



LA EUTANASIA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESUMEN:

Se reflexiona sobre la figura de la eutanasia frente al consentimiento informado como derecho reconocido de un paciente.

PALABRAS CLAVES:

Eutanasia, consentimiento informado, eutanasia activa, eutanasia pasiva, testamento vital, instrucciones previas, derecho constitucional.

El término eutanasia se popularizó a partir del siglo XVII y se usó ampliamente para designar diversas formas de muerte tranquila y natural¹. A partir del siglo XIX se refiere a todas las formas de muerte permitidas o provocadas en el paciente. Posteriormente fue clasificada de acuerdo a la forma en que fueron dadas.

El autor Enrique Díaz Aranda² ha expresado que el debate sobre la eutanasia desde el punto de vista jurídico se trata de un tema que despierta mucho interés y opiniones encontradas. Tomando en cuenta que este tema comienza a cobrar fuerza a partir de los años sesenta, debido al avance de la tecnología y su aplicación en la medicina a través de los denominados medios extraordinarios, con los cuales se puede prolongar la vida de enfermos terminales, se hace énfasis en que dichos enfermos no tienen la posibilidad de recobrar su salud, lo que da paso a que surja la pregunta de si pueden ser legalmente asistidos los pacientes terminales que solicitan su muerte.

Los diferentes puntos de vista en torno al tema enfocan esta figura desde los aspectos jurídico, bioético, médico y religioso.

La autora Alicia Beatriz Azzolini Bincáz dice que parte de

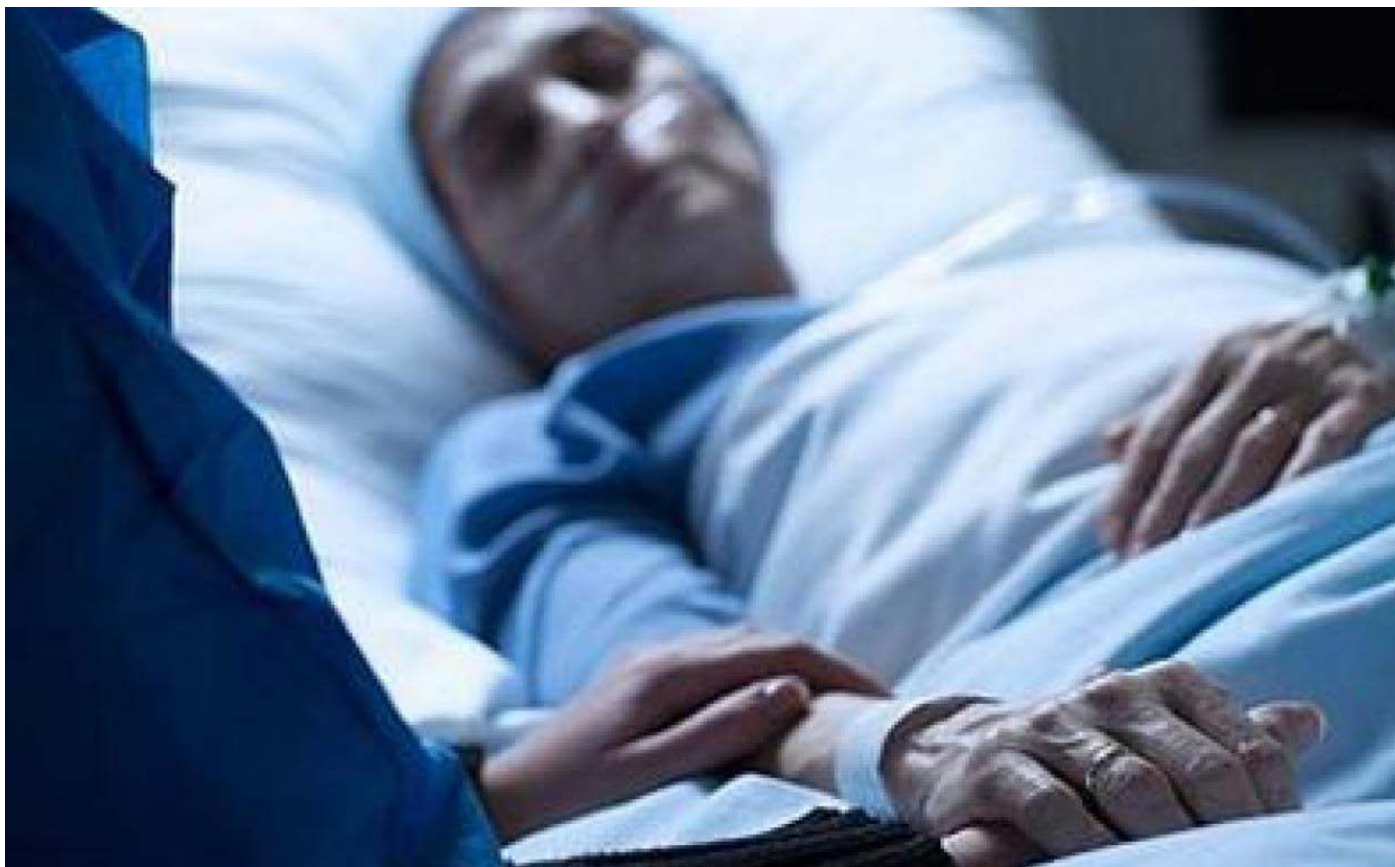
la complejidad del asunto es consecuencia de la multiplicidad de supuestos que se asocian con la eutanasia y para los que no siempre es posible encontrar soluciones homogéneas. La referida autora cita un ejemplo en el cual establece que “no es lo mismo un caso de un paciente terminal de cáncer, que sufre dolores insoportables y le pide al médico que acelere su muerte, que el de la víctima de un accidente de tránsito que, en estado vegetativo, depende de aparatos para sobrevivir, y el médico o los parientes deciden desconectarlo. El consentimiento de la víctima es, en los casos señalados, el factor que marca una diferencia insoslayable”³.

