



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

DISTANASIA FRENTE A LA MUERTE DIGNA EN ECUADOR

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Abogada de los Tribunales y Juzgados
de la República

Profesor Guía

Msc. Juan Manuel Alba

Autora

Michelle Kemise Soto Cordero

Año

2016

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Juan Manuel Alba Bermúdez

Máster en Bioderechos

C.C. 175285163-2

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Michelle Kemise Soto Cordero

C.C. 060452151-8

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia, especialmente a mi madre por estos años de apoyo.

Agradezco también al Doctor Juan Manuel Alba, por saber guiarme en este proceso.

DEDICATORIA

Dedico el presente ensayo con especial cariño a mi madre Claudia, a mi familia, y a mis amigos.

RESUMEN

En el presente ensayo se hablará de la distanasia y como ésta práctica afecta al derecho a la muerte digna. En el Capítulo I se buscará realizar conexiones mediante el análisis de distintas figuras como la eutanasia y la ortotanasia hasta llegar a un concepto de distanasia; en el mismo capítulo se hablará de la dignidad humana y la relación con el principio bioético de autonomía. Posteriormente, en el Capítulo II se estudiarán aspectos que hacen posible la configuración del derecho a la muerte digna, desde los límites a la disposición de la vida humana, hasta la limitación del esfuerzo terapéutico y los cuidados paliativos. Finalmente, el Capítulo III trata sobre la muerte en el Ecuador, se analiza la dignidad como característica esencial del Estado Constitucional de derechos y justicia, para después relacionar la dignidad con el consentimiento informado y por último hablar sobre el proceso de toma de decisiones en los enfermos terminales.

Palabras clave: distanasia, muerte digna, médico, paciente, tratamiento, cuidados paliativos, dignidad, principios bioéticos, autonomía.

ABSTRACT

This essay will discuss dysthanasia and how this practice affects the right to a dignified death. In the Chapter I we will seek to make connections by analyzing various figures such as euthanasia and orthothanasia until we reach the dysthanasia concept; in the same chapter we will discuss human dignity and the relationship with the bioethical principle of autonomy. Later, in Chapter II aspects that make the configuration of the right to a dignified death, from the limits on the provision of human life, to the limitation of treatment and palliative care they will be studied. Finally, Chapter III deals with death in Ecuador, dignity is analyzed as an essential feature of the Constitutional State of Rights and Justice, then relate the dignity with informed consent and finally talk about the process of decision-making in the terminally ill .

Keywords: dysthanasia, dignified death, doctor, patient, treatment, palliative care, dignity, bioethical principles, autonomy.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. Comprensión de la distanasia y la dignidad humana	2
1.1. Distanasia.....	2
1.2. Eutanasia pasiva y eutanasia indirecta	6
1.3. El respeto a la autonomía del paciente a partir de la dignidad humana.....	9
2. Configuración del derecho a la muerte digna.....	12
2.1. Límites a la disposición de la vida humana.....	12
2.2. La limitación al esfuerzo terapéutico.....	16
2.3. Ortotanasia y cuidados paliativos	18
3. La muerte en Ecuador.....	22
3.1. La dignidad como característica principal del Estado Constitucional de derechos y justicia.....	22
3.2. Utilización del consentimiento informado como una manera de ejercer el derecho a la muerte digna	26
3.3. El proceso de toma de decisiones: participación de pacientes, doctores y familiares.....	30
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS	35
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

El ensayo aborda el problema jurídico de la distanasia, práctica que contrasta con el derecho de las personas a morir dignamente y que no se hace referencia en nuestra Constitución. Sin embargo, la distanasia entra en conflicto con el derecho a una vida digna, ya que prolonga la vida inhumanamente. Las prácticas distanásicas están ligadas a la obligación del médico a combatir la muerte del paciente, así como también a la incapacidad del enfermo y sus familiares para aceptarla. La distanasia está regulada a nivel ético, es una discusión bioética que conviene elevarla a un marco jurídico-legal.

Sobre este tema se ha discutido principalmente asuntos relacionados con la dignidad humana y la autonomía de las personas que son víctimas de la distanasia, cuestiones que se abordarán a lo largo de este ensayo. El problema comprende: en primer lugar, la falta de observación al goce del derecho a una vida digna por parte de los médicos hacia sus pacientes, seguido por la obligación del Estado de precautelar la calidad de vida de las personas, y consecuentemente la falta de regulación jurídica en el ámbito médico para lograr garantizar aquellos derechos.

Los pacientes muchas veces no son capaces de comunicar a los doctores el sufrimiento que se genera debido a la tecnología médica aplicada sobre ellos. La distanasia se considera una *muerte difícil*, como su nombre lo indica. Los médicos deberían evitar el padecimiento de un paciente durante su último tiempo de vida. Es decir, precautelar la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, el fin de la distanasia se convierte en la dilatación del proceso de muerte, dejando de lado el interés máximo que debería ser perseguido por la medicina, que es beneficiar la vida del paciente.

Las prácticas distanásicas vulneran el derecho a la vida digna, razón por la cual se evidencia la necesidad de una regulación jurídica sobre el tema.

Para finalizar esta introducción, el presente ensayo se centrará en destacar la dignidad y autonomía de las personas, en contraposición a las prácticas distanásicas y procesos médicos que atentan contra las personas.

1. Comprensión de la distanasia y la dignidad humana

En este capítulo se explicarán los dos conceptos que sirven de base para el desarrollo del ensayo. Por un lado, la distanasia, cuya noción se vincula con el ámbito de la medicina. Para desarrollar de mejor manera la distanasia se describirán prácticas que guardan estrecha relación con ella, como la eutanasia y la ortotanasia. Por otro lado, se hablará de la dignidad humana y la autonomía del paciente.

1.1. Distanasia

A continuación, se explicará en qué consiste una práctica distanásica. Para ello se hará un acercamiento por medio de praxis con las que se relaciona la distanasia. Se hablará de eutanasia y ortotanasia ya que estos términos resultan ser mucho más conocidos y de uso más globalizado.

La palabra eutanasia fue utilizada por primera vez por Francisco Bacon en el siglo XVII (Silva, s.f., p. 3). El término proviene del griego *eu* que significa *bien* y *thanatos* cuyo significado es *muerte* (Vega, 2000, p. 1). En sentido amplio la eutanasia significa buena muerte, por ello su etimología arroja una incógnita que puede llevar a distintas respuestas, ¿cómo se puede saber si una muerte es o no *buena*? Como se mencionó anteriormente, existen distintos puntos de vista y posiciones frente a la pregunta. Algunos autores rechazan profundamente la eutanasia, y dicen defender una medicina a favor de la vida (Nombela, et al., 2008, p. 19); mientras que otros como Maciá estiman que es necesario regular los mecanismos mediante los que pacientes interesados en la eutanasia puedan acceder a ella, basando dicha posición en la autonomía del paciente respecto a las decisiones sobre su cuerpo (Maciá, 2008, p. 8); Sin embargo, uno de los debates principales se centra en la intencionalidad del médico, en la violación de los derechos humanos y la falta al juramento hipocrático, que es un pilar ético para aquellos que practican la medicina.

Es preciso extender el concepto de la eutanasia, y decir que es una precipitación a la muerte que cuenta con dos elementos: por un lado, la voluntad encaminada al deceso del paciente; y, por otro lado, la acción que da como resultado la muerte (Gutiérrez, 2001, p. 212).

La eutanasia involucra a dos sujetos, el médico y el paciente. El sujeto activo es el médico que realiza la acción conducente a la muerte del enfermo, mientras que el sujeto pasivo es el paciente objeto de la práctica eutanásica. Al relacionar los sujetos involucrados en la ejecución de la eutanasia, se origina un problema vinculado con el juramento hipocrático. El juramento hipocrático establece que el médico jamás dará a nadie medicamento mortal, por mucho que se lo solicite, ni tomará iniciativa alguna de este tipo (Hipócrates citado en Asociación Médica Mundial, 1948, p. 1).

Más allá de lo establecido en el juramento hipocrático, se ven afectados los derechos humanos, entre ellos la supremacía del derecho a la vida, que se reconoce tanto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, como en la Convención Americana de Derechos Humanos, a modo de un derecho inherente al ser humano (Arroyo, 2015, p. 101). A pesar de lo dispuesto en los instrumentos internacionales y en el juramento hipocrático, existen autores como Alberto Ortega que consideran que se puede faltar a aquel voto, siempre y cuando el médico actúe guiado por un móvil benigno, es decir, por piedad, misericordia, compasión, etc. (Ortega, 2008, p.17).

Tanto en la práctica como en la doctrina se distinguen dos tipos de eutanasia. De acuerdo a Islas, la eutanasia tiene varias clasificaciones; sin embargo, para efectos de este ensayo se utilizarán las dos principales. La primera clasificación está en función a la forma de conducta que la produce: eutanasia directa e indirecta; y la segunda en cuanto a la intencionalidad del sujeto activo: eutanasia activa y pasiva (Islas, s.f., p. 463).

- La eutanasia directa se refiere a la aplicación o no de un procedimiento que provoque la muerte en el paciente de manera indolora. Dentro de la eutanasia directa se distinguen otras dos subclases:
 - la activa que comprende una acción positiva de ocasionar la muerte al paciente;
 - y la pasiva que consiste en la omisión o abstención de suministrar los procedimientos necesarios para prolongar la vida del enfermo (Silva, s.f., p. 5).

- Por otro lado, existe la eutanasia indirecta, práctica que busca aliviar el sufrimiento y dolor del paciente, pero cuya consecuencia es la muerte, entendida ésta como un efecto colateral o secundario del empleo de los procedimientos terapéuticos necesarios para la persona (Rivera, 2003, p. 81). Cabe recalcar que la eutanasia indirecta no tiene como fin principal ocasionar la muerte del paciente (Maciá, 2008, p. 2).

Finalmente, basado en los conceptos dados por los distintos autores, se puede concluir que la eutanasia es la acción, de carácter positiva o negativa, por la cual un médico ocasiona la muerte de un paciente, de manera directa o indirecta, con el fin de aliviar su sufrimiento.

Una vez esbozado el término *eutanasia* es preciso comprender el significado de la *ortotanasia*.

