y muerte fetal son los dos modelos para certificar las muertes en nuestro país y estos serán expedidos por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud y de conformidad con las normas técnicas que la misma emita.

Las autoridades judiciales o administrativas solo admitirán como válidos los certificados que se ajusten a lo dispuesto anteriormente.

La propia Secretaría de Salud suministra los certificados de defunción a las autoridades, profesionales de la salud y personas autorizadas para expedirlos, a efecto de garantizar su disponibilidad y lograr que toda defunción sea objeto de certificación.

El certificado de defunción se llena para toda persona que haya fallecido después de haber nacido viva, lo cual puede ocurrir en minutos, horas, días, meses o años posteriores al nacimiento.

Propósitos básicos del Certificado de Defunción.-

Legal:

Ninguna inhumación o cremación se hará sin la autorización escrita del Oficial del Registro Civil, quien se asegurará suficientemente del fallecimiento por medio del Certificado de Defunción.

Esta declaración consignada en los códigos civiles de las entidades federativas tiene por objeto tener plena certeza de la muerte.

El certificado debe elaborarse después de verificar que ha ocurrido la muerte, se ha examinado el cadáver y se ha recogido la información disponible respecto de las causas o circunstancias que la provocaron.

Los datos deben ser anotados con apego a la verdad, sin errores y sin omitir alguno, a menos que se ignore. Es obligación del Registro Civil exigir el Certificado de Defunción cuando se solicite la inscripción de una persona fallecida.

Ninguna persona o funcionario del Registro Civil tiene jerarquía técnica o legal para exigir al médico certificante que cambie las causas de muerte que ha decidido anotar.

Sólo en el caso de las muertes accidentales o cuando se sospeche la comisión de un delito, serán las autoridades judiciales las que resuelvan lo necesario, incluso el levantamiento del certificado.

El certificado sirve para dar fe del hecho, inscribir la defunción en el Registro Civil y levantar el acta respectiva. Con el acta de defunción la familia realiza los trámites que tienen que ver con la muerte del individuo (obtención del permiso de inhumación o de cremación del cadáver, que de acuerdo al Art. 348 de la Ley General de Salud debe realizarse dentro de las primeras 48 horas, salvo otras indicaciones de la autoridad sanitaria, Ministerio Público o autoridad judicial, cobro de seguros de vida, pensiones, trámite de herencias, etc.).

De ahí la importancia de que los datos asentados en el certificado y posteriormente en el acta se apeguen a la realidad y no contengan errores u omisiones.

Epidemiológico:

Permite tener conocimiento de los daños a la salud de la población, fundamenta la vigilancia del comportamiento de las enfermedades (su tendencia y distribución en el tiempo y en el espacio), orienta los programas preventivos y apoya la evaluación y planeación de los servicios de salud. Debido a que se trata de un evento único, la mortalidad cobra gran relevancia sobre todo cuando es posible conocer con mayor detalle las causas que desencadenaron el proceso que llevó a la muerte y los factores personales y ambientales que

contribuyeron. Ello facilita el establecimiento de medidas para prevenir la mortalidad prematura en la población o limitar la aparición de complicaciones.

Estadístico:

Constituye la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad, las cuales, además de las causas, recogen otras variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el lugar de residencia y ocurrencia de las defunciones que tienen gran importancia en el análisis de la mortalidad.

¿Cuáles son los propósitos básicos del Certificado de Defunción?

- Legal Epidemiológico.
- Para dar fe del hecho.
- Expedición del permiso de inhumación o cremación.

Otros trámites:

- Conocimiento de daños a la salud.
- Para vigilar el comportamiento de las enfermedades.
- Orientar programas de Salud.
- Estadístico.
- Fuente primaria para elaborar estadísticas de mortalidad.

¿Cuándo se debe elaborar el Certificado? Después de examinar cuidadosamente el cadáver.

¿Cómo debe ser la información? Veraz.

¿De qué partes consta el Certificado de Defunción?