Por otro lado, existen diferentes tipos de eutanasia, entre las que se encuentran la activa y pasiva; en la primera una persona, que generalmente es un médico, administra a otra persona una droga que no produce mayor dolor, a sabiendas de que con ello la matará. La pasiva es aquella en la que alguien decide retirar a otra persona los aparatos o medicamentos que la mantienen con vida, con el fin de acelerar su muerte, o negarle el acceso al tratamiento que podría prolongar su vida. Puede también ser voluntaria y no voluntaria; la voluntaria, cuando se realiza a petición del

1 PÉREZ VALERA, V. M. “Eutanasia. ¿Piedad? ¿Delito?”, México, Jus 1989, p. 95.

2 CANO VALLE, Fernando, DÍAZ ARANDA, Enrique y MALDONADO DE LIZALDE, Eugenia. *Eutanasia, aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*: México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

3 AZZOLINI BINCAZ, Alicia Beatriz. “Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?”, [en línea], <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/172/5.pdf>.



paciente, quien da su consentimiento informado, expreso y consciente, y la no voluntaria es la que se practica sobre un paciente incompetente sin tomar en cuenta sus deseos ni percepción de lo que constituye su propio bien. Esta incompetencia podría generarse por un estado de inconsciencia del paciente, coma permanente e irreversible o porque padezca algún trastorno mental o su desarrollo mental sea insuficiente.

En los Países Bajos la ley 26.691/ 2001 de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio establece, en su artículo 2, que los requisitos de cuidado y esmero profesional implican que el médico haya realizado lo siguiente:

- a) Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada. b) Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora; c) Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro; d) Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último; e) Ha consultado, por lo menos con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a al d, y f) ha llevado a cabo la terminación de la vida o

el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.

Está ley de igual forma consagra en sus artículos 2, 3 y 4 lo siguiente:

El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuenta al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado que refiere el párrafo primero. Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o de una petición de auxilio al suicidio, después que los padres o el padre o la madre que ejerzan la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, hayan participado en la toma de decisión. En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los die-

ciséis años y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de sus vida o una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerzan la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor estén de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio.

La Corte Constitucional colombiana, mediante sentencia núm. 477, de fecha 23 de octubre del 1995⁴, ha definido el consentimiento informado en los términos siguientes:

Dada la distancia científica que generalmente existe entre el médico y el enfermo, lo mínimo que se le puede exigir a aquél es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que corre con la operación o tratamiento o las secuelas que quedarían, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que sólo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Esto se ha llamado el consentimiento informado; no es otra cosa que la tensión constante hacia el porvenir que le permite al hombre escoger entre diversas opciones. Es la existencia como libertad: tomar en sus manos su propio devenir existencial.