La palabra ortotanasia, al igual que la eutanasia, tiene origen en el vocablo griego, *orthos* cuya acepción es *derecho* o *recto*, y *thanatos* que como se dijo anteriormente significa *muerte* (Nombela et al., 2008, p. 4). Lato sensu la ortotanasia equivale a la *muerte digna*. A saber de Vivanco, la ortotanasia comprende una connotación más positiva que la eutanasia ya que “se trata de una muerte ‘en su tiempo’, justa, sin acortamientos de la vida ni adelantamiento de la muerte. Asimismo, tampoco se produce en el proceso final la prolongación de la vida ni el retraso de la muerte” (Vivanco, 2013, p. 92). Es decir, la ortotanasia es la aceptación y respeto al proceso vital, es dejar que la vida continúe su curso regular sin necesidad de suspender los tratamientos *normales* que le corresponden al enfermo. En otras palabras, mediante la ortotanasia se pretende llegar a la muerte de la manera más natural posible, con el fin de aliviar el dolor del paciente sin necesidad de recurrir a la utilización de medios extraordinarios.

La ortotanasia se denomina también *tanatología* y hace referencia al *arte de morir bien*, se considera “el estudio de la vida que incluye a la muerte” (Instituto Mexicano de Tanatología, 2016). Mediante esta práctica se proporciona ayuda a enfermos que están próximos a morir, de modo que su calidad de vida no se

deteriore de manera exacerbada, es la ayuda en el morir, mas no la ayuda a morir.

Después de realizar una breve conceptualización tanto de la eutanasia como de la ortotanasia, se procederá a explicar en qué consiste la distanasia.

La palabra *distanasia*, al igual que la eutanasia y ortotanasia, encuentra su origen en un vocablo griego, se deriva del prefijo *dys* que significa *mala* o *difícil* y de la palabra *thanatos* que significa *muerte* (Academia Filosófica de la Plata, 2001, p. 19). La distanasia “consiste en retrasar la muerte del enfermo en situación terminal todo lo posible, utilizándose medios artificiales y desproporcionales. (...) La muerte inevitable sólo se consigue retrasar a costa de sufrimientos innecesarios para el enfermo” (Garín, 2008, pp. 35-36). Es decir, la distanasia es un tratamiento vano, ineficaz, es intentar curar a un paciente cuyas condiciones arrojan un resultado incurable, provocando en él una muerte lenta, prolongada, acompañada de sufrimiento y agonía.

La distanasia es también conocida como *ensañamiento terapéutico*, porque “lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética” (Gutiérrez, 2001, p. 271). La distanasia se vincula al uso de medidas consideradas como fútiles, invasoras, sobre todo desproporcionadas, ya que ofrecen un beneficio real poco probable para el paciente.

Por lo general, un proceso distanásico ocurre por la dificultad del ser humano para aceptar la muerte como una fase natural y como consecuencia de la vida, acompañado de la responsabilidad del médico de hacer todo aquello que esté en sus manos para salvar la vida del paciente enfermo. Con respecto al accionar del médico es acertado lo señalado por Martínez: “las nuevas tecnologías, en ningún caso, pueden volverse contra el hombre, sino que deben aportar beneficios y servir a mejorar la calidad de la vida humana” (2008, p. 158).

En los procesos distanásicos se ve involucrado el uso de tecnología enfocado a la continuación de las funciones biológicas del enfermo, dejando de lado la integridad física, psíquica y moral del paciente. La integridad moral es un

componente esencial de la dignidad humana y si no se toma en cuenta la integridad moral se afecta a la calidad de vida del paciente, y del ser humano en general (Afanador, 2002, p 148).

La distanasia es una praxis que daña al ser humano en la última etapa de su vida, la distanasia es la inobservancia al derecho a la vida y a la dignidad de las personas y por lo tanto debería ser rechazada en todo caso. Es importante que tanto los médicos como los pacientes y sus familiares sean capaces de identificar el inicio de esta práctica, para así evitar que se ocasione sufrimiento a los enfermos.

Finalmente, nacen ciertas similitudes entre los conceptos tanto de eutanasia pasiva como de eutanasia indirecta con respecto a la ortotanasia. En el siguiente apartado de este capítulo se harán las respectivas distinciones y nexos que corresponda a aquellos términos.

1.2. Eutanasia pasiva y eutanasia indirecta

La eutanasia pasiva y la eutanasia indirecta se caracterizan porque en ambos casos se da una acción, ya sea esta positiva o negativa, por parte del médico. Eutanasia pasiva comprende una omisión por parte del doctor al momento de la aplicación de un tratamiento médico, equipo tecnológico, entre otros. Siendo el propósito de la ortotanasia llevar la muerte de la manera más natural posible, nace una interrogante, ¿puede considerarse la eutanasia pasiva e indirecta como modos de ortotanasia? Para responder a esta pregunta es necesario ampliar los conceptos tanto de eutanasia pasiva como indirecta.

La eutanasia pasiva, según Ortega, consiste en la aceleración de la muerte de un paciente mediante la omisión de un tratamiento o el retiro de uno ya suministrado, pretende principalmente ahorrar sufrimiento al paciente (Ortega, 2008, p. 60). El autor vincula la eutanasia pasiva con la utilización de aparatos tecnológicos para el alargamiento de vida, de manera que al practicar eutanasia pasiva se habla de desconexión del respirador, la omisión de actos reanimatorios, o la interrupción de ciertas terapias. El mismo autor señala tres casos que pueden darse en una eutanasia pasiva:

1. De acuerdo con el deseo del paciente. Esta omisión se basa en la voluntad del paciente a no continuar recibiendo aquellos tratamientos que son desproporcionados y no obligatorios por parte del médico; en este caso, al médico se le exige la aplicación o continuación de dichos tratamientos. No obstante, el médico deberá continuar suministrando al enfermo aquellos cuidados generales necesarios. Cabe recalcar que esta práctica no es punible para el médico.
2. Omisión en contra de la voluntad del paciente. El autor considera que se trata de un homicidio por omisión, cuando el paciente exige un tratamiento que es totalmente compatible y proporcionado respecto a su condición (hidratación y nutrición, por ejemplo). Es decir, que el médico no tiene la obligación de sostener solamente los tratamientos considerados inútiles para el enfermo.
3. El paciente que no puede expresarse. En este caso el médico es quien puede tomar la decisión de no aplicar tratamientos que prolonguen innecesariamente la vida del paciente. En contraste con lo señalado en líneas anteriores, considero importante lo establecido en el Código de Ética Médica de la legislación ecuatoriana “Art. 12.- La cronicidad o incurabilidad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia al enfermo, pues en estos casos se hará más necesario el auxilio y el consuelo que el médico pueda brindar” (Código de Ética Médica, 1992, art. 12).

Es importante señalar que en todos los casos de eutanasia el médico, por ningún motivo, podrá retirar al paciente aquellas terapias y cuidados generales que todo paciente requiere. (Ortega, 2008, pp. 49-59).

Una vez que se ha comprendido lo que una eutanasia pasiva implica, se pasará a estudiar qué es la eutanasia indirecta. Un elemento esencial de la eutanasia indirecta es la acción positiva por parte del médico, pero, en este caso, aquella acción no tiene como fin en sí misma el ocasionar la muerte del enfermo; la muerte se produce como el efecto secundario o colateral de la aplicación generalmente de analgésicos poderosos en el paciente para aliviar su dolor y sufrimiento, esto se conoce como una sedación terminal (Hodelín, 2012, p. 950).

Una característica fundamental de la eutanasia indirecta es que se produce como consecuencia de un *doble efecto*, o, como se lo ha llamado antes, *efecto secundario* o *colateral*. Esto quiere decir que, por ejemplo, si a un paciente se le administra una cierta dosis de morfina, se hace con el fin de aliviar el dolor en el enfermo, sin embargo, el efecto secundario de esta acción constituye el acortamiento o abreviación de su vida (Miranda, 2008, p. 509). Entonces el doble efecto tiene dos resultados: uno bueno y uno malo.

La autora citada en el párrafo anterior considera que el principio de doble efecto debe aplicarse solamente en casos en los que no exista otra medida o solución; No obstante, se estima prudente utilizar la herramienta del *consentimiento informado* (del cual se hablará con mayor amplitud en el tercer capítulo del ensayo) como una manera de contar con la aprobación del paciente para ser suministrado de aquellos tratamientos que tienen efectos colaterales.

La desventaja del uso de consentimiento informado, es la necesidad de conciencia por parte del paciente para que pueda comprender las condiciones, efectos y resultados del tratamiento (Sánchez, 1996, p. 4). Entonces, para que el médico no se vea envuelto en una situación en la que el paciente no reúna las condiciones necesarias para contar con un consentimiento informado, se tiene la figura de las 'voluntades anticipadas' o 'instrucciones previas'. Las voluntades anticipadas son declaraciones que hace un paciente mayor de edad, capaz de decidir libremente, en las que expresa instrucciones que deben ser tomadas en cuenta en situaciones en que no pueda expresar su voluntad, respecto a la atención sanitaria que desea recibir (Ara, s.f., p. 2).

En la legislación ecuatoriana se contempla la posibilidad de tomar 'decisiones anticipadas' por parte de un paciente, pero estas se limitan al ámbito de cuidados paliativos (Norma de atención de cuidados paliativos, 2015).

Hodelín dentro de su artículo *El principio de doble efecto en la sedación* señala las condiciones bajo las cuales la aplicación del principio de doble efecto sería considerado lícito:

“[1.] Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente; [2.] Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado; [3.] Que el efecto bueno no dependa del malo, como en su causa inmediata y necesaria; [4] Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido” (Hodelín, 2012, p. 952).

En otras palabras, se busca que el doble efecto tenga como fin principal un resultado positivo en el paciente, como aliviar el dolor. Un procedimiento de doble efecto debe ser utilizado como último recurso, cuando se han agotado todas las demás técnicas dirigidas a mitigar el sufrimiento del paciente.

Finalmente, a partir de lo señalado a lo largo de este apartado, cabe responder la pregunta planteada en las primeras líneas, ¿puede considerarse la eutanasia pasiva y la eutanasia indirecta como modos de ortotanasia? La respuesta es no, porque la ortotanasia en ningún caso busca la muerte del paciente de manera intencional. La ortotanasia, constituye la observancia de la calidad de vida del paciente asociado a una muerte digna, para lo cual se vale de la utilización de cuidados paliativos.