1. DATOS DEL FALLECIDO: Fundamentales para identificar aspectos sociodemográficos del fallecido.
2. DATOS DE LA DEFUNCIÓN: Aquí se presenta el modelo Internacional del Certificado reconocido por la OMS y preguntas sobre embarazo, parto y puerperio, por la relación que pudieran tener con la causa de muerte.
3. DATOS DE LA DEFUNCIÓN POR CAUSAS ACCIDENTALES Y VIOLENTAS Esta información permite calificar la intencionalidad del evento.
4. DATOS DEL CERTIFICANTE Importantes para cualquier aclaración.
5. DATOS DEL INFORMANTE Es importante que sea alguien que estuvo durante la enfermedad o bien el más enterado de la situación por la que cursó el fallecido.
6. DATOS DEL REGISTRO CIVIL Debe ser llenado por la Oficialía o Juzgado Civil donde se inscribió la defunción. Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción.

7. Causa Básica de Defunción: Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o la circunstancia del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.
8. Problema Objetivo: Generalmente, el médico desconoce el objetivo de la información que se pide en esta parte del certificado, y el orden en que deben anotarse las causas de muerte en los renglones correspondientes.
9. Tener información uniforme a todos niveles: (Local, Municipal, Estatal, Nacional e Internacional).
10. Seleccionar la causa básica de la muerte.
11. Generar estadísticas de mortalidades de calidad, compatibles y comparables a todo nivel.
12. Que sean útiles para implementar acciones de prevención y control de daños y riesgos para la salud.

El Certificado de Defunción consta de dos partes:

Parte I

a).- Asentar el estado patológico que produjo directamente la muerte que es la que el médico descubrió en el fallecido y tiene el menor tiempo de duración.

b).- Se utiliza cuando se considera que la causa informada, se debió o fue originada por una causa previa que tiene mayor tiempo que la anotada en “a”).

c).- Se llena cuando se considera que existe otra causa que dio origen a la anotada en “b”) y que tiene mayor tiempo de evolución que las de “a”) y “b”).

d).- Cuando se considera que en la defunción estuvieron involucradas cuatro causas; de modo que la registrada en “a”) se debió a la informada en “b”) y ésta a la informada en “c”), la que a su vez fue originada por la que se anota en “d”). Esta última es la que tendrá mayor tiempo de duración.

Parte II

Para registrar otra u otras causas que en opinión del médico pudieron contribuir a la muerte, por ejemplo.

Debilitando al paciente o en otra forma pero que no estuvieron relacionadas directamente con las causas anotadas en la Parte I.

Tips para el correcto llenado del certificado de defunción:

-Cuando son más de una causa deben anotarse en secuencia lógica de abajo hacia arriba.

-Debe anotarse un solo diagnóstico en cada renglón.

-No es estrictamente necesario llenar todos los renglones de la parte I.

-De ninguna manera debe utilizar abreviaturas.

-Debe evitar el uso de términos incompletos, signos, síntomas o estados morbosos mal definidos, ejemplo:

* *Bronquitis-de qué origen.*

* *Meningitis-de qué tipo.*

* *Operación-enfermedad o motivo por la que se practicó.*

* *Senilidad-enfermedad que padeció.*

-El intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte confirma la secuencia patógena, por lo tanto la anotada en “a)” tendría menor tiempo que “b)” y así sucesivamente.

Por ningún motivo omita estos datos.

¡En caso de fallecimiento de un familiar!

1. Solicita el Certificado de Defunción, es GRATUITO:
 - Con el médico que lo atendió durante su última enfermedad.
 - En la Clínica o Centro de Salud u Hospital o con otro médico.
 - Sólo en el caso de que no se encuentre un médico que certifique la defunción acude con la autoridad competente (presidente municipal, comisariado ejidal, etc.).
 - Si el fallecimiento fue por accidente o violencia se deberá dar aviso al ministerio público.
2. Revisa que todos los datos del certificado de defunción estén correctos, legibles y que coincidan con la identificación oficial del fallecido.
3. Recuerda que deben entregarte el original y las dos copias del certificado de defunción.
4. Después ve a la Oficina del Registro Civil y entrega el Certificado de Defunción y sus dos copias, ahí te darán a cambio el **ACTA DE DEFUNCIÓN** (El Acta es oficial y necesaria para trámites legales como: sepultura, herencia, cobro de seguros, etc).

por lo que no debes olvidar revisar que los datos del Acta de Defunción estén correctos).