Dentro de las características de este tipo de consentimiento se encuentran estas dos: a) debe ser prestado de manera libre e inequívoca por el paciente, quien debe tener la capacidad de entender las circunstancias que rodean su enfermedad y b) el receptor de dicho consentimiento únicamente puede ser un profesional acreditado en medicina, quien deberá explicar al paciente de manera pormenorizada las implicaciones y riesgos de la enfermedad, así como las alternativas de curación y efectos.

El principio de autonomía en la eutanasia tiene que estar vislumbrado bajo seis rasgos principales requeridos a un individuo como aptos para poder pedir la muerte, o para que se establezcan condiciones o acciones futuras cuando ya no se tenga la capacidad de manifestar la voluntad, entre los que se encuentran los siguientes:

- calidad deteriorada de vida física, mental o social;

- posesión de facultades racionales, siendo adjetivo que las físicas estén menoscabadas o no;
- la capacidad necesaria, aunque mínima para expresar la voluntad independiente;
- libertad total de pensamiento, aunque no haya plenitud de expresión y acción;
- información y conocimiento completos;
- ausencia de coacción externa o interna.

En las relaciones entre los profesionales de la medicina y sus pacientes se ven involucrados importantes derechos que deben ser tutelados⁵, como el derecho a la salud, a la libertad de conciencia y derecho a la información, lo que implica que el paciente puede consentir o rechazar libremente determinados tratamientos médicos. En este ejercicio también se ven envueltos el derecho a la autonomía y libre desarrollo de la personalidad del paciente.

El reconocimiento de los derechos del paciente es el escenario donde surge el hombre autónomo con capacidad decisiva. A partir de los años sesenta del siglo XX se produjo la denominada revolución liberal de la sanidad y hoy el consentimiento informado es un derecho consolidado⁶. Este derecho del paciente significa un cambio de paradigma entre la relación médico-paciente, pues se pasa de una visión paternalista en la que la autodeterminación del individuo quedaba al margen a una visión donde la autonomía del paciente y el consentimiento informado adquieren una especial relevancia.

Con este avance se debe dar información y potenciar el diálogo entre médico y paciente para que este último pueda tomar decisiones autónomas que no solo dependen de los aspectos médicos⁷, sino también de sus valores personales, buscando el respeto a la dignidad del hombre.

El deber de información es un elemento importante del consentimiento informado, ya que este concepto no puede darse sin que haya sido precedido de la información cabal que permita al paciente dar su conformidad al acto médico⁸.

La doctrina ha sostenido que existen dos tipos de información: 1) la que tiene incidencia terapéutica en el estado del paciente, que sirve para cumplir el derecho del paciente a conocer todo su proceso curativo (si se infringe esta información se puede afectar la *lex artis*) y 2) la información que permite que el consentimiento sea válido; la falta de esta vicia de nulidad el consentimiento informado. Cuando se omite o se da de forma defec-