La ortotanasia no pretende alargar ni acortar la vida del enfermo, al contrario, la ortotanasia procura la aceptación de la llegada de la muerte en el tiempo justo.

La eutanasia pasiva busca el adelantamiento de la muerte del paciente mediante el retiro de medicamentos, tratamientos, aparatos, etc.; mientras que en la eutanasia indirecta no es relevante el hecho de que se adelante la muerte del enfermo siempre y cuando se le evite el sufrimiento. En otras palabras, la eutanasia, según Amenós et al., “(...) no sólo es la renuncia a esa razón de ser, sino que consiste en la deliberada decisión opuesta a la Medicina, ya que es dar muerte a otra persona (...)” (1993, p. 3).

1.3. El respeto a la autonomía del paciente a partir de la dignidad humana

Dentro de este apartado es necesario entender dos conceptos fundamentales, por un lado, el concepto de *autonomía*, y por otro, el de *dignidad humana*. Ambos

conceptos serán desarrollados con el apoyo de doctrina bioética y los derechos humanos.

La dignidad humana es un aspecto que está ligado a la persona, entendiéndose por ésta todo individuo de la raza humana, es decir que todo ser humano es persona. La dignidad es la excelencia, decoro, importancia y distinción de la que gozan las personas, es inherente al ser humano y está vinculada con el actuar de cada individuo (Martínez, 2008, pp. 161-164). Martínez habla también de 'dignidad' como una característica que tiene el ser humano por el solo hecho de ser tal, y que es previo a la dignidad. Entonces todos los seres humanos son igualmente dignos, y a pesar de que la dignidad se relaciona directamente con el obrar, una persona nunca deja de ser digna, o es menos digna que otra.

Dentro de la doctrina se distinguen dos tipos de dignidad, aquella que es intrínseca, y la que es de carácter extrínseca: La dignidad intrínseca u ontológica es aquella que se considera universal y común a todas las personas, es inherente e inalienable al ser humano; mientras que la dignidad extrínseca o moral, a pesar de tener su fundamento en la dignidad ontológica, necesita ser reconocida, es decir que es ganada a través de la interacción social (Errasti et al., 2014, pp. 244-245).

Para efectos de este ensayo, se tomará a la dignidad en su acepción ontológica. Michelini en su artículo *Dignidad humana en Kant y Habermas* señala que Kant concibe la dignidad como "un valor intrínseco de la persona moral, la cual no admite equivalentes" (Kant citado en Michelini, 2010, p. 42) Es decir, la dignidad es innata y propia del ser humano, y al hablar de persona moral se distingue al ser humano del resto de animales.

La bioética gira en torno a cuatro principios: el principio de beneficencia; no maleficencia; justicia; y autonomía (Biondo et al., 2009, p. 2). Estos principios sirven como una guía para el actuar de los profesionales, y es el principio de autonomía uno de los más importantes para este ensayo.

Ossorio, en su *Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales*, define la autonomía de la siguiente manera: "[c]ondición del individuo que de nadie

depende en ciertos aspectos” (Ossorio, s.f., p. 98). Es decir que la autonomía se refiere a aquellas acciones o decisiones que una persona realiza sin influencia externa, haciendo uso de su propio razonamiento y conciencia. Según Beauchamp y Childress existen dos elementos importantes que componen a la autonomía, por un lado, la libertad, que es la independencia de influencias que puedan controlar las decisiones de una persona; y, por otro lado, la agencia, entendida esta como la capacidad para actuar intencionalmente (Beauchamp y Childress citado en Siurana, 2006, p. 225).

Entonces, se puede decir que la autonomía en derecho se asimila a la capacidad legal. La definición de capacidad legal se encuentra en el inciso 2 del artículo 1461 del Código Civil como “el poder de una persona para obligarse por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra” (Código Civil, 2005, art. 1461). En el mismo cuerpo legal se determina que toda persona es capaz, excepto aquellas que la ley declara como incapaces. Los incapaces se dividen en dos grandes grupos: por un lado, incapaces relativos son aquellos cuyos actos surten efectos jurídicos bajo ciertas circunstancias; por otro lado, incapaces absolutos son las personas cuyos actos no surten efecto jurídico alguno.

Siurana distingue la autonomía de la capacidad. La autonomía es una aptitud de autogobierno, mientras que la capacidad es la aptitud para realizar una tarea. La autora dice que la capacidad “[m]arca el grado de autonomía que se le requiere a un paciente para considerar ética y legalmente respetables sus decisiones” (Siurana, 2006, p. 229). Es decir, la autonomía viene dada en grados, y se relaciona directamente con el tipo de decisiones que la persona deba tomar, en otras palabras, una persona puede estar capacitada o no para tomar determinadas decisiones.

Una de las teorías utilizada como modelo por la Bioética para medir el grado de capacidad de un paciente viene dada por J. Drane, y se denomina ‘escala móvil’ ya que depende de una serie de condiciones. La escala móvil tiene tres niveles, determinados en función del riesgo y consecuencias de las decisiones que tomará el paciente: 1. Conciencia de la situación y asentimiento sobre las opciones propuestas al paciente; 2. Comprensión de la situación y tratamiento

médicos y capacidad de elección basada en expectativas; y, 3. Comprensión de la enfermedad y tratamiento, y decisión racional basada en consideraciones relevantes como creencias y valores morales (Drane citado en Vidal, 1999, p.8). Esta escala permite evaluar el nivel del estado mental del paciente, y sirve para determinar la capacidad o incapacidad para tomar ciertas decisiones pertenecientes a cada nivel.

Finalmente, el vínculo existente entre la dignidad humana y la autonomía del paciente fue dictada por Kant, quien considera que la autonomía es el fundamento de la dignidad humana (Kant citado en Michelini, 2010, p. 44). Aquel vínculo se evidencia con las decisiones que el paciente toma sobre sí mismo, teniendo en cuenta aquello que le es favorable y aquello que no lo es. Respetar las decisiones del paciente es también respetar su dignidad, es un límite para evitar que la medicina y la biotecnología tomen direcciones torcidas. El respeto a la dignidad comprende que, si bien cada ser humano es igual por naturaleza, también dentro de ese universo, cada ser humano es único.

2. Configuración del derecho a la muerte digna

Este capítulo desarrolla la conformación del derecho a morir a partir de los límites a la disposición de la vida humana. Después se estudiarán los límites al esfuerzo terapéutico en casos incurables e irreversibles. Finalmente se hablará de manera más profunda sobre la ortotanasia y los cuidados paliativos como una solución a la distanasia y una manera de ejercer el derecho a la muerte digna.

2.1. Límites a la disposición de la vida humana

Para comprender de mejor modo los límites a la disposición a la vida humana, primero se debe determinar en qué consiste la vida. La vida, como bien lo explica Flores, va más allá del hecho biológico, de la simple existencia, comprende también el sentido que se le da a esta, partiendo del cumplimiento de necesidades de índole natural y social (Flores, s.f., p.143). La vida es un bien jurídico objeto de protección Constitucional en nuestro país; entonces, al hablar de vida, nos referimos a un derecho fundamental del que se desprenden otros varios, como el derecho al agua, a la alimentación y el derecho a la salud, entre

otros, todos estos dirigidos a preservar la vida humana y la calidad de vida de las personas.

Afanador menciona que la defensa a la integridad física, psíquica y moral de las personas constituyen elementos esenciales para permitir al ser humano su existencia (Afanador, 2002, p. 93). Dicho esto, es preciso definir qué es la integridad: la palabra *integridad* proviene del griego *integer* que significa totalidad, entereza o unidad, intacto, entero o no alcanzado por el mal (Gómez, 2012, p. 124). Es decir que, al hablar de integridad personal, se hace referencia al bienestar de la persona en el sentido tanto físico y psíquico como moral. A continuación, se explicará en qué consiste cada aspecto de la integridad humana.

- Integridad física es referente a la preservación de todo el cuerpo humano, es decir, tejidos, partes y órganos del cuerpo. Se incluye también la salud de las personas, tanto mental como psíquica (Galindo, 2009, p. 117).
- Integridad psíquica es la protección de la psiquis del ser humano. La psiquis abarca aspectos cerebrales como la razón, la memoria, el entendimiento, la voluntad entre otros; es decir, que la integridad psíquica comprende el pleno uso de las facultades mentales de un individuo (Huertas et al., 2007, p. 159)
- Integridad moral se relaciona con el aspecto anímico, la intimidad de la persona y con la prohibición de degradar y humillar al ser humano; es un aspecto separado de la integridad física, pero componente esencial de la integridad psíquica (Pérez, 2004, p. 31).

En concordancia con lo establecido en líneas anteriores, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 5 menciona que ninguna persona será sometida a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes (Declaración Universal de Derechos Humanos [DUDH], 1948, art. 5). Dicho de otra manera, en el referido instrumento se prevé la protección contra atentados a la integridad personal.

La Constitución de la República del Ecuador en el artículo 66, numeral 1, establece que se reconoce a todas las personas el derecho a la inviolabilidad de la vida, sumando a esto, en el mismo artículo se reconoce también los derechos que hacen posible el ejercicio de una vida digna, como la alimentación, educación, bienestar físico, empleo, por mencionar algunos (CRE, 2008, art. 66). Entonces, es acertado decir que el derecho a la vida y la calidad de vida guardan un vínculo muy estrecho, es por eso que la Organización Mundial de la Salud ha determinado las condiciones que hacen posible el desarrollo personal, basadas en la calidad de vida:

“a) Un entorno físico de calidad, que incluye calidad de vivienda, disponibilidad de transporte y comunicaciones, salubridad pública etc; b) Un ecosistema ambiental que posibilite un desarrollo sostenible a largo plazo; c) Una comunidad sólida con interacciones sociales y sentimiento de grupo; d) Un alto grado de participación y control de las personas y los grupos en las decisiones que afectan a su propia vida y bienestar. Con otras palabras, una participación democrática a todos los niveles; e) Una satisfacción de las necesidades básicas (alimentos, vivienda, trabajo, propiedades personales, seguridad, etc.); f) Un acceso a experiencias y recursos del entorno físico y sociocultural: educación, cultura, ocio, etc; g) Una vinculación con el pasado cultural de la comunidad y de otras sociedades; h) Un nivel óptimo de salud pública, accesible para todos” (García, s.f., p. 15).