El certificado de defunción no sustituye el Acta de Defunción, ni figura como documento legal para realizar trámites oficiales.

ACTA DE DEFUNCIÓN.-

Documento público en el que se registra la muerte de una persona.

¿Para qué sirve?

El acta de defunción es un documento legal que certifica el fallecimiento de una persona, es importante tenerlo para iniciar el proceso de diversos trámites en beneficio de los deudos.

¿Para qué puedo necesitar el Acta de Defunción?

Reclamo de herencias, cobro de seguros de vida, cobro de pensiones del IMSS, trámite de documentos oficiales, arreglo de bienes no heredados, reclamo de contratos bancarios, cuentas de ahorro e inversiones y liquidaciones de deudas pendientes entre otros.

Para tramitar el Acta de defunción debe acudir a las oficinas de Registro Civil con original y copia de los siguientes documentos:

- *Si la persona que falleció era soltera:* Certificado de defunción, Copia del Acta de Nacimiento.
- *Si la persona que falleció era casada:* Certificado de defunción, Copia del Acta de Nacimiento, Copia del Acta de Matrimonio.
- *Si la persona que falleció era mayor de 60 años de edad:* Certificado de defunción, copia del acta de nacimiento, copia del acta de matrimonio, credencial de elector u otra identificación oficial.

Le recomendamos que realice su trámite durante los 15 días posteriores al fallecimiento.

¿Qué hacer cuando fallece un ser querido?

La primera recomendación es guardar la calma, comprendemos que es un momento difícil pero su familia deberá ser representada por alguien que esté tranquilo y pueda tomar decisiones.

Solicite el Certificado de Defunción de su familiar en el hospital o al médico de confianza, con este documento podrá tramitar el *Acta de Defunción* que le servirá para reclamo de herencias, cobros de seguro de vida, pensiones del IMSS.

Si el fallecimiento fue en casa u hospital, puede contactarnos en lada sin costo: **01800-504-59-53** para que uno de nuestros asesores le atienda inmediatamente. Puede comunicarse con nosotros cualquier día a cualquier hora, siempre estaremos para apoyarle.

Cuando el fallecimiento es por causa violenta o accidental, tendrá que acudir al Ministerio Público.

El acta contiene lo siguiente:

- Nombre, apellido, edad, ocupación y domicilio que tuvo el difunto.
- Estado civil al momento de la muerte.
- Los nombres, apellidos, edad, ocupación y domicilio de los testigos.
- Los nombres de los padres del difunto.
- El motivo y hora de la muerte.
- Nombre del médico que certifica la muerte, con el número de su cédula profesional y su domicilio.
- El acta la elabora un juez del Registro Civil y la firman dos testigos, que pueden ser parientes o vecinos del difunto.

Trámite:

Se realiza en la oficina del Registro Civil o con la autoridad municipal, en caso de que no haya juez del Registro Civil en la población de que se trate.

Se requiere de presentar el certificado de defunción. Este documento lo debe expedir un médico particular o el centro de salud.

Para obtener un acta de defunción del finado, con base en el certificado médico de defunción en caso de muerte natural, o certificado médico de defunción y la averiguación previa del Ministerio Público en caso de muerte violenta.

Trámites en los que se requiere el ACTA DE DEFUNCIÓN:

- Reclamo de herencias.
- Para el cobro de seguros de vida.
- Cobro de pensiones del IMSS.
- Para el trámite de documentos oficiales.

- Para el arreglo de bienes no heredados.
- Para el reclamo de contratos bancarios (cuentas de ahorro, inversiones, etc.) por parte de los beneficiarios.
- Para la liquidación de deudas pendientes del finado, entre otros.

¡¡¡Evita complicaciones!!!

Realiza tu trámite durante los primeros 15 días posteriores al fallecimiento.

¿Qué documentación se necesita para el trámite del ACTA DE DEFUNCIÓN?

Si la persona que falleció era soltera:

- Certificado de Defunción
- Copia del acta de nacimiento.

Si la persona que falleció era casada:

- Certificado de Defunción.
- Copia del Acta de nacimiento.
- Copia del acta de Matrimonio

Si la persona que falleció era casada:

- Certificado de Defunción.
- Copia del acta de Nacimiento.
- Copia del acta de Matrimonio.

Si la persona que falleció era mayor de 60 años de edad:

- Certificado de Defunción.
- Copia del Acta de nacimiento.
- Copia del acta de Matrimonio.
- Credencial de elector u otra identificación oficial.
- Autorización por escrito del Ministerio Público para que se realice la inhumación o cremación, siempre que se trate de muerte violenta o en vía pública.

Una vez completada la documentación, presentarse el interesado y 2 testigos con credencial de elector, y con copia por ambos lados en las oficinas del Registro Civil. Contar con su acta de defunción le facilitará los trámites anteriormente descritos.

¿A quién está dirigido?: Familiares del finado

¿Dónde se realiza?

Juzgados del Registro Civil del Distrito Federal y/o Juzgados Módulos Funerarios.

Dr. Liceaga, N° 93, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, México, D.F.

Y Juzgado 18, calle 10 Esq. Canarias, Col. Ampliación Toltecas, Del. Álvaro Obregón.

Atención de lunes a viernes de 8:00 a 13:30 hrs.

Y En Juzgados Módulos Funerarios de lunes a domingo de 8:00 a 20:00 hrs.

Teléfono: 52 42 62 93 ó 96 y 52 76 00 36

Observaciones:

De acuerdo con el artículo 90 del Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal, se consideran extemporáneos los registros que se tramiten con 7 días hábiles de posterioridad al momento del fallecimiento, y su trámite deberá regularse en base a lo que establece dicho ordenamiento.

Fundamento jurídico:

- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal.- Artículo 35 fracción XVIII.
- Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal.- Artículo 44.
- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.- Artículo 118 fracción IV.
- Código Civil para el Distrito Federal.- Artículos 35, 75, 117, 118, 119, 120, 121, 126 y 129.
- Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal.- Artículos 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92 y 93.

DISPOSICIÓN DEL CADÁVER: INHUMACIÓN, EXHUMACIÓN, AUTOPSIA, NECROPSIA Y TRASLADO DEL CADAVER

Inhumar vs. Exhumar:

Las palabras "Inhumar" y "Exhumar" son unas palabras engañosas que suelen aparecer regularmente en los periódicos en los avisos fúnebres.

Parecería en principio que tuviera algo que ver con el humo, pero en realidad poco tienen que ver con humo. Ambas palabras "Inhumar" y "Exhumar" vienen del latín, in (dentro) y humos (tierra).

Pero en latín también existe la palabra terra, se refiere específicamente a "todo el planeta", mientras que humus, es la tierra donde pisamos, donde plantamos las siembras, aquella que está cerca de la superficie terrestre.

Por eso Inhumar, significa "enterrar" (poner a los muertos bajo el humus), y Exhumar, es la palabra contraria de Inhumar, y es "sacar a la superficie algo que está debajo de la superficie terrestre", por ejemplo, una persona fallecida para hacerle una necropsia, y así poder determinar las causas de su muerte.

Autopsia y Necropsia.-

Son procedimientos quirúrgicos y de disección en cadáveres.

Conjunto de investigaciones que se llevan a cabo en cadáveres con la finalidad de estudiar las causas directas e indirectas de la muerte.

Autopsia y Necropsia clínica:

Su principal fin es establecer la correlación entre signos y síntomas clínicos con las alteraciones anatomopatológicas provocadas por el agente morboso en el organismo.

Autopsia y Necropsia médico-legal:

Su finalidad es ayudar al esclarecimiento del caso jurídico.

Su principal interés se centra en conocer el agente etiológico y el mecanismo de producción de las lesiones.

Autopsia vs. Necropsia:

La diferencia radica en que las *Autopsias* se realizan tiempo después de que el individuo a fallecido (antes de *Inhumarlo* o enterrarlo) y las *Necropsias* se realizan después de haber

sido enterrado el sujeto, para lo cual es necesaria la realización de la *Exhumación* del cadáver.

Reglamentos en la Disposición del cadáver.-

Las normas del Reglamento de cadáveres, autopsias, necropsias trasladados y otros son de carácter nacional y de interés público y de aplicación obligatoria en lo que se refiere a la disposición de cadáveres sin deudos, autopsias, necropsias, embalsamamiento, crematorio, cementerios, cadáveres de seres humanos con fines médicos y de investigación científica y docencia.

La aplicación de este Reglamento corresponde a la Autoridad de Salud la que autorizará por conducto de sus diversas entidades administrativas.

Para los efectos de este Reglamento se entiende por autopsia al examen anatómico del cadáver, que se hace para conocer la causa de su muerte; necropsia, examen anatómico del cadáver con posterioridad a su entierro que se hace para conocer la causa o investigar su muerte con fines terapéuticos de investigación o docencia.

De las autopsias:

Es obligatoria la autopsia de los cadáveres de las siguientes personas:

- De las personas fallecidas como resultado de la comisión de delitos o de accidentes de tránsito u otros.
- De las muertes naturales producidas en los establecimientos de salud del territorio nacional.
- En los niños fallecidos antes de las 24 horas de vida.
- En todos aquellos casos de pacientes en que no se pudiera establecer las causas de la muerte o en aquellos en que no se ha llegado a un diagnóstico médico razonable o se dude del tratamiento médico instaurado.
- En todas las muertes en que haya existido discrepancia entre los especialistas sobre las causas de la muerte.
- En todos los casos de muerte de los mortinatos y los prematuros.

Para efectuar una autopsia se precisa la autorización de los parientes más próximos: esposa, o esposo, padre o madre, hijo o hija u otros familiares allegados al difunto o en su defecto de la persona encargada del funeral, para lo cual se deberá hacer conocer perfectamente la Ley. Obtener el permiso firmado y con testigos responsables.

Sin embargo, las autopsias y necropsias médico-legales propias de las necesidades de la justicia ordinaria, que han sido solicitadas por las partes, por la autoridad fiscal o por los peritos dentro del proceso, no requieren autorización previa alguna.

No se podrá efectuar autopsias después de las 6 primeras horas de deceso, salvo cuando semiológicamente sea demostrada la muerte o cuando surja la posibilidad de aprovechamiento de órganos para trasplante.

Terminado el acto necroscópico o autópsico se debe restituir al cadáver los órganos ya examinados y disponer en sus cavidades, excepto el encéfalo que puede ser colocado en la cavidad abdominal.

De los cadáveres sin deudos:

En caso de muerte de una persona indigente sin familia, o persona responsable de él, el cadáver deberá permanecer 30 días, durante los cuales deberá ser exhibido en procura de entregar a los familiares si es que hubiese, cuando el reconocimiento ha sido efectuado. En caso contrario, deberá procederse a la fotografía, retirar pequeños segmentos de la vestimenta que serán archivados en álbumes a disposición del público.

Las impresiones digitales después de tomadas convenientemente, serán enviadas al gabinete para su reconocimiento en caso de existir anterior identificación.

Una vez cumplidas estas medidas, deberá procederse al enterramiento con las formalidades legales del caso, con objeto de que ante la posibilidad de una identificación se deba proceder a la necropsia respectiva del fallecido.

De la investigación y docencia:

La investigación en cadáveres solo podrá realizarse por profesionales y en centros con autorización expresa de la autoridad de salud y bajo vigilancia de ésta.

El uso de cadáveres para efectos de investigación, requiere consentimiento de la persona en vida o del familiar más cercano en el momento de la muerte, o en casos de autopsia ordenada por el Ministerio Público y finalmente por la autoridad judicial.

La docencia en materia de autopsia de cadáveres solo podrá hacerse en las facultades de medicina o en instituciones médicas donde se imparte enseñanza de esta materia.

De las necrópolis o cementerios:

En toda localidad, sea urbana o rural, las Municipalidades correspondientes deberán establecer un cementerio o necrópolis como único lugar donde deberán sepultarse los cadáveres de las personas fallecidas en esa localidad.

Queda terminantemente prohibido inhumar o dar sepultura a cadáveres humanos fuera de los cementerios.

En los cementerios se dará sepultura solamente a los cadáveres que hubieran cumplido hasta las 48 horas desde el fallecimiento.

En ningún cementerio podrá efectuarse la exhumación de un cadáver antes de los 5 años, en casos muy especiales podrá hacerse pasados los 4 años, mediante orden de la Autoridad de Salud.

En los cementerios se inhumarán de inmediato los cadáveres resultantes de enfermedades infecto-contagiosas como la viruela, cólera, tifus exantemático, peste bubónica y los que están en evidente estado de putrefacción avanzada, previo conocimiento de la Autoridad de Salud, sometiéndose a la incineración de estos.

Las municipalidades del país obligadamente deberán construir hornos de cremación para incinerar cadáveres fuera del radio urbano, previa la autorización respectiva por parte de la Autoridad de Salud como del Ministerio fiscal.

Del transporte de cadáveres:

Es obligatorio que se cumplan los siguientes requisitos para el transporte de cadáveres al exterior:

- Necropsia.
- Embalsamiento o acondicionamiento del cuerpo, efectuado en tres cajones, siendo los dos primeros de metal y el exterior de madera, con el objeto de evitar enfermedades transmisibles.
- La persona encargada de esta labor debe ser el médico legal.

Se debe levantar un acta que contenga los siguientes datos:

- a) Causa de la muerte.
- b) Identidad del cadáver.
- c) Técnica e ingredientes empleados para el embalsamiento; este documento debe llevar la firma del médico legista y del cónsul o representante diplomático del país donde irá el cuerpo y las personas testigos del acto.

Traslado de cadáveres:

El Jefe del Departamento de Panteones podrá conceder permisos para trasladar cadáveres y restos humanos áridos dentro del mismo panteón, o de un panteón a otro del Municipio siempre que se cumplan los requisitos siguientes:

1. Que el interesado exhiba el permiso de la autoridad sanitaria para el traslado.
2. Que la exhumación se realice en la forma prevista en este reglamento.

3. Que el traslado se realice en vehículo autorizado para el servicio funerario o similar.
4. Que se presente constancia de que se re inhumará en el panteón al que ha de ser trasladado.
5. Que la fosa para llevar a cabo la re inhumación esté preparada.
6. Realizado el traslado del cadáver o los restos humanos áridos, el que no deberá exceder de veinticuatro horas, el vehículo utilizado deberá desinfectarse.
7. Los traslados de cadáveres o de restos humanos áridos dentro y fuera del Municipio, deberá ser autorizado por el Jefe del Departamento de Panteones y se sujetarán a lo establecido por la ley en la materia.
8. Cuando se tratase de un traslado a otro Municipio, Estado o País, el Jefe del Departamento de Panteones verificará que se cuente con la autorización legal correspondiente.

De la exhumación:

La Ley protege al cuerpo legalmente sepultado, penando la violación de sepultura o profanación de una urna funeraria de conformidad con lo dispuesto por el Código Penal vigente.

Se permitirá el desenterramiento del cadáver con objeto de cumplir los fines propios que determina la Autoridad de Salud y de la justicia ordinaria, como ser sospecha de homicidio, dudas en cuanto a la identidad del muerto, casos de muerte violenta, entierros sin previa o incompleta necropsia médico-legal, cambio de cadáver o no hubiese realizado un segundo análisis del cuerpo después del enterramiento y aspectos que interesen a la salud pública en general.

La Autoridad judicial, las partes o los propios médicos legistas que actúen como peritos, serán los únicos autorizados a solicitar se proceda a una nueva necropsia.

De las medidas de seguridad:

Podrá clausurarse temporalmente los establecimientos o salas de autopsias a que se refiere este reglamento cuando sea un peligro para la salud pública.

Manejo de cadáveres y restos cadavéricos en situación de desastre:

Sin lugar a dudas, el manejo de un elevado número de muertes ocurridas al mismo tiempo o dentro de un corto lapso representa un problema social, sanitario, jurídico y organizativo. Esto porque el desastre puede ocurrir de manera imprevista, una de las excepciones sería un desastre natural, climatológico, que pudiera preverse con antelación; o el desastre puede

ocurrir en una zona de difícil acceso o en medio acuático requiriendo así personal especializado y determinada maquinaria o los heridos y cadáveres pueden fácilmente exceder la capacidad locativa, de materiales o de personal, constituyéndose así en una situación crítica dentro del desastre. De esta manera, es que los planes de respuesta a desastres, independientemente de su origen, deben contener las medidas a tomar con respecto al manejo de cadáveres o fragmentos cadavéricos, básicamente integrados por el traslado, la identificación, el depósito en caso de necesidad y la disposición de los cuerpos.

Si bien todos entendemos el concepto de cadáver (del latín *caedere*, caer) y sus sinónimos (fallecido, occiso, difunto, finado) no se encuentra una definición precisa del mismo. Una de las definiciones clásicas es la española: “cadáver es el cuerpo humano durante los cinco primeros años siguientes a la muerte real”. En nuestra legislación, la ley 14.005 de Trasplantes de órganos y tejidos (y su modificación ley 17.668) en su artículo 7 define muerte como la “existencia de cambios patológicos irreversibles, incompatibles con la vida” siendo la muerte entonces, un diagnóstico médico.

También clásicamente y de manera arbitraria se definen restos cadavéricos como “lo que queda del cuerpo humano, terminados los procesos de destrucción de la materia orgánica, transcurridos los cinco años siguientes a la muerte real”. Por lo tanto, la expresión “restos cadavéricos” no debería referirse a los producidos en un desastre, siendo más adecuados “fragmentos” o “trozos cadavéricos”. Sin embargo en la literatura se encuentran para estos últimos también el término de restos.

Desde el punto de vista médico legal, el cadáver es una cosa, pero no cualquier cosa. Cosa porque ha dejado de ser persona, pero una cosa particularísima, ya que fue sujeto de Derecho, pudo tal vez dejar voluntades anticipadas que deberán ser cumplidas (donación, testamentos) o se mantiene más allá de la muerte su secreto médico. Otro punto de controversia es la pertenencia del cadáver o quién puede disponer de él. En el tema que nos ocupa, esta discusión está zanjada ya que por ser muertes violentas, el cadáver le “pertenece” al Juez competente. Así por ejemplo, su disposición de autopsia médico legal o judicial no requiere del consentimiento familiar, o su disposición de no inhumar el cadáver dentro de los plazos establecidos por las diferentes municipalidades, por motivos de investigación judicial.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Salud Pública es el que ejerce el control y cumplimiento del presente reglamento, siendo esta autoridad la que podrá cancelar las licencias o permisos para el ejercicio de médicos forenses y médicos legistas.

CONCLUSIONES

Es un tema que por su naturaleza e implicaciones en la vida cotidiana de las personas exige que la sociedad participe activamente y cada vez con mayor fuerza en esta discusión que involucra las esferas social, ética, jurídica y religiosa.

La autodeterminación es garantía ineludible del ser humano, y sólo ella quien decide lo que a su juicio es digno o no. La conservación de la dignidad es a su vez un postulado de la independencia.

La obligación del Estado ante un aspecto que involucra la decisión personalísima del individuo, radica en proveer lo necesario para que esa decisión se sustente en una adecuada información, así como en regulaciones, estructuras y procedimientos diseñados con un gran consenso y con altos estándares éticos, de transparencia y profesionales.

Es importante que por un lado se fomente el debate que requiere toda iniciativa que pretenda regular situaciones de esta naturaleza, en que se vean reflejadas las diversas perspectivas sociales y éticas. Pero por otro lado se hace necesario, enfocar todos los esfuerzos para generar políticas públicas orientadas al otorgamiento de cuidados paliativos para los enfermos terminales e ir creando mayores condiciones para que iniciativas de ésta envergadura se debatan con total apertura en un entorno más propicio.

PROPUESTAS

1.- Que la Comisión de Derechos Humanos emita una recomendación al igual que lo hizo la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida, en donde aboga por los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria.

2.- Que se de una protección integral del paciente terminal en lo humano, en lo físico, en lo ético, en lo anímico, en lo jurídico y en lo político-social; y que se incluya en la Ley General de Salud dentro de la atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación incluyendo la atención de urgencias, se añada el aspecto paliativo.

Esto es, la creación de un ambiente médico profesional amable y amistoso, además de personalizado; con afecto y cuidado compasivo que trasciende el lenguaje pero que respeta la cultura del paciente, Brinda confort, apoyo y alivio minimizando el dolor a través del manejo del mismo, el estrés, las presiones y otros síntomas. Otorgando ala familia y sobre todo al paciente, la optimización de sus recursos en esta difícil etapa se llama Medicina Paliativa.

"La Medicina Paliativa es el estudio y el cuidado del paciente que sufre una enfermedad activa progresiva avanzada para la cual el pronóstico es limitado y la atención debe estar puesta sobre todo en la calidad de vida"

Las áreas de trabajo de los cuidados Paliativos son las siguientes:

- Cuidado Total.
 - Control de Síntomas,
 - Control del dolor.
 - Apoyo emocional.
 - Apoyo al equipo de salud.
3. Señalar la necesidad de promover la enseñanza y difusión de la Tanatología, Medicina Paliativa y Bioética en Instituciones de Salud y Educativas.
 4. Requerir el establecimiento de Comités de Bioética en las unidades hospitalarias nacionales.
 5. Llamar la atención sobre la práctica de auditorias médicas frecuentes en los ámbitos de trabajo que nos correspondan.

La obligación de respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales, deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Navarrete T.M., Abascal S.C., Laborie A.E. **Los derechos humanos al alcance de todos**. Diana. México 1991 pag. 176.
2. Amor V.A. **Procedimientos, técnicas y comunicaciones en bioética, psiquiatría y medicina molecular. La relación médico-paciente; con enfermedad en fase terminal**. (RevSanid Milit Mex 1999; Volumen 53 (03); 210-218,
3. Kuthy M.I. **Memorias Primer Congreso Internacional sobre Humanismo en Medicina**. 1997: 81-84
4. Estados Unidos Mexicanos. **Diario Oficial de la Federación**, 7 de mayo de 1981.
5. Mamhez E.R. **Sexualidad, derecho y cristianismo**. 2da. Ed. Instituto Cultural de Aguas Calientes. México 1998,: 212
6. The Enciclopedia **Procedimientos, técnicas y comunicaciones en bioética**, of Bioethic1s. New York: The Free Press; 1994.
7. Amor V.A. **Bioética: principios y fundamentos. Principios de vida**. (En Prensa).
8. Gracia D. **Introducción; la bioética médica**. Bol Oficina Sanit Panam 1990; 108: 374.
9. Reyes Z.A. **Acercamientos Tanatológicos al Enfermo terminal y a su Familia**. Curso Fundamental de Tanatología 1997.
10. Amor V.A. **Procedimientos, técnicas y comunicaciones en bioética**, Rev Sanid Milit Mex 1999; Volumen 53 (O3): 210-218
11. Benavides V.L. **Bioética: Consideraciones Generales Introductorias**. Bol Med Hosp Infant Mex 1999; Volumen 56(10); 582-584
12. López P.X. **El derecho al respeto de la dignidad de los pacientes**. Gac Med Mex 1999; Volumen 135(5): 545-547
13. **Ley General de Salud**. Decimocuarta edición actualizada. Ed. Porrúa 1997: 1-8
14. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.
15. Aries, Phillipe. **El hombre ante la muerte**. Madrid: Taurus Ediciones, 1984.

16. Arregui, Jorge V. (1992). ***El horror de morir: el valor de la muerte en la vida humana***. Tibidabo Ediciones.
17. Behar, Daniel. ***Un buen morir***. México: Editorial Pax, 2004.
18. Jesús Poveda; Silvia Laforet (2009). ***El buen adiós***. Espasa.
19. Max Scheler (2001). ***Muerte y supervivencia***. Encuentro Ediciones.
20. Brusco, Angelo, ***Humanización de la asistencia al enfermo***, Sal Terrae, Santander, 1999, p. 73.
21. Alarcón Martínez, Francisco José, ***Consecuencias éticas de la muerte, en Proyección***, XLVIII, no. 203. Octubre-diciembre 2001, p. 307-328.
22. Bejarano PF, Fonnegra JI. ***Morir con Dignidad***. Fundación Omega. Santa Fe de Bogotá, Colombia 1999.
23. Reyes Z.A. ***Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia***. México, Primera Edición.