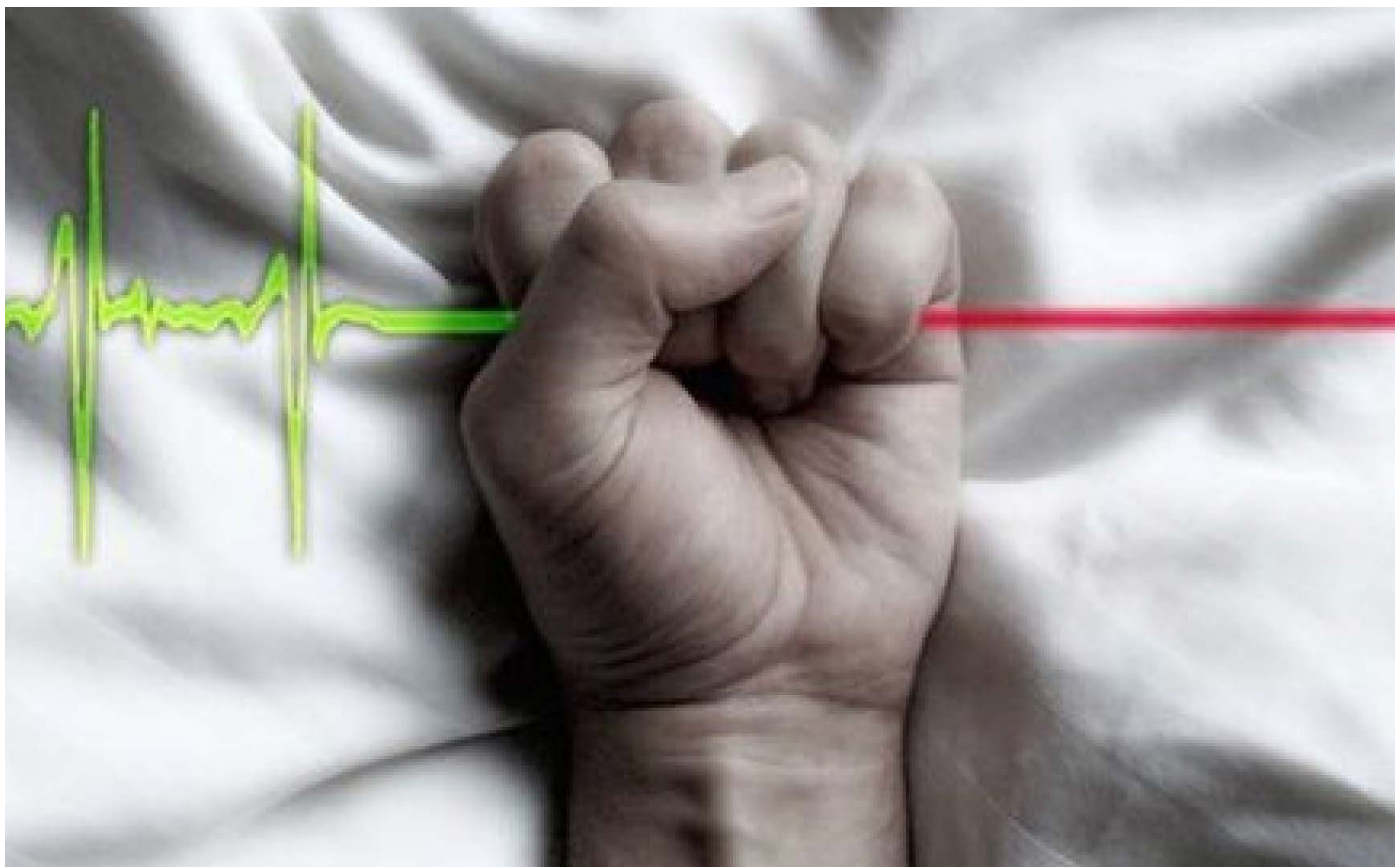
4 Corte Constitucional de Colombia, sentencia núm. 477, 23 de octubre del 1995 [el línea]: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-477-95.htm>.

5 ALONSO PÉREZ, Mariano. "La relación médico-enfermo, presupuesto de responsabilidad civil (en torno a la *lex artis*)", en MORENO MARTÍNEZ, Juan Antonio. *Perfiles de la responsabilidad civil en el nuevo milenio*: España Dykinson, 2000, p. 13.

6 AGÓN LÓPEZ, Juan Guillermo (coord.), LLAMAS POMBO, Eugenio, GONZÁLEZ LEÓN, Carmen. *Consentimiento informado y la responsabilidad civil médica*: Salamanca, Universidad de Salamanca, 2016. ISBN 978-84-9020-663-8, citando a GRACIA GUILLÉN, D. "Derechos y deberes de los usuarios en el sistema nacional de salud", en AA. VV., IV Congreso "Derecho y salud: Los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios", Donostia-San Sebastián, 15, 16 y 17 de noviembre de 1995, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 1996, p. 17.

7 Agón López, Juan Guillermo, Llamas Pombo Eugenio, y González León Carmen, *ob. cit.*, citando a KATZ, J., "Reflections on Informed Consent: 40 Years After its Birth", *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 186, núm. 4, 1998, p. 471.

8 GITRAMA GONZÁLEZ, Manuel. "En la convergencia de dos humanismos: Medicina y derecho. (Sobre el contrato de servicios médicos)". *Anuario de Derecho Civil* (1977), volumen 30, núm. 2, p. 285 y AGÓN LÓPEZ, Juan Guillermo, LLAMAS POMBO, Eugenio, y GONZÁLEZ LEÓN, Carmen, *ob. cit.*



tuosa la información asistencial y se genera un daño al paciente⁹, la situación parece sencilla, pues tal daño debe ser reparado por el responsable; sin embargo, no lo es.

Visto lo anterior podemos especificar que dentro del consentimiento informado existen dos ejes principales que conforman dicho concepto, los cuales se circunscriben al derecho de una libre elección sobre la base de la información dada por el médico. Sin embargo, también esta información en muchas ocasiones es dada a los familiares o personas vinculadas con el paciente, lo que ocurre en determinados momentos en la práctica de la eutanasia, pues para emitir un consentimiento informado válido se exige la capacidad de comprender la información y elegir con autonomía lo que más le convenga al paciente y entender las consecuencias. Por eso, en el caso de un paciente en condiciones deplorables en que su capacidad de decidir sea totalmente nula el consentimiento se da por representación. Para poder aplicarse, deben darse los criterios tradicionales para evaluar la capacidad: por un lado, el criterio cognitivo, que refiere al discernimiento del individuo, y segundo, el criterio volitivo, que se refie-

re a la libertad de la voluntad para decidir. Los supuestos del consentimiento por representación no encajan en el sentido técnico-jurídico de la representación, pues más que caso de representación se trata de supuestos en los que el consentimiento es prestado por personas distintas al paciente.

Este supuesto de representación ocurre dentro de la eutanasia pasiva. Un caso relevante en este escenario es el caso *Cruzan v. Director Missouri Department Of Health* (1990)¹⁰, en el que la Corte Missouri rechaza la autorización de la eutanasia pasiva para una persona en estado vegetativo por no ser una persona competente y no existir pruebas para determinar su voluntad. También resulta fundamental el caso de Theresa Schiavo¹¹, quien tras un accidente quedó en estado vegetativo y su marido fue autorizado judicialmente para retirar el tratamiento que la mantenía con vida.

El autor Fernando Cano Valle¹² dice que la opción eutanásica si señala la participación de algún elemento de la sociedad lo hace especialmente con la actividad médica, también se hace necesario establecer que la actividad médica tradicional, al igual

9 AGÓN LÓPEZ, Juan Guillermo, LLAMAS POMBO, Eugenio, y GONZÁLEZ LEÓN, Carmen, *ob. cit.* FERNÁNDEZ COSTALES, Javier. *Responsabilidad civil médica y hospitalaria*: Madrid, Edilex, 1987, p. 129; SÁNCHEZ GÓMEZ, Amelia. *Contrato de servicios médicos y contrato de servicios hospitalarios*: Madrid, Tecnos, 1998, p. 43.

10 TARODO SORIA, Salvador. "La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano". *Derecho y Salud* (2006), vol. 14, núm. 1, p. 245.

11 Ídem.

12 CANO VALLE, Fernando, DÍAZ ARANDA, Enrique, MALDONADO DE LIZALDE, Eugenia, *ob. cit.*

que la jurídica, implica el reconocimiento y la relación con el otro; ambas ciencias se encuentran con el hombre y se nutren de la competencia y autonomía de la persona. No obstante, el reclamo autónomo solo exige respeto y subordinación desde la perspectiva del médico, no así desde la jurídica.

En la actualidad algunos países mencionan que una fórmula que pudiera mediar ambos terrenos serían los denominados testamentos biológicos o vitales, es decir, testamentos que establezcan o que contemplen la aplicación de la muerte en determinadas circunstancias que no necesariamente implican la legalización o despenalización de la eutanasia.

Este instrumento, según dicho autor, representaría un paso adelante en lo legislativo y se concedería a los pacientes, como seguridad jurídica, el derecho a decidir, aceptar o rechazar un tratamiento cuando la vida ya se encuentre irremediablemente comprometida.

Hay distintos trabajos que consideran las instrucciones previas y el testamento vital como una misma figura; sin embargo, existen otros autores que establecen diferencias entre “testamento vital” e “instrucciones previas”, ya que el testamento vital consiste en la disposición anticipada sobre el mantenimiento o no de la vida, mientras que las instrucciones consistirían en una manifestación más del consentimiento informado; sin embargo, no reconocerían la disposición sobre la vida.

Por otro lado, algunos autores consideran más acertado el término instrucciones previas que testamento vital, porque el testamento siempre es aplicado a algo acontecido tras la muerte de una persona.

En este aspecto tiene especial relevancia el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina, suscrito el 4 de abril del 1997, ya que es uno de los primeros instrumentos internacionales con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Entre otras cosas trata sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, enfatizando entre estos derechos el consentimiento informado, el derecho a la información y la privacidad de la información.

De esta manera, toda actuación requiere el consentimiento del paciente, previa información por parte del médico responsable de las opciones terapéuticas disponibles. Asimismo, el paciente puede negarse a ser tratado, lo cual deberá figurar por escrito.

En la actualidad el consentimiento informado en este tipo de procesos es todo un reto, tomando en cuenta de que los médicos deben involucrar a los pacientes, y en muchos casos a los familiares de estos, al tomar una decisión sobre la vida y la muerte, independientemente de que esta práctica tenga implicaciones jurídicas.

De ello podemos establecer que existen dos roles principales en el ámbito sanitario: el profesional y el paciente, quienes en principio tenían una relación de autoridad paternalista en que

la postura dominante la ostentaba el médico. Sin embargo, nos encontramos en un tiempo en el que, por la adquisición de una serie de derechos, el paciente se sitúa en una posición más próxima al profesional. La expresión de la voluntad del paciente, así como su constancia por escrito, es utilizada en muchas ocasiones para liberar a los profesionales de responsabilidades tras la aplicación de tratamientos o de la realización de intervenciones.

El paciente es sujeto de derechos en el ámbito sanitario¹³. La autonomía de la voluntad del individuo tiene un marco legal a nivel internacional y la transgresión por parte del profesional sanitario a esa voluntad tiene consecuencias morales y legales, pero también esa expresión responsabiliza al paciente de las consecuencias que resultan de determinado tratamiento o práctica. El consentimiento informado es un requisito extendido en las prácticas médicas; sin embargo, no es así en las voluntades anticipadas, pero algunos autores consideran que si se desea que el sistema sanitario mantenga la actual relación entre médico y paciente y no se retroceda al sistema anterior solo cabe la extensión del cumplimiento de ambos instrumentos en aras de proteger el respeto a la autonomía de la voluntad del paciente, siempre que se utilice de forma responsable.

BIBLIOGRAFÍA

- AGÓN LÓPEZ, Juan Guillermo (coord.), LLAMAS POMBO, Eugenio, GONZÁLEZ LEÓN, Carmen. *Consentimiento informado y la responsabilidad civil médica*: Salamanca, Universidad de Salamanca, 2016. ISBN 978-84-9020-663-8.
- ALONSO PÉREZ, Mariano. “La relación médico-enfermo, presupuesto de responsabilidad civil (en torno a la *lex artis*)”, en MORENO MARTÍNEZ, Juan Antonio. *Perfiles de la responsabilidad civil en el nuevo milenio*: España Dykinson, 2000.
- CANO VALLE, Fernando, DÍAZ ARANDA, Enrique y MALDONADO DE LIZALDE, Eugenia. *Eutanasia, aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*: México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- Convención de los Derechos del Hombre y la Biomedicina*, Oviedo, s. n., 1997.
- FERNÁNDEZ COSTALES, Javier. *Responsabilidad civil del médico y hospitalarios*: Madrid, Tecnos, 1998.
- GITRAMA GONZÁLEZ, Manuel. “En la convergencia de dos humanismos: Medicina y derecho. (Sobre el contrato de servicios médicos)”. *Anuario de Derecho Civil* (1977), volumen 30, núm. 2.
- GUERRA VAQUERO, Ana Ylenia. “El paciente como sujeto de derechos: La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas”. *Revista de Filosofía*, II época, núm. 12.2016, pp. 153-162, México, Ediciones UAM (2016).
- PAÍSES BAJOS. Ley 26.691/2001 de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, 2001.
- PAZOS CROCITTO, José Ignacio. *Eutanasia, aproximación a un análisis jurídico de la cuestión*: Argentina, Universidad Nacional del Sur Edicions, 2012. ISBN 978-987-1907-05-2.
- PÉREZ VALERA, V. M. “Eutanasia, ¿piedad?”. México, s. n., 1989.

13 GUERRA VAQUERO, Ana Ylenia. “El paciente como sujeto de derechos: La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas”. *Revista de Filosofía*, II época, núm. 12.2016, pp. 153-162, México, Ediciones UAM (2016).

**LEY 108-05 DE REGISTRO
INMOBILIARIO, CON SUS
MODIFICACIONES, REGLAMENTOS
Y NORMAS COMPLEMENTARIAS,
CONCORDADOS E INDEXADOS****Fabio J. Guzmán
Ariza**

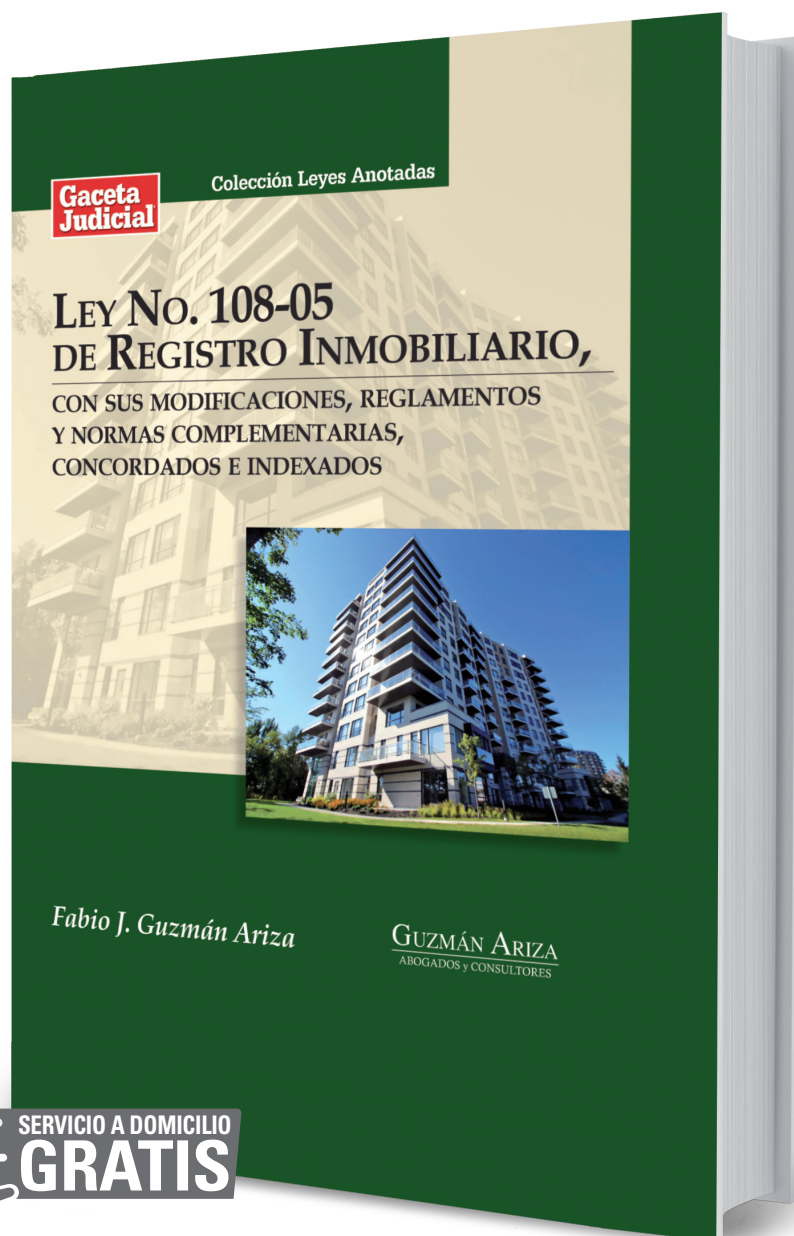
Incluye índice temático
con más de 300
entradas ordenadas
alfabéticamente e
indexadas con las
normas legales donde
se alude al tema en
cuestión.

626 páginas

Edición 2019

**Haga sus
pedidos****809 540 3455****809 540 3014**

Pablo Casals núm. 12, edificio
Guzmán Ariza, 2.º piso,
ensanche Serrallés, Santo
Domingo 10125, R. D.
libreria@gacetajudicial.com.do

www.gacetajudicial.com.do**SERVICIO A DOMICILIO
GRATIS**