Como conclusión a lo referente al derecho a la vida, se puede decir que es una combinación de varios factores; Por un lado, es necesario proteger la integridad personal en su acepción física, psíquica y moral; por otro lado, también es indispensable dotar a la persona de aquellas condiciones que hacen posible el ejercicio de una buena calidad de vida.

Una vez esclarecido el derecho a la vida cabe la siguiente pregunta, ¿está el ser humano obligado a vivir? Para responder esta incógnita es necesario determinar en qué consiste un derecho, y en qué consiste un deber. Conceptualizados

jurídicamente. Lastra en su artículo *Conceptos jurídicos fundamentales* define de qué se tratan ambos términos:

- Un derecho es la facultad que se tiene sobre una determinada cosa o sobre la conducta de una persona;
- Un deber consiste en la obligación jurídica que tiene el individuo de comportarse de cierta manera, el faltar a esta obligación constituye una sanción establecida en la ley (Lastra, 1998, pp. 404-407).

En conclusión, de la definición que se ha dado, se puede destacar que un derecho es de carácter facultativo, mientras que un deber se refiere a una obligación. Entonces, respondiendo a la pregunta formulada en párrafos anteriores, la vida es un derecho, ya que nadie puede obligar a una persona a continuar con su vida. No obstante, la vida se vuelve un deber para aquellos que están encargados de mantenerla, en este caso, los médicos. Por lo tanto, las personas no tienen la obligación de vivir, pero tienen la obligación de respetar la vida de terceros.

Finalmente queda por determinar en qué casos puede el médico disponer de una vida ajena. Vivanco habla sobre la posibilidad de disponer de una vida cuando ésta es indigna, la característica de indignidad se da a aquellos pacientes que han perdido su autonomía, y por lo tanto son incapaces de expresar sus decisiones a terceros, concretamente, al médico. La autora señala que la calidad de vida va de la mano con una vida digna, porque comprende el plan de vida que la persona ha proyectado para consigo misma, y dentro del cual se debe excluir al dolor como un componente de la calidad de vida (Vivanco, 2013, p. 345). No obstante, las condiciones que determinan la calidad de vida de una persona son netamente subjetivos, razón por la que no se puede tomar el elemento de 'indignidad' como un eje para decidir sobre la vida de un paciente.

De esta manera, la regla general es que ninguna vida humana es disponible por un tercero, salvo ciertas excepciones, como la legítima defensa. Sin embargo, después de lo expuesto, es claro que una persona puede disponer sobre la vida propia de distintas maneras. En el ámbito medicinal se puede hacer mediante el

rechazo a tratamientos, incluso si estos son de orden vital, o en el ámbito personal mediante el suicidio. Entonces es evidente que el límite a la disposición de la vida viene dado por la autonomía del paciente, por su poder de decisión sobre su vida, ya que no existe un deber jurídico de vivir.

2.2. La limitación al esfuerzo terapéutico

Los constantes avances tecnológicos y los conocimientos en medicina, han llevado a los profesionales de la salud a la posibilidad de alargar la vida de sus pacientes terminales, sobre todo aquellos que se encuentran en cuidados intensivos. Es por eso que se ha generado un debate para poder determinar las circunstancias en las que se debería o no aplicar determinado tratamiento en los enfermos, o en su defecto, retirar uno que ya esté siendo aplicado; esto es lo que se conoce como *limitación al esfuerzo terapéutico* (LET).

Existen dos posiciones frente a la LET: la primera sostiene que la vida debe ser preservada, independientemente de la condición médica que atañe a la persona; la segunda postura establece que se deberían aplicar tratamientos menos agresivos a aquellas personas que están próximos a la muerte (Almeida, 2013, p. 11). Para efectos del desarrollo de este apartado, se tomará la segunda postura para poder determinar aquellos casos en los que es aceptable la limitación al esfuerzo terapéutico.

El objetivo principal de la LET es evitar que el paciente sea objeto de obstinación terapéutica o de prácticas distanásicas, de manera que existen ciertos autores consideran a estos límites más bien como un estándar de calidad (Bonilla, 2010, p. 51); es decir que, aunque el esfuerzo se ve limitado, no cesa del todo.

Hay distintos criterios que se aplican para poder determinar la limitación del actuar de los médicos, que se explicarán a continuación:

- Voluntad del paciente. Como se mencionó en el apartado 1.3 de este ensayo, la autonomía del paciente y la voluntad son fundamentales. La voluntad se puede expresar en el mismo momento de recibir o rechazar el tratamiento, dependiendo el estado de conciencia del enfermo; o bien, se puede recurrir a las voluntades anticipadas, o, en el caso de nuestra

legislación, a las 'decisiones anticipadas'. En caso de que el paciente sea incompetente para dar a conocer su voluntad, esta se deberá realizar por medio de un representante, quien tomará la decisión observando siempre la preservación de la vida y salud del paciente, la libertad de elección, y la evasión de prácticas distanásicas (Bonilla, 2010, p. 62).

- Calidad de vida. Este criterio se basa principalmente en el cumplimiento de uno de los objetivos más importantes de la medicina: el beneficiar la vida del paciente. Tal como se explicó en el apartado anterior, la calidad de vida se relaciona directamente con la autonomía del paciente. Por lo tanto, si después de recibir determinado tratamiento, la calidad de vida del paciente a futuro se ve afectada, será considerado como un criterio para la aplicación de la LET. (Medina, 2010, p. 11).
- Mejor interés del paciente. El mejor interés del paciente viene a ser parte del criterio de voluntad del paciente. Cuando un paciente es incapaz de expresar su voluntad, su representante será el encargado de decidir sobre sus tratamientos, teniendo en cuenta el riesgo-beneficio a corto y mediano plazo, y la calidad y cantidad de vida de su representado. (Simón et al., 2014, p. 30).
- Inutilidad del tratamiento. Lazzuri et al. clasifican a los tratamientos en cuatro categorías, de los cuales solamente el primero es considerado inútil, fútil, o ineficaz; mientras que los tres restantes son considerados como inadmisibles:
 - i. Tratamiento sin efecto fisiológico beneficioso;
 - ii. Tratamiento que es extremadamente improbable que sea beneficioso;
 - iii. Tratamiento con efecto beneficioso, pero demasiado costoso;
 - iv. Tratamiento con beneficio incierto (Lazzuri et al., 2007, p.1).
- Incertidumbre en el pronóstico. En el caso de que exista duda sobre los resultados que la aplicación de determinado tratamiento tendrá sobre un paciente con respecto a su situación, el médico se abstendrá de emplear el tratamiento. No obstante, se reserva la posibilidad de aplicarlo con posterioridad (Vieira, 2014, p. 14).

- Optimización de recursos. Se refiere a la decisión de no aplicar determinadas tecnologías en un paciente cuya probabilidad de mejora es muy baja, lo que lleva a aplicación de la misma tecnología (recursos) en pacientes más necesitados (Grupo de trabajo bioética UCIs HPC, s.f., p. 6).

Finalmente queda hablar acerca de los modos de aplicación de los LET, y son los siguientes:

- a) No inicio de un tratamiento. Conocido como *withhold* en la doctrina norteamericana, esta actuación incluye la no reanimación, no inicio de cuidados intensivos, no intervención quirúrgica, y el no inicio de nuevos tratamientos (Valenzuela et al., 2013, p. 23)
- b) Retiro de un tratamiento. También conocido como *withdrawn*, se refiere a la retirada de tratamientos que son extraordinarios en relación con la condición del paciente (Medina, 2010, p. 10).
- c) Orden de no reanimación. Se establece la orden de no reanimación cuando su efecto puede ser nulo o poco beneficioso para el paciente, en relación con las circunstancias y estado de éste (Vieira, 2014, p. 6).

En conclusión, como se dijo al principio de este apartado, el principal objetivo de la limitación al esfuerzo terapéutico es evitar el encarnizamiento terapéutico del paciente, razón por la cual se toma en cuenta varios criterios, siendo la voluntad del paciente el más importante de ellos. Los límites al esfuerzo terapéutico tienen como eje central los cuatro principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia; en observancia de estos principios se puede velar por aquello que resulta más favorable al enfermo.

2.3. Ortotanasia y cuidados paliativos

La ortotanasia es el término utilizado para referirse a una buena muerte, como se ha mencionado en el primer capítulo de este ensayo, la ortotanasia no pretende alargar la vida ni adelantar la muerte, sino que su finalidad va dirigida a ayudar al paciente a aceptar la llegada de su muerte. En otras palabras, es el correcto accionar frente a un paciente que está próximo a la muerte (Amenós et

al., 1993, p. 1). La ortotanasia se relaciona con los cuidados paliativos de manera directa, puesto que estos últimos pretenden el alivio del dolor del paciente que está próximo a la muerte, acompañado de una serie de atenciones con miras a mejorar su calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 definió a los cuidados paliativos de la siguiente manera:

“cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos” (OMS citada en del Río et al., 2007, p. 16).

El precedente a los cuidados paliativos, según Twycross, son los Hospicios medievales de finales del siglo XIX, donde gracias a los avances de la ciencia, los médicos fueron capaces de tratar enfermedades antes catalogadas como incurables; sin embargo, la muerte era algo con lo que la gente de la época estaba familiarizada, y era parte de su día a día (Twycross citado en Montes de Oca, 2006, p. 3). A pesar de que en ese período la medicina tuvo una gran evolución, los moribundos en ese entonces ya no revestían importancia para los médicos, ya que su diagnóstico era irreversible. Los Hospicios de Dublín y de Francia eran utilizados como refugio para viajeros que estaban cansados o enfermos, y tenían un carácter caritativo, más que curativo ya que se enfocaban sobretodo en proporcionar ayuda espiritual a estos huéspedes. (Mertehikian, s.f., p. 7).

La palabra *Hospice* ha sido utilizada de diferentes maneras: para hacer referencia al lugar de los peregrinos, para señalar el cuidado de los pobres y enfermos, entre otras; no obstante, la primera vez que se utilizó el término para hacer alusión al cuidado de los moribundos fue en 1842 en Francia (Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL], 1998, p.5).

La importancia de los hospicios radica en que fue un movimiento que se expandió poco a poco por todo el mundo, y se dedicaba principalmente a la atención a aquellas personas que estaban próximas a la muerte, brindándoles asistencia tanto médica como espiritual.

Finalmente, el término 'cuidados paliativos' se empleó de manera sustitutiva al término *Hospice* por el Hospital Royal Victoria de Canadá en 1977 para hacer mención a todo tipo de programas destinados a paliar el sufrimiento en los enfermos (Sanz, 1999, p. 48).

La expresión 'cuidados paliativos' se compone de dos palabras; por un lado, *cuidar* que se deriva del latín *cogitare* cuyo significado es pensar sobre preocupación de un problema pasado; por otro lado, *paliativo* proviene del latín *palliatum* que denota una acción de encubrir y disimular (Gómez, 2014, p.6), es decir, que los cuidados paliativos se refieren a la mitigación de la molestia en un enfermo, que no tiene la finalidad de curar una enfermedad.

Los cuidados paliativos se dirigen al acrecentamiento de la calidad de vida del paciente y ayuda a la familia del enfermo a aceptar el advenimiento de la muerte, su enfoque se centra en el aspecto tanto físico, como psíquico y espiritual. Según Sepúlveda (s.f., p. 348), los cuidados paliativos cumplen varias funciones:

- Proporcionar alivio al dolor del paciente;
- afirmación de la vida y aceptación de la muerte como un hecho natural;
- no adelanta ni retrasa la muerte;
- atención psicológica y espiritual al enfermo;
- sistema de apoyo para una vida activa del paciente;
- sistema de apoyo para las familias (sobrellevar la enfermedad y la posterior muerte);
- mejorar la calidad de vida del paciente; y,
- puede aplicarse al inicio de la enfermedad, acompañado de otros tratamientos.

Todas aquellas funciones descritas por Sepúlveda van de la mano con los derechos fundamentales de las personas, entre ellos: Derecho a la salud, a la no

discriminación, a la autonomía, a la información adecuada y oportuna, a la confidencialidad, a la integridad personal, a la muerte digna (Quesada, 2008, pp. 40-41). Además, también se relacionan con los principios bioéticos reconocidos en la Constitución en el artículo 358.

Por último, existen otros derechos que no están contenidos en un marco legal, sin embargo, son derechos que atañen especialmente a los enfermos terminales dentro de la doctrina; el paciente tiene derecho a:

- a)** ser tratado como un ser humano hasta el fin de su vida;
- b)** aplicación de los medios necesarios para combatir el dolor;
- c)** morir en paz y con dignidad;
- d)** mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado por el hecho de que sus decisiones puedan ser distintas a quienes les atienden;
- e)** participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar;
- f)** mantener y expresar su fe;
- g)** recibir una atención personalizada y confidencial;
- h)** recibir el consuelo de la familia y amigos que desee le acompañen, a lo largo de su enfermedad y en el momento de la muerte; y,
- i)** ser tratado por profesionales competentes y capacitados para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentar su muerte (Morales, 2011, pp. 263-275).

En la legislación ecuatoriana existen tres instrumentos dirigidos a los cuidados paliativos, se trata de guías que, a pesar de no tener carácter obligatorio, sientan lineamientos e información tanto para los profesionales de la salud, como para el ciudadano para poder llevar de una manera correcta los cuidados paliativos. Los documentos son los siguientes: la Norma de Atención de Cuidados Paliativos, el Plan Nacional de Cuidados Paliativos; la Guía de Cuidados Paliativos para el Ciudadano, y, Guía De Práctica Clínica de Cuidados Paliativos.

A modo de conclusión, los cuidados paliativos están destinados a ayudar tanto al paciente terminal en etapa final de vida, como a sus familiares a sobrellevar el

deceso del enfermo, mediante asistencia física, psíquica, emocional y espiritual. Esta práctica se relaciona con la ortotanasia ya que pretende aliviar los dolores del paciente sin necesidad de alargar su vida, ni retrasar su muerte. Además, los cuidados paliativos tienen estrecha relación con el respeto a los derechos fundamentales de las personas, y con los derechos de los enfermos terminales; y por dichas razones, considero que los cuidados paliativos constituyen la mejor opción a implementar a aquellos pacientes que se encuentran en la etapa final de sus vidas.

3. La muerte en Ecuador

A lo largo de éste capítulo se explicará cómo se puede llegar a configurar el derecho a la muerte digna en Ecuador, se empezará por un breve detalle sobre el Estado Constitucional de derechos y su principal característica: la dignidad, que como ya se ha visto antes, es un elemento inherente al ser humano. Más adelante se hablará sobre el consentimiento informado y su regulación en nuestro país. Por último, es necesario hacer alusión a la toma de decisiones del paciente terminal, y explicar quiénes participan de éste proceso.

3.1. La dignidad como característica principal del Estado Constitucional de derechos y justicia

En el año 2008 el Ecuador pasó de ser un Estado de derecho o legal, a ser un Estado Constitucional de derechos y justicia. Esta última característica está determinada en el artículo 1 de la Constitución de la Republica, junto a los elementos de democracia, independencia, soberanía, interculturalidad, plurinacionalidad y laicismo (CRE, 2008, art. 1). Para comprender de mejor manera cuál es la importancia de este cambio, se explicará a continuación qué se entiende por Estado, y qué modelos de Estado son los que predominan.

En la actualidad el Estado se concibe como la combinación de una población en un determinado territorio que goza de soberanía frente a otros estados, y que se encuentra representada por un gobierno que es el encargado de la toma de decisiones. A continuación, se explica los modelos de Estado.

- Estado absoluto. En este modelo, existe una autoridad que es la encargada de determinar las normas y otorgar poderes; los ciudadanos

no son más que súbditos, y no gozan de derechos, sino más bien de privilegios otorgados por la autoridad que generalmente es un monarca o un rey. En el Estado absolutista es el rey quien impone sus propios límites. Hay tres países que se destacaron por la aplicación del modelo absoluto: Francia, España e Inglaterra (Jarrillo, 2005, p. 1-2).

- Estado de derecho. Consiste en la sujeción del Estado al derecho; es decir, que los poderes y actividades del Estado vienen dictados por la ley. Surge a finales del siglo XVIII como una respuesta al absolutismo, y los abusos cometidos por las monarquías, de manera que se vio en el Derecho una manera de imponer límites a la autoridad. Mediante la ley se garantizó derechos de libertad, propiedad y seguridad a los ciudadanos (García, 2011, pp. 21-22).
- Estado Constitucional de derechos. A diferencia del Estado de derecho, el Estado Constitucional de derechos, sitúa por encima de cualquier norma jurídica a la Constitución. En otras palabras, en este modelo de Estado, se controla la constitucionalidad de las normas legales, mas no la legalidad de estas. Otra característica fundamental radica en que la norma suprema se rige por principios, y no por derechos como es un Estado de derecho. Es decir, la Constitución es la base de todo el sistema jurídico que rige en un Estado (Gil, s.f., pp. 5-10)

Ahora bien, una vez esclarecido el concepto de Estado, y algunas clasificaciones de este, podemos centrar este apartado en los elementos principales del Estado Constitucional de derechos y justicia. Las dos características fundamentales de este modelo de Estado, son, por un lado, la pluralidad jurídica; y por otro, la calidad garantista de derechos de que esta revestida.

La pluralidad jurídica sugiere que tanto los sistemas jurídicos como las fuentes del derecho están diversificadas. Según Ávila (2009, p. 786), la pluralidad jurídica comprende que:

- i. La autoridad que ejerce competencia constitucional crea normas con carácter de ley;

- ii. las instancias internacionales dictan sentencias que también son generales y obligatorias;
- iii. el ejecutivo emite políticas públicas que tienen fuerza de ley por ser actos administrativos con carácter general y obligatorio;
- iv. las comunidades indígenas tienen normas, procedimientos y soluciones a conflictos con carácter de sentencia; y,
- v. la moral tiene relevancia en la comprensión de textos jurídicos.

Por otro lado, la garantía de derechos se basa en el reconocimiento de aquellos derechos que son inherentes al ser humano por el puro hecho de ser tal, de esta manera queda claro que los derechos no se crean ni se quitan, sino que son reconocidos. Entonces, son los derechos los que pasan a imponer lineamientos para la creación de leyes (Jaramillo, 2011, p. 107).

Los derechos inherentes al ser humano son aquellos de los que una persona goza por el hecho de ser tal, se derivan de la premisa de que todo hombre es persona. La característica fundamental reconocida a las personas es la dignidad. Según Ávila, las fuentes de los derechos son tres: a) la Constitución; b) los instrumentos internacionales sobre derechos humanos; y, el más importante para este apartado, c) la dignidad humana (Ávila, 2008, p.62), el autor toma base en los postulados kantianos que establecen que ninguna persona deberá ser utilizada por otros como medio, ya que el ser humano es fin en sí mismo.

La Constitución de la República en su artículo 11, numeral 7 establece lo siguiente:

“El reconocimiento de los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, no excluirá los demás derechos derivados de la dignidad de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, que sean necesarios para su pleno desenvolvimiento” (CRE, 2008, art. 11).

Dentro del artículo citado se hace evidente que todos los derechos inherentes al ser humano se derivan de la dignidad de las personas; además que en este artículo se reconoce también la pluralidad jurídica de la que se habló con

anterioridad. Se deja claro que pueden existir derechos que no estén contemplados en ningún tipo de instrumento internacional, ni dentro del ordenamiento jurídico nacional, esto denota que los derechos que se reconocen no son de carácter taxativo.

En artículos siguientes de la Constitución se habla también de la dignidad de los trabajadores (art. 33); dignidad de los niños, niñas y adolescentes (art. 45); de las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas (art. 57, # 21). Asimismo, se establece que Fuerzas Armadas y la Policía Nacional no podrán atentar contra la dignidad de las personas (art. 158); y finalmente se habla de la obligación tanto de la Asamblea Nacional (art. 84) como del Estado en general (art. 408) de velar por el cumplimiento de las condiciones que garanticen una calidad de vida efectiva a las personas.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece en su preámbulo que: “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” (DUDH, 148). Dentro de este texto se puede, asimismo, evidenciar como se reconoce a la dignidad como pilar fundamental del cual emanan otros derechos. Además, al darle la calidad de intrínseca se reconoce también el carácter inherente de esta al ser humano. En concordancia con lo mencionado, en el artículo 1 del mismo instrumento se establece que todos los seres humanos nacen iguales en libertad y dignidad.

En conclusión, la Constitución y la Declaración Universal de Derechos Humanos no son los únicos instrumentos que hablan sobre dignidad humana, pero considero que son los más relevantes. A lo largo de este apartado se ha podido determinar en qué consiste el modelo de Estado bajo el cual se rige el Ecuador, siendo este un modelo que reconoce el pluralismo jurídico, y la garantía de los derechos fundamentales de los seres humanos. Dichas características se reafirman a lo largo de la Constitución y los distintos instrumentos internacionales.

Queda recalcar que el principal fundamento de los derechos viene dado por la dignidad humana, cualidad inherente al ser humano de la que se derivan una larga serie de derechos que ayudan a complementarla.

No obstante lo expuesto en este apartado, es importante señalar que el Estado ecuatoriano no reconoce en su legislación el derecho a una muerte digna de manera explícita y formal. Por esta razón el objeto de éste ensayo ha sido ampliar el concepto de dignidad, reconocida tanto en la Constitución como en los distintos instrumentos internacionales. Sin embargo, el hecho de que el derecho a la muerte digna no se manifieste en la legislación ecuatoriana, causa que su exigencia y ejercicio se vea obstaculizado, y consecuentemente ocasiona que los pacientes estén propensos a ser víctimas de prácticas distanásicas. Por los motivos expuestos, en las siguientes secciones de este ensayo se plantean alternativas que ayuden a efectivizar el derecho a la muerte digna, aun de manera indirecta.

3.2. Utilización del consentimiento informado como una manera de ejercer el derecho a la muerte digna

El consentimiento informado es un derecho de los pacientes y una exigencia médica; consiste en la participación de los pacientes en la toma de decisiones, tema que antes estaba sujeto estrictamente al criterio del médico (Sánchez, 1996, p. 2). Con el uso del consentimiento informado se pretende que el paciente tenga conocimiento de aquellas intervenciones a las que el médico busca someterlo, incluye especificaciones de los riesgos, beneficios, y un breve detalle del procedimiento que se aplicará, entre otros requisitos que se analizarán más adelante.

El surgimiento del consentimiento informado se da entre los años 1945 y 1972, antes de los cuales la omisión del consentimiento informado se catalogaba como negligencia por los tribunales; posteriormente se utilizó la coacción sobre el paciente para someterlos a tratamientos involuntarios (Cecchetto, 2001, pp. 8-9).

Existen autores que determinan que el periodo anterior al uso del consentimiento informado se caracterizó por ser de naturaleza paternalista. Es decir, el médico

se vale de criterios objetivos, gracias a los cuales recaba información que inducen al paciente a consentir la intervención que el médico ha considerado como la mejor; en otras palabras, el médico actúa como tutor del paciente (Emanuel et al., s.f., p. 110).

Posteriormente, los pacientes comenzaron a exigir que su opinión sea escuchada, y se originó el reconocimiento de las personas como “sujetos morales, autónomos, individuales, con capacidad de decidir y tomar cualquier decisión con respecto a todo aquello que le produjera una agresión importante” (Racines et al., 2012, p. 17), los pacientes exigen respeto, exigen participación en la toma de decisiones que tienen repercusión en su salud, es por eso que se pasa de un modelo paternalista a uno en el que prima la autonomía del paciente.

La primera vez que se utilizó el término ‘consentimiento informado’ fue en 1957 en el caso *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Broad of Trustees* en California. El problema central de este caso fue la denuncia del paciente que sostenía que no se le había informado sobre los riesgos que determinada intervención quirúrgica tendría sobre su salud; es entonces, cuando en la sentencia se utiliza el término señalado para referirse a la información adecuada que se debe proporcionar al paciente (Comité de Bioética y Derecho Sanitario El Consentimiento Informado de ASISA, 2010, pp. 19-20).

Este caso sienta un precedente para la medicina en países como España, y en general en la Unión Europea, ya que, a raíz de ello, en 1976 se convocó a los Estados miembro de la UE para que todos los pacientes contaran con la debida información respecto de intervenciones médicas (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2008, p. 1).

Con los antecedentes expuestos, se puede pasar a hablar del contenido propio del consentimiento informado. Existen cuatro elementos fundamentales con los que debe contar este instrumento:

- Información. En el consentimiento informado se debe incluir el detalle de la intervención, esto abarca beneficios, alternativas, criterios utilizados por el médico, riesgos, efectos secundarios, incluso de debe incorporar la

posibilidad de ampliar la información, y la del cambio de decisión una vez que ya ha sido tomada (Documento de las Comisiones Promotoras de los Comités de Ética Asistencial del País Vasco, s.f., p. 22).

- Voluntariedad. El consentimiento que el paciente otorgue debe ser de manera libre y voluntaria, esto es, sin coerción o influencias externas, sin la existencia de error, fuerza o dolo (Morales, 2016, p. 27).
- Capacidad. El paciente debe ser capaz de comprender las explicaciones del médico, para elegir con madurez y libertad. En este caso, existen tres tipos de pacientes: los mayores de edad y capaces; los que padecen de trastornos mentales; y, los menores de edad; para el caso de los dos últimos, por regla general, se necesitará de un representante legal que pueda firmar el documento (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, s.f., pp. 6-10).
- Comprensión. Este elemento se relaciona directamente con la capacidad del paciente para asimilar la información que recibe (García, s.f., p. 12).

Según Marcos del Cano, el consentimiento informado es el documento que rige las relaciones médico-paciente, de manera que este instrumento se ha convertido en una exigencia y un deber para el médico (Marcos del Cano, 2001, pp. 491-497). Es decir, que el consentimiento informado deberá, según la autora, aplicarse de la manera más generalizada posible, tratando de incluir incluso a aquellos pacientes considerados como incapaces.

En la legislación ecuatoriana, según el acuerdo ministerial 5316, Modelo de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, de ahora en adelante MACIPA, se establece que el principal objetivo del consentimiento informado es asegurar el derecho de los pacientes a mantenerse informados con el fin de que puedan tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo y salud (Modelo de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial [MACIPA], 2016). En el mismo documento se establecen los casos en los que se deberá constar con el consentimiento informado escrito:

Intervenciones quirúrgicas de riesgo mayor; exámenes radiológicos que se efectúen bajo anestesia y los que requieran el uso de medios de contraste;

radioterapia y quimioterapia; procedimientos endoscópicos; procedimientos de reproducción asistida; biopsias; pruebas de VIH; en los casos de donantes vivos y trasplante de órganos el consentimiento deberá ser escrito y notariado; transfusiones de sangre (excepto en casos de emergencia o urgencia) (MACIPA, 2016).

El acuerdo establece claramente cuáles son los casos en los que se deberá utilizar el instrumento al que se refiere este apartado; sin embargo, deja abierto un amplio campo al determinar que aquellos casos que impliquen un riesgo mayor también deberán contar con consentimiento informado escrito. Los criterios se basan en la incertidumbre del riesgo-beneficio, y en el nivel experimental que el procedimiento tenga.

Finalmente, los requisitos establecidos en el Modelo de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial son los siguientes:

- Datos generales
- Descripción del procedimiento
- Beneficios y riesgos
- Alternativas al procedimiento
- Descripción del manejo posterior al procedimiento
- Consecuencias posibles en caso de no realizar el tratamiento
- Declaración de consentimiento informado
- Negativa del consentimiento informado
- Revocatoria del consentimiento informado

En el anexo 1 se mostrará un modelo de consentimiento informado elaborado por el Ministerio de Salud Pública denominado formulario 024, que cuenta con los requisitos que se han detallado en el párrafo anterior.

Para concluir, se ha relacionado el consentimiento con el derecho a la muerte digna, ya que mediante éste instrumento se expresa la voluntad del paciente de participar o no de determinado tratamiento o procedimiento, con el previo conocimiento de las repercusiones tanto positivas como negativas que su decisión tenga sobre su salud.

3.3. El proceso de toma de decisiones: participación de pacientes, doctores y familiares

La toma de decisiones de aquellos pacientes que se encuentran en final de sus días va de la mano con tres de los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia y beneficencia. En el capítulo I de este ensayo se ha hablado ya del principio de autonomía, por lo que en este apartado se desarrollará brevemente los dos principios restantes:

- Principio de no maleficencia. Este principio consiste en una obligación de no causar daños a terceros de manera intencional. Este principio se encuentra contenido en el juramento Hipocrático cuando señala que “en cuanto pueda y sepa (...) apartaré de ellos [los enfermos] todo daño e injusticia” (Asociación Médica Mundial, 1948, p. 1). En breves palabras, el principio de no maleficencia solicita no dañar, lo cual se recoge en las siguientes reglas: “1. No mate. 2. No cause dolor o sufrimiento a otros. 3. No incapacite a otros. 4. No ofenda a otros. 5. No prive a otros de aquello que aprecian en la vida” (Siurana, 2010, p. 125).
- Principio de beneficencia. Si bien existen algunos autores que consideran que este principio y el de no maleficencia son uno solo, existe una gran diferencia entre no dañar a otros y beneficiar a otros. La beneficencia hace referencia a una obligación de realizar el bien; en medicina este principio se refleja al maximizar beneficios y minimizar los riesgos. Según Beauchamp y Childress, las reglas específicas a este principio son “proteger y defender los derechos de los otros; prevenir el daño causado por otros; retirar las condiciones que puedan causar daños a otros; ayudar a personas con discapacidades y auxiliar a personas en peligro” (Beauchamp y Childress citados en Escobar et al., p. 94).

El proceso de la toma de decisiones se vincula, asimismo, con los límites al esfuerzo terapéutico, y más específicamente con la inutilidad de un tratamiento o la desproporcionalidad de este en relación con la expectativa de mejora del paciente.

En este proceso se presenta una etapa llamada ‘conflicto decisional’, que significa la muestra de incertidumbre ante alternativas que representan riesgos,

pérdidas o choque con los valores del paciente (Mendoza et al., 2004, p. 88). Es evidente que el paciente presentará signos de indecisión cuando las opciones que se han mostrado no transmiten certeza sobre los efectos de determinados tratamientos, o, cuando aun haciéndolo, esto implique beneficios pequeños en relación con el riesgo que se toma.

Los sujetos que intervienen en la toma de decisiones son:

- El paciente, representante legal, familiares y otros. Aquellos pacientes que sean capaces de tomar decisiones por si solos, podrán tener contacto directo con el médico y así obtener la información necesaria para cuidar su salud. Como se ha establecido en el capítulo I de este ensayo, existen dos tipos de incapaces: relativos y absolutos; los incapaces absolutos necesitarán de un representante legal que tome las decisiones por ellos basándose siempre en criterios de beneficencia a su representado. Por otro lado, para evaluar a los incapaces relativos se deberá aplicar determinadas pautas, como la utilización de la 'escala móvil' proporcionada por Drane para poder evaluar el estado mental del paciente y su capacidad o incapacidad para la toma de decisiones (Vidal, 1999, p. 8). Finalmente, los familiares juegan un papel importante en la toma de decisiones, ya que son estos quienes pueden hacer las veces de representantes legales; sin embargo, estos deberán actuar movidos por la búsqueda del mayor interés de su familiar enfermo;
- Los profesionales de la salud. En este campo se incluyen tanto los doctores, como el equipo médico; en este caso se incluye a varios profesionales de la salud, ya que las decisiones se toman de manera más compleja y no dependen solo del médico. Todos estos agentes deberán tomar en consideración la capacidad de entendimiento tanto del paciente como de la familia para, después de una deliberación, tomar la decisión que resulte más razonable y prudente (Beca, 2014, p. 195).

El Consejo de Europa (2014, pp. 26-31) ha determinado cuáles son las fases que se dan dentro de un proceso de toma de decisiones, las cuales se detallarán brevemente a continuación:

- i. El inicio del proceso. Es el inicio de una indicación médica seguida por la evaluación de los riesgos y beneficios;
- ii. Definición del problema. Consiste en aclarar dudas referentes a un problema planteado, seguido por el esclarecimiento de sus causas;
- iii. Desarrollo de una línea argumental. Puede darse de manera individual, cuando cada uno de los intervinientes desarrolla sus argumentos; o será de carácter colectivo cuando se trate de un debate de opiniones;
- iv. Toma de la decisión. La decisión puede ser tomada por el propio paciente de manera autónoma, o puede ser sometida a una discusión colectiva;
- v. Evaluación del proceso de toma de decisiones tras su aplicación. Permite a los médicos ganar experiencia y aplicar procedimientos similares en casos futuros.

Como conclusión, se ha visto que el proceso de toma de decisiones involucra tanto al paciente, como a su familia y todo el equipo médico que está a cargo.

El proceso debe basarse en los principios bioéticos de: autonomía, beneficencia y no maleficencia, de manera que se buscará siempre aquello que sea más provechoso y menos dañino para el paciente. El proceso para tomar una decisión debe seguir una estructura determinada, para de esta manera proporcionar la información pertinente al paciente y sus familiares o representante legal. Además, es muy importante la participación de todos los sujetos que se han mencionado, para proporcionar tanto información como apoyo al paciente. No se debe dejar de lado la autonomía del paciente que puede actuar por sí solo para la toma de decisiones, de manera que la determinación final corresponderá estrictamente al paciente.

CONCLUSIONES

A lo largo de este ensayo se ha podido establecer que la distanasia comprende la utilización de tratamientos y procesos inútiles en un paciente que no presenta una respuesta positiva, y por lo tanto se ocasiona el sufrimiento y detrimento de su calidad de vida. En los procesos distanásicos se ve envuelto el uso de tecnología con miras a prolongar la vida del enfermo terminal.

Se ha visto que la distanasia atenta contra la dignidad humana, que es una característica esencial e inherente al ser humano. La dignidad es un derecho fundamental de las personas, del cual se desprender otra serie de derechos que ayudan su pleno ejercicio, como el derecho a la alimentación, a la salud, a la educación, entre otros. La dignidad humana es una característica fundamental del Estado ecuatoriano, y no solo es reconocido en nuestra Constitución, sino que también se garantiza su ejercicio.

El principio bioético de autonomía juega un papel importante al momento de ejercer el derecho a la dignidad humana. La autonomía representa la capacidad de autogobierno de las personas, y la capacidad de decidir por sí mismas sin influencias externas, mediante el uso de su propia razón y estado de conciencia.

Al hablar sobre cuidados paliativos y ortotanasia ha sido necesario hacer la distinción con lo referente a eutanasia pasiva e indirecta, concluyendo que de ninguna manera estas dos últimas podrán ser consideradas modos de ortotanasia por cuanto buscan ocasionar la muerte en el paciente.

La ortotanasia siempre hará referencia a la búsqueda de una muerte digna, para lo cual se valdrá del uso de los cuidados paliativos que pretendan aliviar los dolores del paciente sin necesidad de alargar la vida o retrasar la muerte; mientras que, la eutanasia pasiva e indirecta adelantan la muerte del paciente ya sea por omisiones o por consecuencia del principio de doble efecto.

Por otro lado, en cuanto a los límites a la disposición de la vida humana se ha demostrado que aquellos vienen dados por la autonomía del paciente en relación con el derecho a la vida.

El derecho a la vida como una facultad susceptible de ser ejercida o no por su titular, mas no como una obligación de mantenerla por quien la encabeza.

La limitación al esfuerzo terapéutico consiste en la determinación del médico para aplicar o no determinado tratamiento, o retirar uno que ya está siendo suministrado. La determinación del médico se ve influenciada por varios criterios, de los cuales al más importante es la voluntad del paciente. El principal objetivo de la limitación al esfuerzo terapéutico es evitar dar paso al encarnizamiento terapéutico o distanasia, siempre en observancia de los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

En este ensayo se ha hablado sobre la utilización del consentimiento informado como una manera de ejercer el derecho a la muerte digna; doctrinariamente el instrumento ideal para lograr esto son las 'decisiones anticipadas', 'voluntades anticipadas' o 'testamento vital', sin embargo, ya que en la legislación ecuatoriana este tipo de documentos no están legalmente regulados y se desconoce cómo otorgarles valor jurídico, se ha decidido optar por el estudio del consentimiento informado. El consentimiento informado sirve para expresar la voluntad del paciente respecto a su participación o no de determinado tratamiento, en este documento se incluye información que ayudará al paciente a tener conocimiento sobre los beneficios, riesgos y resultados del procedimiento que se le pretende aplicar.

Por último, ha sido importante señalar la participación de los pacientes, familiares, y equipo médico en la toma de decisiones, así se velará siempre por el bienestar del paciente, buscando aquello que le produzca menos daños y más beneficios en relación con su condición médica.

REFERENCIAS

- Académica Filosófica de La Plata. (2001). *Eutanasia*. Recuperado de <http://www.acadfilosofica-lp.org.ar/images/sampled/llibros/eutanasia.pdf>
- Afanador, M. (2002). *El derecho a la integridad personal -elementos para su análisis-*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503008.pdf>
- Almeida, C. (2013). *Implementación de talleres en ética médica para la práctica de médicos residentes de neonatología del hospital San Bartolo*. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7274/3.41.001495.pdf?sequence=4>
- Amenós, J., & Mandingorra, J. (1993). *Ortotanasia: tratamiento vital y privilegio terapéutico*. Recuperado de <http://psicologoscatolicos.org/Documents/Ortotanasia.pdf>
- Ara, J. (s.f.). *Fundamentos éticos de las voluntades anticipadas: la perspectiva del enfermo en el hospital*. Recuperado de <http://www.institutodebioetica.org/casosbioetic/formacioncontinuada/testamentovital/jrara.pdf>
- Arroyo, L. (2015). *Aspectos jurídicos en torno a la eutanasia*. Recuperado de http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op_20150108_02.pdf
- Asociación Médica Mundial. (1948). *Juramento hipocrático*. Recuperado de <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf>
- Ávila, R. (2008). *Los principios de aplicación de los derechos*. Recuperado de http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/1_Constitucion_de_2008_en_el_contexto_andino.pdf
- Ávila, R. (2009). *Del Estado legal de derecho al Estado constitucional*. Recuperado de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r23550.pdf>
- Beca, J. (2014). *La toma de decisiones en ética clínica*. Recuperado de <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/La-Toma-de-decisiones-en-%C3%A9tica-cl%C3%ADnica.pdf>
- Biondo, C., Paes, M., & Dal Secco, L. (2009). *Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia*. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_03.pdf
- Bonilla, J. (2010). *Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en*

pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Recuperado de http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/2_BONILLA_LET_Ucis_Hospitales_Quito.pdf

Cecchetto, S. (2001). *Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5-6n2-1/art3.pdf>

Código Civil. (2005). Registro Oficial - Suplemento 46. actualizado a 22 de mayo de 2016. Recuperado de http://www.silec.com.ec/webtools/esilecpro/DocumentVisualizer/DocumentVisualizer.aspx?id=CIVIL-CODIGO_CIVIL&query=codigo%20civil#I_DXDataRow0

Código de ética médica. (1992). Registro Oficial 5 del 17 de agosto de 1992. Recuperado de http://www.silec.com.ec/webtools/esilecpro/DocumentVisualizer/DocumentVisualizer.aspx?id=SALUD-CODIGO_DE_ETICA_MEDICA#I_DXDataRow0

Comité de Bioética y Derecho Sanitario de ASISA. (2012). *El consentimiento informado*. Recuperado de https://www.asisa.es/Documentos/GestorDescargaPdf.aspx?nombreArchivo=Libro_CI_Web.pdf

Consejo de Europa. (2014). *Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida*. Recuperado de http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV%20esp.pdf

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. (s.f.). *En consentimiento informado en la práctica médica*. Recuperado de <http://www.icomem.es/verDocumento.ashx?Id=119>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). Recuperado de http://www.silec.com.ec/webtools/esilecpro/DocumentVisualizer/DocumentVisualizer.aspx?id=PUBLICO-CONSTITUCION_DE_LA_REPUBLICA_DEL_ECUADOR&query=Constituci%C3%B3n%20de%20la%20republica#I_DXDataRow0

Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

del Río, I., & Palma, A. (2007). *Cuidados paliativos: historia y desarrollo*. Recuperado de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

Documento de las comisiones promotoras de los comites de etica asistencial del pais Vasco. (s.f.). *La informacion y el consentimiento informado*.

- Recuperado de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil_legislacion/es_cbil/adjuntos/infor_cast.pdf
- Emmanuel, E., & Emmanuel, L. (s.f.). *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. Recuperado de http://rlillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20Emmanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf
- Errasti, B., Martínez, M., Carvajal, A., & Arantzamendi, M. (s.f.). *Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida*. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/243.pdf>
- Escobar, J., & Aristizábal, C. (2011). *Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189222553006.pdf>
- Flores, G. (s.f.). *El derecho a la protección de la vida e integridad física*. Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m56.pdf>
- Galindo, J. (2009). *Contenido del derecho a la integridad*. Recuperado de <http://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/viewFile/469/448>
- García, D. (2011). *Estado de derecho y principio de legalidad*. Recuperado de <http://cdhezac.org.mx/pdfbiblio/44.pdf>
- García, E. (s.f.). *Derechos Humanos y calidad de vida*. Recuperado de http://eprints.ucm.es/8606/1/DERECHOS_HUMANOS_Y_CALIDAD_DE_VIDA.pdf
- García, M. (s.f.). *La responsabilidad civil del médico en el Ecuador*. Recuperado de http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_responsabilidad_civil.pdf
- Garín, N. (2008). *Análisis de la eutanasia bajo la perspectiva pragmático utilitarista*. Recuperado de <http://tesis.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/4447/ANALISISEUTANAS.pdf?sequence=1>
- Gil, R. (s.f.). *El Estado constitucional de derecho y los derechos humanos*. Recuperado de <http://www.tfjfa.gob.mx/investigaciones/pdf/estadoconstitucionaldederechoylosderechoshumanos.pdf>
- Gómez, M. (2014). *La bioética en los cuidados paliativos*. Recuperado de <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5239/GomezGarciaM.pdf?sequence=1>
- Gómez, R. (2014). *Integridad*. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/83/123.pdf>

- Grupo de trabajo bioética UCIs HPC. (s.f.). *Limitación el esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos*. Recuperado de <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0452.pdf>
- Gutierrez, C. (2001). *La bioética ante la muerte*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>
- Hodelín, R. (2012). *El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales*. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vo_16_6_12/san15612.pdf
- Huertas, O., Barona, R., Mora, J., Doncel, L., Martínez, J., & Sanabria, J. (2007). *La vulneración del derecho a la integridad personal: el pero flagelo que puede sufrir un ser humano*. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/juicio/cont/6/cnt/cnt9.pdf>
- Islas, O. (s.f.). *Eutanasia*. Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m111.pdf>
- Jaramillo, M. (2011). *El nuevo modelo de Estado en el Ecuador: Del Estado de Derecho al Estado Constitucional de Derechos y Justicia*. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/668/1/99788.pdf>
- Jarrillo, J. (2005). *el Estado absoluto como primer estadio del Estado moderno*. Recuperado de <http://www.uax.es/publicacion/el-estado-absoluto-como-primer-estadio-del-estado-moderno.pdf>
- Lastra, J. (1998). *Conceptos jurídicos fundamentales*. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/116/25.pdf>
- Lazzuri, O., Uría, S., Bazán, M., Bella, M., Granero, R., Marchetti, M., . . . Vilarrodona, H. (2007). *Consideraciones sobre Limitación de esfuerzo terapéutico (L.E.T) en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba*. Recuperado de <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Trabajos Libres-Bioetica/18.%20Consideraciones%20LET.pdf>
- Lozano, A. (2008). *Teorías del Estado y del poder*. Recuperado de http://www.esap.edu.co/portal/wp-content/uploads/2015/08/2_teorias_del_estado_y_del_poder.pdf
- Maciá, R. (2008). *Eutanasia: concepto legal*. Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z14.pdf>
- Marcos del Cano, A. (2001). *La toma de decisiones al final de la vida: el testamento vital y las indicaciones previas*. Recuperado de <https://testamentovital.wikispaces.com/file/view/testamento+vital+e+instrucciones+previas.pdf>

- Martínez, N. (2008). *La dignidad de la persona ante el desafío de la biotecnología*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5167627.pdf>
- Medina, L. (2010). *Factores asociados a la limitación del esfuerzo terapéutico (let) en la unidad de cuidados intensivos. Hospital regional iess 'Dr. Teodoro Maldonado Carbo'*. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2427/1/TESIS%20LET%20.pdf>
- Mendoza, S., Jofré, V., & Valenzuela, S. (2004). *La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a09.pdf>
- Mertehikian, A. (s.f.). *Historia de los cuidados paliativos*. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8450/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Michelini. (2010). *La dignidad humana en Kant y Habermas*. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/efphi/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. (2008). *Obtención del consentimiento informado*. Recuperado de https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/OBTENCION%20%20DEL%20CONSENTIMIENTO%20INFORMADO.pdf
- Miranda, A. (2008). *El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico*. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchilder/v35n3/art05.pdf>
- Modelo de Aplicación de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial*. (2016). Recuperado de http://www.silec.com.ec/webtools/esilecpro/DocumentVisualizer/DocumentVisualizer.aspx?id=SALUD-MODELO_APLICACION_DEL_CONSENTIMIENTO_INFORMADO_PRACTICA_ASISTENCIAL&query=modelo%20de%20aplicacion%20de%20consentimiento%20informado#I_DXDataRow0
- Montes de Oca, G. (2006). *Historia de los cuidados paliativos*. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf
- Morales, A. (2011). *Derechos de los enfermos terminales*. Recuperado de <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/DERECHOS-ENFERMOS-TERMINALES-MORALES.pdf>
- Morales, J. (2016). *El consentimiento informado y sus repercusiones jurídicas, en el centro de fertilidad y reproducción humana asistida JESAC, 2015*. Recuperado de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6205/1/T-UCE-0013-Ab-155.pdf>

Nombela, C., López, F., Serrano, J., Postigo, E., Abellán, J., & Prensa, L. (2008). *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*. Recuperado de http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf

Norma de atención de cuidados paliativos. (2015). Recuperado de http://www.silec.com.ec/webtools/esilecpro/DocumentVisualizer/DocumentVisualizer.aspx?id=SALUD-NORMA_DE_ATENCION_DE_CUIDADOS_PALIATIVOS&query=voluntades%20anticipadas#I_DXDataRow6

Ortega, A. (2008). *DERECHO A MORIR TRATAMIENTO JURIDICO PENAL DE LA EUTANASIA EN LA LEGISLACION CHILENA Y COMPARADA*. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/de-ortega_a/pdfAmont/de-ortega_a.pdf

Ossorio, M. (s.f.). *Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales*. Recuperado de https://conf.unog.ch/tradfrweb/Traduction/Traduction_docs%20generaux/Diccionario%20de%20Ciencias%20Juridicas%20Politicas%20y%20Sociales%20-%20Manuel%20Ossorio.pdf

Pérez, A. (2004). *Concreción del concepto jurídico de “mobbing”, bien jurídico lesionado y su tutela jurídico-penal*. Recuperado de <http://criminnet.ugr.es/recpc/06/recpc06-06.pdf>

Quesada, L. (2008). *Derechos Humanos y cuidados paliativos*. Recuperado de <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2010/04/Derechos%20Humanos%20y%20Cuidado%20Paliativo.pdf>

Racines, D., Tenesaca, W., & Terreros, M. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Consentimiento informado en los médicos del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” Cuenca-Ecuador 2011*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3424/1/MED120.pdf>

Rivera, E. (2003). *Eutanasia y autonomía*. Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m45.pdf>

Sánchez, M. (1996). *El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma*. Recuperado de <http://www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf>

Sanz, J. (1999). *Historia de los cuidados paliativos*. Recuperado de http://campus.usal.es/~postgradooncologia/restringido/20102011/Lecturas/F_032.pdf

- Sepúlveda, C. (s.f.). *Perspectiva de la OMS para el desarrollo de cuidados paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vías de desarrollo*. Recuperado de <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/coop-internacional/cp-td/LA%20OMS%20Y%20LOS%20CP%20EN%20PAISES%20EN%20DESARROLLO.pdf>
- Silva, D. (s.f.). *La eutanasia: aspectos doctrinarios y aspectos legales*. Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m113.pdf>
- Simón, P., Esteban, M., & Cruz, M. (2014). *Limitación al esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos*. Recuperado de http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf
- Siurana, J. (2006). *Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces*. Recuperado de <file:///C:/Users/Claudia%20Cordero/Downloads/Dialnet-EticaDeLasDecisionesClinicasAntePacientesIncapaces-2160713.pdf>
- Siurana, J. (2010). *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (1998). *Historia de los cuidados paliativos y el movimiento hospice*. Recuperado de <http://cuencodeluz.org/descargas/MovHospice.pdf>
- Valenzuela, O., Riestra, A., & Uberos, J. (2013). *Cuidados paliativos y limitación del esfuerzo terapéutico en recién nacidos de extremadamente bajo peso*. Recuperado de <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-28-secciones-73059.pdf>
- Vega, J. (2000). *Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal*. Recuperado de http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf
- Vidal, S. (1999). *Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica*. Recuperado de www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/vidal.pdf
- Vieira, O. (2014). *Reflexión ética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico*. Recuperado de <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11321/OhianeVieiraGalan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vivanco, A. (2013). *Disposición sobre la vida humana y principios constitucionales: análisis del caso chileno*. Recuperado de

<http://derecho.uc.cl/Descargar-documento/1839-Angela-Vivanco-Disposicion-sobre-la-vida-humana-y-principios-constitucionales-Analisis-del-caso-chileno.html>

ANEXOS

ANEXO 1

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: AUTORIZACIONES, EXONERACIONES Y RETIRO			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE		SERVICIO	SALA CAMA FECHA
1	AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE
2	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE
3	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE
4	RETIRO DE MENOR O PERSONA INCAPACITADA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE
5	AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE
6	AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE
REVERSO: CONSENTIMIENTO INFORMADO			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE		SERVICIO	SALA CAMA FECHA
1	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL MÉDICO TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS CLÍNICOS	REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON EL TRATAMIENTO TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO
2	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS QUIRÚRGICOS	REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA CIRUGÍA TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA
3	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS ANESTÉSICOS	REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA ANESTESIA TERAPIA: TIPO ESPECÍFICO DE ANESTESIA RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA ANESTESIA
4	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	PROPÓSITOS DEL PLAN	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		ACTIVIDADES DEL TRATAMIENTO	
		CONSENTIMIENTO DE CIRUGÍA	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA	
		GARANTÍA DE CALIDAD	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		BENEFICIOS Y RIESGOS	
		GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		DERECHO DE ANULACIÓN	
	DECLARACIÓN DE VERACIDAD		
5	CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL		REGISTRAR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL