

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO
FEDERAL
V LEGISLATURA
ESTENOGRAFIA PARLAMENTARIA



V LEGISLATURA

PRIMER AÑO DE EJERCICIO

Comisión de Salud y Asistencia Social
Iniciativa de Propuesta de Modificación de la
Ley de Voluntad Anticipada y la Eutanasia en el Distrito Federal
Foro

VERSIÓN ESTENOGRÁFICA

Auditorio Benito Juárez

11 de diciembre de 2009

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIÁN.- Buenos días. Agradecemos la presencia de ustedes en este foro, en nombre de las Comisiones Unidas de Salud y Asistencia Social y de Administración y Procuración de Justicia. Les damos la más cordial bienvenida a este Foro “La eutanasia en el Distrito Federal, aspectos de salud, marco jurídico y la aplicación de la ley”.

Quisiera comentarles que hoy es un día muy agitado en la Asamblea Legislativa, el asunto de Iztapalapa nos tiene movidísimos, de hecho regularmente elegimos los días viernes para hacer este tipo de actividades, de foros porque no hay sesión en el pleno, pero hoy se convocó de manera extraordinaria a un pleno en la Asamblea Legislativa para atender este asunto de Iztapalapa, que nos ha tenido atentos y atentas durante los últimos dos meses.

Entonces vamos a dar la inauguración. El Presidente de la Comisión de Administración y Procuración de Justicia es integrante de la Comisión de

Gobierno de la Asamblea, por esa razón no está aquí con nosotros, pero es parte de las comisiones que tendremos que hacer la dictaminación en su momento de esta iniciativa, él se incorporará en algunos momentos, sin embargo no queremos colgarnos en el tiempo para poder ir avanzando.

La idea es que las ponencias de ese foro puedan ser publicadas en cuadernillo, nos interesa mucho tener aquí la información. Entonces, en ese sentido el tema que hoy nos convoca sabemos que es un tema de controversia, ya que hablar de eutanasia es hablar del tema de la vida y de la muerte, es un tema de interés para quienes integramos la Comisión.

Hoy nos acompañan aquí el diputado Jorge Palacios Arroyo, que es integrante de la Comisión de Salud, también el diputado Mauricio Tabe, que es Vicepresidente de la Comisión de Salud, y para nosotros ese es un tema sumamente importante.

La eutanasia fue el medio para resolver en el pasado casos en ciertas culturas que representaban para ellos lo que podría ser un problema de carácter social, y desde la legalización en Holanda, en 1984, ha sido causa de grandes debates de los sectores que se pronuncian a favor y en contra de esta práctica.

El principal argumento de los partidarios de la eutanasia afirma que si hay un derecho a la vida también debe haber un derecho a la muerte. En la actualidad la eutanasia está regulada en diversas regiones de países como Holanda, Bélgica, Suiza o el estado de Oregon en Estados Unidos.

En la Ciudad de México se inició un proceso legislativo que finalizó con la promulgación de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, que ya tiene aproximadamente año y medio en funcionamiento, éste es un instrumento jurídico que asegura la trascendencia del ser humano coadyuvando al mantenimiento o incremento de la calidad de vida de la persona que se encuentra en la última etapa de una enfermedad y que la medicina ha agotado los medios y procedimientos biotecnológicos con objetivos curativos por medio de la atención integral de cuidados paliativos.

Con la aprobación de esa ley conjuntamente con otros ordenamientos jurídicos nuestra ciudad se ha convertido en uno de los motores de las transformaciones democráticas que han marcado el desarrollo de México.

Un claro ejemplo del avance democrático, el mejoramiento de la calidad de vida y del ejercicio de los derechos y obligaciones que dignifican la convivencia cotidiana de las personas.

La Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal ha generado diversos comentarios y posiciones en la agenda pública, no solamente local sino también en varias entidades federativas, incluso fue a raíz de su aprobación en la ciudad para que a nivel federal se diera una reforma a la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos, contribuyendo a preservar la dignidad de los enfermos que padecen una enfermedad terminal, priorizando en todo momento su voluntad, buscando el alivio del dolor y procurándole el mejor tratamiento posible.

Esta Asamblea Legislativa como un espacio abierto a la pluralidad de ideas y expresiones políticas debe ser el vehículo para acordar los consensos en el diseño de mecanismos de participación social. Bajo este contexto es que las y los integrantes de las comisiones convocantes a este foro hemos planteado como uno de sus objetivos aportar elementos para la reflexión, análisis y críticas sobre el contenido y alcance de la Ley de Voluntad Anticipada. Este evento será parte de los elementos con los que contemos para dictaminar la iniciativa que se ha presentado para regular la eutanasia activa.

No me resta más que agradecer a todos los asistentes a este foro y a quienes participarán en el evento con sus comentarios, aportaciones y sus valiosos argumentos desde la perspectiva internacional y punto de vista médico y jurídico sobre el tema de la eutanasia, para que demos inicio a estas actividades. Para nosotros será de suma importancia y de gran relevancia sus aportaciones porque nos dará elementos para poder tener elementos de juicio en el momento de hacer nuestras valoraciones en las comisiones unidas.

Yo preguntaría a los compañeros diputados, les daría la palabra para que pudieran hacer algún comentario antes de dar la inauguración formal del foro.

Compañero diputado Mauricio Tabe.

EL C. DIPUTADO MAURICIO TABE ECHARTEA.- Muy buenos días. En primer término reconocer a la Presidencia la pertinencia de este foro, la pertinencia del tema, porque hoy en la Asamblea Legislativa vamos a discutir

una iniciativa relacionada con la eutanasia activa y creemos que es importante no solamente basarnos en lo que nosotros pensamos, no solamente basarnos en lo que piensan nuestros partidos ni cerrarnos a la discusión, sino que es importante fortalecer de manera muy seria la opinión.

En segundo lugar, por eso quiero también reconocer a la Secretaría Técnica de esta Comisión, que tuvo la certeza de determinar ponentes que nos pueden ayudar mucho a enriquecer esta opinión, a dar con seriedad argumentos muy objetivos y muy claros para decidir cuál va a ser pues el destino de esta iniciativa de Ley de Voluntad Anticipada o Eutanasia Activa.

Por último, agradecerles la presencia, el que nos acompañen y agradecerles la disposición de verdad a contribuir con la Asamblea Legislativa para poder generar un resultado que creemos que va a ser muy positivo para la ciudad, que va a ser un resultado que nos permita contar con leyes mucho más justas, con leyes bien fundamentadas, por eso mismo nada más quería tomar la palabra para los agradecimientos.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIÁN.- Vamos a darle la palabra al diputado Jorge Palacios.

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Muy buenos días a todos.

De la firma forma agradecer su presencia y participación. Yo creo que todas sus ponencias van a ser muy enriquecedoras y eso nos va a permitir a nosotros como diputados tomar una decisión responsable en este tema tan importante como es la eutanasia activa. Bienvenidos.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIÁN.- Los diputados tienen una reunión de su grupo parlamentarios, se están incorporando un ratito. Yo me quedo aquí con ustedes para dar paso a la primera ponencia de la psicóloga María de la Soledad Escamilla Cejudo.

Perdón, se queda con nosotros el diputado Jorge Palacios, entonces lo dejamos en la mesa, sólo se retira el diputado Mauricio Tabe.

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Muy buenos días de nuevo. Sean todos ustedes bienvenidos.

Si me permiten presentar a la licenciada María de la Soledad Escamilla Cejudo. Ella es licenciada en psicología por la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, máster en tanatología por la Universidad de los Pueblos de Europa; es miembro del Consejo General del Notariado Español; ha tomado de curso de certificación para la práctica de tanatología clínica en el Colegio de Tanatólogos de México; diplomado en psicodiagnóstico clínico en el Centro Universitario Emmanuel Kant; diplomado en tanatología en la Asociación Mexicana de Tanatología A.C.

En su experiencia profesional en la práctica clínica privada es en Psicoterapia Gestalt, adolescentes, adultos y adultos mayores; psicoterapia individual, pareja, grupo y familia; acompañamiento tanatológico al paciente terminal y la familia; psicodiagnóstico clínico educativo; perito en psicología; titular del Programa de Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada en la Secretaría de Salud del Distrito Federal; autora de programas de prevención, intervención y posvención en desarrollo integral del ser humano; autora de programas académicos, grupos de estudios de casos tanatológicos; Secretaría General de la Mesa Directiva del Consejo Directivo de la Asociación Mexicana de Tanatología; socia fundadora de la Asociación Mexicana para el Estudio y Prevención del Suicidio y del Suicida; Vicepresidenta de la Mesa Directiva y del Consejo Directivo de la Asociación Mexicana para el Estudio y Prevención del Suicidio y del Suicida. Sea usted bienvenida, licenciada y la escuchamos con mucha atención.

LA C. LIC. MARÍA DE LA SOLEDAD ESCAMILLA CEJUDO.- Muchas gracias. Buenos días señoras y señores, señor diputado y quienes nos acompañan, estimado público y representantes, medios de comunicación que están presentes.

Reciban a través de su servidora la más cordial bienvenida a este foro en nombre del doctor Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal, quien por causa de fuerza mayor no le fue posible asistir en este momento, sin embargo me encomendó hacerles llegar una respetable disculpa y sus comentarios respecto al tema que nos convoca hoy, que es precisamente la iniciativa de modificación de la Ley de Voluntad Anticipada con la posibilidad de la inclusión de eutanasia.

Ya nos comentaba la diputada Maricela acerca de estos países en donde se ha aceptado la práctica de la eutanasia. Quisiera comentar algunos datos de qué fue lo que llevó a que se aceptara o se despenalizara la práctica de la eutanasia.

Si bien es cierto sabemos que en Óregon, Holanda, Bélgica es en donde realmente está aceptado, y quiero comentarles que alrededor de ello y durante este tipo se han hecho diversas investigaciones de qué viene sucediendo posterior a estas legislaciones y las expectativas que existían.

A finales de los 90 y quizás pensando en la legislación que posteriormente se llevó a cabo, se solicitó una realización acerca del informe de la práctica de la eutanasia en Holanda. Oficialmente la finalidad del informe era averiguar la frecuencia con que se practicaba la eutanasia involuntaria, es decir aquella que se lleva a cabo sin que medie la petición directa del paciente.

Aún cuando existía ya en este momento una normativa que obligaba a los médicos que pretendía realizar la eutanasia, les obligaba a tomar una serie de medidas de precaución, el paciente debía expresar su voluntad de morir abierta y reiteradamente ante testigos; además era preciso asegurarse mediante un examen por parte de otro médico que su petición no se debía a un trastorno psicológico subyacente.

Particularmente podemos hablar aquí de un estado depresivo, ya sea reactivo o un estado de depresión profunda, porque esto sí está demostrado. Quien tiene alguna ideación de la propia muerte o una ideación suicida o conducta suicida está en momento de depresión. Entonces, esto es muy importante tomarlo en cuenta para tomar cierto tipo de decisión, al mismo tiempo saber que la enfermedad realmente estuviera en la etapa terminal y sin remedio y que además entonces la medicina ya no contara con estas posibilidades curativas.

En un resumen de los resultados se informó que anualmente se llevaban a cabo 2,300 eutanasias a petición del paciente, sin embargo en el texto original se indicaba también que se realizaban muchas otras formas de eutanasia, si se aceptaba como eutanasia toda acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.

Algunos datos que se presentaron en el informe oficial en 1991 resultaron de una investigación en la que se entrevistó a poco más de 400 médicos de cabecera, dado que en Holanda los enfermos mueren en casa atendidos por estos médicos de cabecera. Ha resultado de estas información, nos venimos dando cuenta formal o informalmente que en estos países en donde existe esta posibilidad la comunicación entre el médico y el paciente se va debilitando, dado que el paciente tiene la consigna de que esta persona opta por la eutanasia, el paciente no hace mucho más por ayudarlo tras la idea de respetar la decisión de esta persona.

En más de la mitad de los casos se actúa entonces sin hablar con el paciente, sin ofrecerle nuevas posibilidades, argumentándole en su mayor parte que lo hacían por el bien del enfermo, pensaban que hablar con él de un tema tan espinoso como la muerte habría traído momentos más agobiantes y molestia que beneficios.

Lo que nos pone a la vista de esto, señores y señoras, es el hecho de que los médicos de cabecera, cuyo trabajo consiste en una atención personalizada para el alivio y el consuelo de los pacientes terminales son los que caen con mayor facilidad en la tentación de poner fin a la vida de los enfermos vistiendo esta decisión detrás de un cuidado paternal, quizá mal entendido por los pacientes, hacia los pacientes.

Resulta que el informe también señalaba que en el año que se estudió hubo 400 casos de cooperación al suicidio, mil de eutanasia sin que mediara petición alguna del paciente.

En todos estos estudios que se han hecho, por lo pronto todo lo que yo he investigado y leído, no he encontrado realmente informes de investigación acerca del momento emocional, mental de estos pacientes, es decir si estaba en un momento de depresión o no, si en otro tiempo de su vida había existido alguna ideación suicida, si había existido algún acto suicida incluso, lo cual nos hace, o por lo menos me hace pensar que quedan ahí sueltos unos hilos mucho muy importantes, si no incluso el más importante quizá.

Se sabe también que en los casos en los que se ha retirado o se ha omitido tratamiento sin que medie la petición del paciente los familiares se quedan con dudas acerca de esta práctica que se ha desarrollado.

En el 2003, a un año de que se aprobara también en Bélgica y de haberse legalizado la eutanasia, surgieron también dudas sobre el número de casos oficiales que se venían reportando pues diversas investigaciones mostraron que la cifra real era dos o tres veces más alta que la se reportaba.

En Estados Unidos también ha existido esta preocupación en cuanto a la exactitud de las cifras que se reportan en Óregon, estado único de Latinoamérica en el que existe esta posibilidad.

Pareciera ser entonces que una vez que la práctica de la eutanasia, una vez que se encuentra más o menos aceptada por la clase médica, la preocupación por los pacientes decae de manera importante, de modo que se considera que cada vez con mayor facilidad se termina con la vida del paciente, incluso sin consultarle, puede ser la salida más conveniente, esto es una vez que al ser humano se le da la posibilidad de tomar una decisión de subir un peldaño el ascenso al siguiente peldaño es mucho más fácil.

Una vez que se abre la posibilidad de la muerte o la eutanasia activa, la eutanasia voluntaria, la línea o el hilo que separa de la eutanasia involuntaria queda muy debilitada, de alguna manera incluso podríamos caer también en n riesgo de que la sociedad se empieza a sentir presionada o empujada a tomar una decisión por la cual no estamos realmente convencidos, sino más bien en función al cuidado o protección de los familiares y entonces tener que decir opto por la eutanasia para que no sufran los demás, lo cual no es indicativo de realmente una decisión saludable.

Lo anterior, señoras y señores, se contrapone a la misión del médico, ya que su razón de ser consiste en la curación y cuidado del enfermo en cualquier fase de su dolencia, la mitigación de sus dolores y la ayuda a sobrellevar al transe supremo de la muerte cuando la curación ya no es posible. Es esto precisamente de lo que nos habla la Ley de Voluntad Anticipada.

La Ley de Voluntad Anticipada nos habla de que cuando una persona se encuentra en la última etapa de una enfermedad para la cual la medicina ya no ofrece una posibilidad de curación, entonces sí nos ofrece la posibilidad del cuidado integral tanto al paciente como a los familiares. Esta medida, esta legislación de la Ley de Voluntad Anticipada está señalada directamente a

través de la ortotanasia, que es la muerte correcta, y que tiene que ver con los cuidados paliativos.

Quisiera comentarles también algunos datos, que seguramente ustedes conocen, acerca de los antecedentes de la Ley de Voluntad Anticipada. En noviembre de 2006 se presentó una iniciativa de reforma y adición a la Ley de Salud para el Distrito Federal, para el Código Penal y el Código Civil, ambos del Distrito Federal, la presentaron el diputado Armando Tonatiuh González, integrante del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional.

El 6 de marzo del 2007 se presentó la iniciativa por la cual se derogaban diversas disposiciones del Código Penal y el Código Civil, ambos también del Distrito Federal, presentados por el diputado Jorge Carlos Díaz Cuervo y Enrique Pérez Correa, integrantes de la Coalición Parlamentaria Socialdemócrata.

En junio del 2007 se presentó la iniciativa con proyecto de decreto de Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y de reformas y adiciones al Código Penal para el Distrito Federal y la Ley de Salud para el Distrito Federal, presentada por la diputada Paula Adriana Soto Maldonado, del grupo parlamentario del Partido Acción Nacional y diputados del grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática y de la Coalición Parlamentaria Socialdemócrata.

Las tres iniciativas coinciden en reconocer el derecho del paciente a decidir sobre la calidad y extensión de la agonía, lo que algunas voces han denominado como muerte digna. Después de analizar las tres iniciativas presentadas relativas al tema, estas Comisiones Unidas concluyen que la propuesta del Partido de la Revolución Democrática y de la Coalición Socialdemócrata, de crear una Ley de Voluntad Anticipada, acompañada de diversas reformas a los artículos tanto del Código Penal como de la Ley de Salud, ambos del Distrito Federal, es la que reúne ventajas sólidas y ofrece un marco regulatorio más pleno del derecho del paciente que padece una enfermedad en etapa terminal, a rechazar tratamientos médicos que prolonguen innecesariamente el sufrimiento, práctica que traduciéndose en otras palabras se le conoce como ortotanasia.

Este derecho del enfermo en etapa terminal a rechazar tratamientos médicos que buscan prolongar innecesaria e irremediabilmente el sufrimiento o cuando por razones médicas o de fuerza mayor menoscaben o lastimen su dignidad como persona, es lo que la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal reconoce a través de la ortotanasia, cuya conceptualización y alcance son distintos a los propios de la eutanasia activa y pasivas, es decir la ley señala claramente que bajo ningún concepto se ha de acelerar la muerte.

Esta propuesta se acompaña de una serie de adiciones tanto al Código Penal para el Distrito Federal como a la Ley de Salud también del Distrito Federal, las primeras en el sentido de establecer los supuestos por los cuales excluyen de responsabilidad penal tanto al personal de salud correspondiente como al otorgante, a su representante legal y a sus familiares para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada.

Por otra parte, también se adiciona una fracción III al artículo 16 bis tres de la Ley de Salud del Distrito Federal para establecer la garantía por parte del Gobierno del Distrito Federal del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada siempre que se cumpla con las formalidades y requisitos señalados en ella.

Se incluyó también la figura de los cuidados mínimos ordinarios que incluyen alimentación, hidratación, oxigenación e higiene al paciente que padece una enfermedad en etapa terminal, y que son parte de los cuidados paliativos definidos ya en el artículo correspondiente.

Del mismo modo se ajustaron los requisitos para formalizar el documento de voluntad anticipada y se indica explícita e indubitadamente quiénes pueden suscribirlo, así como quiénes pueden constituirse en testigos de su celebración.

En cuanto al procedimiento de ejecución del mencionado documento se rediseñó señalándose a detalle a los responsables de darle cumplimiento.

Por último se establecen las bases para la creación de la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada.

La ley es publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero del 2008 y su reglamento fue publicado en la Gaceta Oficial el 4 de abril del 2008 y

el 4 de julio de ese mismo año se publicaron los lineamientos para la Ley de Voluntad Anticipada aplicada en hospitales privados dentro del Distrito Federal.

Quisiera platicarles un poco más acerca de lo que contempla esta ley. De la Ley de Voluntad Anticipada se desprenden dos instrumentos jurídicos, el primero de ellos tienen que ver con el Documento de Voluntad Anticipada, éste se refiere a la posibilidad que tenemos los residentes en el Distrito Federal de manifestar libre y voluntariamente, sin necesidad de contar con un diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa o mucho menos estar en una etapa terminal, nos ofrece la posibilidad de manifestar por anticipado la manera en que deseo ser tratado al final de la vida en caso de que no pueda expresarme por mí misma. Éste es el beneficio del Documento de Voluntad Anticipada, este documento se suscribe ante un notario y frente a un representante.

Asimismo dentro de la ley se desprende otro instrumento conocido como Formato de Voluntad Anticipada. Éste Formato sí requiere de un factor importante: que el médico tratante después de practicar los estudios, análisis clínicos de laboratorio y todo lo que está alrededor de la enfermedad del paciente defina que está en la etapa terminal, es decir que este paciente tiene un tiempo de vida menor a los seis meses.

El médico lleva el caso, presenta el caso ante el Comité de Ética Hospitalario, con el que cuenta cada una de las instituciones, este Comité evalúa el caso, lo analiza, estudia y cuando queda avalado por este grupo, entonces el paciente suscribe este formato dado que es beneficiario de los cuidados paliativos, de esta atención integral que se va a ofrecer tanto a él como a la familia.

¿A qué me refiero en resumen con una atención integral? Es una atención en donde el paciente va a estar cuidado por un médico, por una enfermera, por una trabajadora social, un psicólogo y un tanatólogo. De ser necesario se integrarán al equipo fisioterapeutas, odontólogos... (inaudible) es que los pacientes mueren en su primera etapa, apoyados y orientados por este equipo, se va orientando a la familia, se les va diciendo qué está sucediendo con su familiar, en fin.

Estos son los dos instrumentos que se desprenden de la ley. Entonces, como podemos ver que bajo ningún concepto se está hablando de acotar la vida y la muerte de estos pacientes.

Quiero comentar para los señores diputados que estén presentes y para ustedes, que cuando se echó a andar el programa, bueno, o desde que se echó a andar el programa, el mismo no ha contado con presupuesto, lo cual hemos venido trabajando en ello desde la Coordinación.

En principio, el apoyo que hemos venido dando a los pacientes que se han acogido a la ley, nos hemos apoyado en el Programa (inaudible) y a través de ellos es que hemos atendido a los pacientes.

En paralelo hemos venido trabajando en la formación académica, dado que es una rama muy nueva en la medicina, fue a principios de los años 60, en el siglo pasado; sin embargo en México aún estamos empezando a trabajar en él, para poder entonces atender a nuestros pacientes.

En este programa, que echamos andar desde el 2008, hemos dado curso de cuidados paliativos para pacientes VIH SIDA, dimos un curso precisamente para la identificación, del riesgo en pacientes en etapa terminal dentro del marco de cuidados paliativos y de la Ley de Voluntad Anticipada, dimos un curso a distancia y en colaboración Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en donde estuvimos en intercomunicación directa y en tiempo real con el Centro Médico de La Raza, aquí en el Distrito Federal, con 3 Estados de la República y además la Universidad de Colombia, el curso lo cerramos con 180 alumnos y quiero comentarles que en el transcurso de él nos estuvieron llamando personal de la salud, de Panamá, Costa Rica, Chile, Perú, queriendo adherirse al curso; sin embargo, como estaba avanzado acordamos que sería un nuevo curso y que los integraríamos.

Debido a la situación epidemiológica que vivimos en la ciudad, esto no fue posible, sin embargo lo tenemos programado para el siguiente año.

Todos estos cursos han sido avalados por la Dirección de Investigación y Enseñanza de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y algunos por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos pero, además, el 9 de noviembre pasado concluimos el primer diplomado universitario, en el que participaron además un número de personal de la salud, el número más grande incluso en los cursos a nivel mundial, en donde han participado médicos, enfermeros, trabajadores sociales, doctores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos, es decir no es tan fácil que un curso haya esta

variedad de profesionales de la salud; pero además el curso no se queda nada más para el personal de la Secretaría de Salud, sino que está abierto.

Entonces, hemos capacitado alrededor de 600 profesionales que, bueno, son pocos, sin embargo es un número importante de instituciones, como es el Instituto Nacional de Pediatría, del Instituto Nacional de Cancerología, estuvieron personal médico del Hospital Central Militar, en fin, varias instituciones.

A manera de propuesta, que nos pedían hacer una propuesta, ésta se va a traducir más bien en una petición para los diputados y la petición sería más bien que nos apoyaran para que esta ley tan nueva, es una ley que nación apenas hace 2 años, es una ley que está en pañales y quisiera hacer una analogía burda quizás, pero me parece que muchos de nosotros aquí sabemos lo que es ser padres. Muchas veces cuando el bebe empieza a gatear, queremos verlo caminar y ya que empieza a caminar, queremos verlo correr y ya que empieza a correr queremos inscribirlo en el maratón en la Ciudad de México; sin embargo la experiencia nos dice que eso no puede ser, porque se necesita una estructura, para que realmente el proceso de maduración se dé sanamente.

No conozco a algún padre que haya decidido tener otro hijo porque no pudo correr el maratón no, le vamos dando tiempo a todos los procesos para que se tomen los tiempos de desarrollo y madurez; nosotros venimos trabajando en eso. Venimos trabajando en paralelo en las formaciones y los paliativos en la transmisión de la importancia de elaborar el documento de voluntar anticipada ante un Notario, porque eso ofrece los propios beneficios.

La petición es que nos apoyen a quien realmente la ley logre lo que pretenda, esto lleva un tiempo, realmente estamos en pañales y sin embargo hemos avanzado mucho, al grado de en enero de este, como ya lo nombraba también la diputada, la Ley General de Salud modificó, adicionando un capítulo para asegurar también la atención y programas paliativos; es decir, esto no se reduce ya nada más al Distrito Federal, sino está a nivel nacional; bueno, esta es mi petición, que nos ayuden.

Para terminar quisiera compartir con ustedes una carta de un ciudadano del Distrito Federal que en días pasados escribió a su red social electrónica de

alguna manera nos llegó a la coordinación y dice así: “Estimados amigos, compañeros, colegas, paisanos, etcétera. Permítanme unos minutos de su tiempo, quiero compartir con ustedes un asunto que verdaderamente me tiene más que sorprendido, indignado. Quizás sobre mencionar el número de muertes en nuestro país que día a día suceden y que sólo de algunos de ellos nos enteramos por los medios de comunicación, pues muchos quedan en el silencio, muertes calificadas como asesinatos u homicidios, producto de venganzas, cuentas pendientes, narcotráfico, malas negociaciones entre secuestradores y familiares de secuestradores, violencia intrafamiliar, por mencionar algunas”

¿Qué sigue ahora, el asesinato u homicidio de los más desvalidos? Sí, así como lo leen. Provocar la muerte de seres humanos que padecen alguna enfermedad, discapacidad o disfunción y que tal pareciera es en la sociedad, como lo consideraban hace varios siglos vidas inútiles, pues precisamente de esto trata la eutanasia, en cualquiera de sus modalidades: activa, pasiva, directa, indirecta, voluntaria o involuntaria, como sea, provocar o acelerar la muerte de un ser humano.

Indignarte de ello, en México se esté promoviendo la legislación del asesinato u homicidio so pretexto de compasión, lo que significa entonces que nuestras autoridades no castigarían a quien cometiera asesinato u homicidio. Hasta aquí va a llegar nuestra sociedad.

Por fin, por un lado les exigimos a nuestros diputados que nos protejan de los asesinos y, por otro, vamos a aceptar que los protejan, tal vez sea necesario que los mismos legisladores comprendieran el sentido del derecho a una muerte digna ¿será que desconocen el verdadero objetivo de la Ley de Voluntad Anticipada? Bastaría con conocer el artículo 1 que nos habla de la realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio. Respecto a la negativa, someterse a medios, tratamientos y otros elementos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas sea imposible mantener su vida de manera natural.

El artículo 2 precisa y, bueno, nos habla acerca de la ortatanasia, menciona además que la atención al enfermo y su familia desea integrar por medio de los

cuidados paliativos, atención que contempla la presencia del médico, enfermero, psicólogo, trabajador social y que consiste en proporcionar una atención cálida humana y respetuosa, tanto al paciente, como a la familia.

Por lo anterior, creo oportuno y necesario hacer saber el fin de la propuesta en México y solicitarles que estén a favor de la muerte digna y no de la eutanasia y si comparten mi inquietud, enviar estas líneas a tus amigos.

Muchas gracias.

EL C. MODERADOR.- Muchas gracias, licenciada. ¿Alguien del público desea hacer alguna pregunta o un comentario por lo expresado en su ponencia por la licenciada María de la Soledad Escamilla?

Si me permite usted, yo tengo un pequeño comentario.

Al inicio de su exposición usted comentaba que la cercanía personalizada del médico hacia el paciente se desarrolla una relación de tipo emocional, en la cual en un momento dado facilita al médico el dirigir u orientar hacia la eutanasia, debido a esa cercanía personal de médico de cabecera por no ver ya sufrir a su paciente el iría en un momento dado de dirigir la decisión hacia la familia, hacia la eutanasia.

LA C. LIC. MARÍA DE LA SOLEDAD ESCAMILLA.- Bueno, este sería un riesgo en caso de que el médico estuviera de acuerdo, a lo que yo me refería es que cuando se ha aceptado los médicos tienden a decidir con mucho mayor facilidad sin consultar, incluso con el mismo paciente o los familiares, hablando desde otra opción, porque la decisión ya está ahí y entonces lejos de promover el acercamiento al paciente y la familia, lo que se viene promoviendo es un distanciamiento.

EL C. DIPUTADO JORGE PALACIOS ARROYO.- Otra, que al emplear la tanatología u ortatanasia en el círculo familiar del paciente terminal, el costo hacia los familiares decía usted que disminuía en más de un mil por ciento ¿a qué se refiere usted con el costo, económico, emocional o ambos?

LA C. LIC. MARÍA DE LA SOLEDAD ESCAMILLA.- Me refiero en general a la atención en cuidados paliativos y precisamente al costo material, al costo económico se reduce, dado que el paciente está en casa y entonces es mucho menos costoso para los familiares que no tienen que estarse trasladando, se

organizan de mucho mejor manera y para esto está el equipo, para apoyarles a organizar sus tiempos, los horarios, se protege los trabajos de cada uno de ellos y obviamente desde la parte tanatológica se va logrando que tanto el paciente como los familiares transcurso este proceso con el menor dolor posible, porque en ningún hablamos de que no existirá dolor, pero sí es menor dolor posible; me refiero al costo económico.

EL C. MODERADOR.- Muy amable. Creo que ya nos animamos, por favor.

PREGUNTA.- (fuera de micrófono) del proceso que se siguió en los diferentes países para la introducción de esta ley en ellos y nos habló también de cuántos eran más o menos los casos que estaban documentados, que se habían apegado a esta situación.

Mi pregunta en el contexto de nuestro país, nuestra realidad, nuestro momento histórico que estamos viviendo ¿considera usted que todos los derechos de atención de la salud que han sido aplicados en esos países, también están siendo aplicados en nuestro país como para que en alguna condición particular o muy excepcional, como usted bien planteó, se pudiera eventualmente justificar el que el enfermo se apegue a esa ley?

Porque yo veo aquí un terreno muy peligroso, que se le adjudique el derecho o que se le oriente al paciente el derecho de adoptar esa medida, pensando que ya recibió todos los métodos que puedan existir dentro del marco médico para contrarrestar el sufrimiento y que posiblemente no los haya recibido; porque usted también puntualizó algo en su presentación acerca de la disponibilidad de algunos recursos y al final solicitó apoyo y entre recursos, para evitar el sufrimiento, es el uso de analgésicos potentes, poderosos, como la morfina y en este país la historia de la existencia de la morfina para uso médico data del 86 a la fecha y me consta porque fui el promotor de la introducción a través de un programa de la Organización Mundial de la Salud.

Entonces, tenemos opiofobia ¿Cómo podemos entonces explicarnos que si existiera esa circunstancia el paciente ya hubiera recibido o si puede recibir todos los recursos que en otros países si recibe versus el nuestro?

No sé si está clara mi pregunta o comentario.

EL C. MODERADOR.- Antes de cederle el uso de la palabra para contestarle, yo quisiera disculparme ante todos ustedes, me tengo que retirar a la sesión. No sé si nuestra diputada Presidenta desea nombrar a alguien que modere la mesa y esperemos regresar pronto para los comentarios finales. Adelante.

LA C. LIC. MARÍA DE LA SOLEDAD ESCAMILLA.- Mire, esos datos que yo les presenté y quisiera comentarles, parece ser la práctica de la eutanasia más bien tuvo que ser legislada por lo que venía sucediendo; es decir, el mismo pueblo, la cultura fue empujando al estado a que legislara lo que venían haciendo informalmente sobre todo.

Pensemos que además la cultura de la vida y de la muerte de aquellos países es muy distinta a la nuestra. Nuestra cultura de vida y muerte es muy particular. En el extranjero se piensa que nos reímos y nos mofamos de la muerte y hacemos bromas, bueno, son mecanismos de defensa y de ahí tenemos que nos ayudan, pero podemos verlo el 1 y el 2 de enero todos los rituales de respeto que tenemos hacia la muerte.

Entonces, el factor cultural también es muy importante considerarlo; además y afortunadamente me parece que todavía tenemos el valor de la familia, de enlace emocional, el valor de estar ahí, aunque ahora las familias sean diferentes, ahora quizás sean las menos las familias tradicionales pero, bueno, también la familia ensamblada y todos los tipos de familias que hay son muy valoradas.

Comentaba también con el diputado y ahora doctor, es cierto que cuando se ofrece esta posibilidad el médico se va a apartando, porque de alguna manera se quedan con la idea de que el paciente eligió que se le provocara la muerte ya sea activa, pasiva, voluntaria, involuntaria y es esta línea tan delicada de en qué momento se va a romper ese hilo y entonces como yo escuché o también por decisión del médico entonces fue que practiqué la eutanasia.

Si bien es cierto que en Europa el Movimiento Paliativo se inició ya hace 4 ó 5 décadas, en México es nuevo y seguramente y por ello, por la existencia de cuidados paliativos la práctica de la eutanasia no ha tenido el auge que se esperaba y sí en cambio cuidados paliativos lo ha tenido. No se ha demostrado hasta hoy que la eutanasia sea la mejor opción y la opción adecuada y correcta

para la atención en los últimos días en la vida y sí se viene demostrando, hace ya 3 ó 4 décadas, de cuidados paliativos sí es una opción adecuada y correcta.

Por eso yo comentaba estamos trabajando ya en eso, vamos avanzando en eso y muchas gracias por recordarme, porque precisamente tenía pensado incluir en mi petición la legislación, revisar la parte de la legislación (inaudible), que es un punto por demás importante y esencial para la atención de esos casos. Es todo.

LA C. PRESIDENTA.- Dos preguntas más. Les pediría a las personas que lo pudiéramos hacer en bloque, que ya respondiera, para pasar al siguiente bloque.

PREGUNTA.- Licenciada, muy clara su presentación. La felicito realmente porque incluye conceptos más que innovadores de mucho peso para el tema, sobre todo en la actualidad.

Creo, y no espero divagar mucho, sino ir al centro del problema, creo que hay dos puntos fundamentales; uno, el médico, tradicionalmente los médicos estamos formados para preservar la vida pero, por otro lado, estamos también muy sensibilizados para saber detectar y ubicar el momento, ese horizonte entre lo que sí podemos restaurar y lo que realmente ya no es posible.

A mí me parece que esto de los cuidados paliativos, que inició originalmente como bien lo dice el doctor Plancarte, allá en los años, en la década de los 80, al principio se hablaba solamente de las clínicas del dolor, posteriormente se vio la necesidad de ampliar los conceptos y de transformar los criterios en un sentido de extensión familiar y de intradomiciliaria, tomando en consideración los cuidados paliativos, en los que intervienen una serie de actores, no nada más es un aspecto estrictamente médico, desde los emocionales, psicológicos, médicos, clínicos, terapéuticos, etcétera, pero sobre todo lo que creo que tenemos que hacer es intensificar los procesos de capacitación hacia los personajes de las esferas de la salud, del sector salud, público o privado, porque cuando vemos al paciente que ya no le podemos hacer gran cosa nos sentimos muy mal, nos sentimos indefensos, nos sentimos realmente impotentes y es cuando debemos de estar muy preparados, muy predisuestos a tomar esas actitudes que debemos de tener mucho en materia de

capacitación, intensa persistente, constante, permanente, para poder adecuarnos, para poder integrarnos a ese esquema de la fase terminal.

Entonces, las escuelas, la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, misma que represento en este momento, en la Subdirección Administrativa, desde hace mucho tiempo ha juzgado pertinente desarrollar académicamente planes y proyectos que se incrusten dentro del modelo académico de pregrado de la escuela y que permita desde ese nivel empezar a concientizar y a avanzar y a ser punta de lanza en lo que más tarde vaya a enfrentar los médicos en este terreno y en este marco de la ley.

EL DR. ALEJANDRO MONTAÑO JÍMENEZ.- Soy maestro de bioética por parte de la Universidad, soy miembro de la Academia de Bioética y miembro del grupo enlace de la Comisión Nacional de Bioética, además soy el Presidente del Comité de Bioética del Centro Médico La Raza.

Estamos hablando de un problema de conflictos y valores muy importante de una población vulnerable que son los pacientes en fase terminal. Es muy arriesgado tocar el tema de eutanasia en este momento histórico de nuestro desarrollo médico social.

Nuestra realidad, no tenemos unidades de cuidados paliativos en los hospitales. Si los conocemos el tema sabemos que hay que dar una atención biosicosocial y espiritual, integral, donde están esos abogados, esos teólogos, esos trabajadores sociales que van a dar ese apoyo en todos los hospitales; no existen.

Segundo, no están los Comités de Bioética integrados como deben de ser, son esos 15 elementos donde estén estos mismos integrantes con preparación bioética, porque finalmente son el sustrato que según esto, este comité valora los casos y se procederá, pero ¿Dónde están los comités integrados en todos los hospitales, habrá contados con los dedos dónde habrá uno de estos, pero quisiera hacer la siguiente pregunta en relación al tema:

¿Cuáles son las funciones del Comité de Bioética Hospitalaria de acuerdo a UNESCO, de acuerdo a la Comisión Nacional de Bioética, no de acuerdo a lo que queramos, porque, esa es la pregunta, porque aquí ya se están dando las funciones del Comité de Bioética Hospitalaria que son vinculativos y no son

éticos, por eso mi pregunta es cuáles son las funciones de acuerdo a UNESCO y de acuerdo a la Comisión Nacional de Bioética, que debe tener un Comité de Bioética?

LA C. LIC. MARIA DE LA SOLEDAD ESCAMILLA.- A ver, es cierto que finalmente el Comité de Bioética tiene la facultad de decidir ciertos aspectos, la intención que se propone en la ley es consultiva, es consultar al comité al presentar este caso para estar totalmente seguros de que el paciente está en la última etapa de la vida y ése es un tema así como el que acaba de plantear el doctor, que precisamente nos obliga a ir reforzando la red de apoyo médica que está alrededor de toda la ley.

Hace rato alguien comentaba sí la ley tiene mil aristas en las que venimos trabajando mano a mano con Comité de Bioética, con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el diplomado que fue avalado por la Universidad Nacional de México, ahora las palabras que escucho del doctor y, que bueno, me gustaría que platicáramos en su momento para seguir ampliando esto y es a lo que me refiero, esto es lo que necesitamos, el apoyo para que no se quede nada más como la Ley de Voluntad Anticipada en donde puedo suscribir un documento y en donde voy a formar empleos paliativos, sino ir reforzando toda esta red que de pronto tiene por ahí puntos débiles en la práctica médica. Gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Le agradecemos a la psicóloga María de la Soledad Escamilla por su participación y damos un momentito de receso para pasar al siguiente bloque, con la doctora Asunción Álvarez y con el doctor Ricardo Plancarte. Muchas gracias. 5 minutos.

(Receso)

LA C. PRESIDENTA.- Vamos a dar inicio al siguiente bloque. La doctora Asunción Álvarez del Río, ella es Secretaria General del Colegio de Bioética, A. C., con la participación “La libertad para elegir cómo no vivir, las preguntas que hay que responder en el debate por venir.

Ella es maestra en psicología clínica por la UNAM y doctora en Ciencias en el Campo de la Bioética por la UNAM.

Profesora e investigadora de la Facultad de Medicina de la UNAM; fue Consejera de la Comisión Nacional de Bioética; es Secretaria General y

Académica del Colegio de Bioética, A. C.; autora con Arnoldo Crausse de la Eutanasia de CONACULTA; autora de práctica y ética de la eutanasia del Fondo de Cultura Económica; editora con Paulina Rivera del Desafío de Bioética, del Fondo de Cultura Económica; editora de eutanasia hacia una muerte digna, del foro consultivo científico y tecnológico del Colegio de Bioética. Tiene la palabra.

LA DOCTORA ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO.- Muchas gracias. Buenos días.

En primer lugar, quiero agradecer a los diputados Maricela Contreras y Julio César Moreno su invitación para participar en este foro, cuya organización me parece muy positiva. El tema que nos convoca, la iniciativa del diputado Israel Betanzos Cortés, es muy importante porque busca ampliar la libertad de los pacientes al final de su vida.

Celebro que esta iniciativa y este foro pongan nuevamente la atención sobre la eutanasia, una acción que hace falta analizar y discutir, porque a la vez que controvertida es necesaria.

Para entrar en el tema quiero poner a consideración la siguiente afirmación. La eutanasia debe ser una opción para los pacientes que quieran contar con ella, no sólo en el Distrito Federal, sino en todo el país, pero hay que empezar por algún lado.

Como pueden notar lo primero que conviene tener claro cuando se trata de discutir sobre eutanasia, es que al permitirla sólo se trata de respaldar la libertad de las personas que la quieran. Esto parece obvio, pero como cuando se discute el tema suele demostrarse que no lo es, no está de más subrayarlo.

La eutanasia sólo se aplicará los pacientes que la pidan, y sólo van a pedirla los que realmente que la quieran. De manera que todas las personas que piensen que es una forma de terminación de vida que no querrían para ellas, no tienen que preocuparse porque van a poder seguir no eligiendo, y así como hay personas que querrían contar con la opción de la eutanasia y otras que no, también hay médicos que consideran que es una ayuda que en una situación extrema podrían dar a un paciente, si éste la pide y es la única forma que queda de ayudarlo, pero hay otros médicos que consideran que nunca podrían

dar una ayuda que consiste en causar la muerte de un paciente. Esta división también se da en México, en un estudio reciente para conocer la opinión de médicos mexicanos al respecto, se encontró que aproximadamente el 40% de ellos estuvo de acuerdo con la eutanasia, activa, el 44% estuvo en desacuerdo y el resto dijo que no sabía.

El punto importante nuevamente es que de permitirse esta acción, unos y otros médicos verían respetadas sus convicciones en cuanto a aplicar o no la eutanasia. La diferencia que introduciría permitirle es que el paciente que la quiera podrá pedirla abiertamente y tener una muerte tranquila, sin dolor y acompañado por sus familiares o por la gente que quiera, y el médico que la aplique no tendrá que realizar clandestinamente una acción que considera ética y mucho menos arriesgarse a ser perseguido como delincuente. Por otra parte, en la medida en que sea una acción que esté regulada podrá supervisarse y controlarse.

Pero antes de continuar, es necesario asegurarnos que estamos entendiendo lo mismo por eutanasia. Una de las tareas que tenemos pendientes, sobre todo cuando se trata de discutir si debe permitirse esta práctica es acordar una definición de eutanasia y transmitirla y explicarla a la sociedad.

Hasta ahora ha sido un obstáculo para comprender y debatir el tema el hecho de que en el lenguaje común y también en el especializado se llame con la misma palabra a diferentes acciones que terminan con la vida de una persona y que en general se refieren a un muerte por compasión para acabar con su sufrimiento, pero no distinguen quién es el responsable de la decisión: si quien muere, un familiar, el médico o la institución en que se encuentra, y en esto se juegan diferencias muy importantes sobre todo desde el punto de vista ético; una cosa es que alguien decida que muera un tercero, como lo vimos en la carta, la confusión, la carta que nos leyeron, y otra muy diferente que uno misma decida que ya no quiere vivir y pida ayuda para morir.

Por lo pronto para entendernos en este foro, cuando hablo de eutanasia activa me refiero al acto que aplica un médico para producir la muerte de un paciente sin dolor gracias a que utiliza los conocimientos médicos, a petición del paciente para terminar con su sufrimiento.

Es importante distinguir esta acción de otras con las que tiene relación. En la práctica médica se dan diferentes situaciones en la que es necesario decidir si vive o muere un paciente que no está consciente o que no está mentalmente competente y otros deben tomar la decisión por él; incluso si esta decisión consiste en causar su muerte porque es lo mejor para él, conviene llamar diferente esta acción para que no pierda de vista que la eutanasia es una decisión tomada entre el paciente que pide ayuda para morir y su médico que está de acuerdo en darle esa ayuda.

También quiero subrayar que aquí al hablar de eutanasia me refiero a la activa, a la acción con la que un médico causa intencionalmente la muerte de un paciente respondiendo a su pedido y después de haber considerado que este pedido es válido.

Cabe mencionar que esto de que sea el médico quien causa la muerte en lugar de otra persona es un punto que está en discusión, aunque hay muchos elementos para sostener que la persona más indicada es el médico.

Ahora bien, se suele hacer una distinción entre eutanasia activa y eutanasia pasiva; esta última se refiere a la muerte de un paciente como consecuencia de suspenderle o no darle tratamientos que permitirían prolongar su vida. Es preferible llamar esta decisión limitación del esfuerzo terapéutico porque define mejor de qué se trata, de no dar tratamientos inútiles que causan más sufrimiento al paciente. Muchas veces estos se siguen dando porque a la familia o al médico le sirve sentir que siguen haciendo algo y esto sucede porque estamos muy mal preparados para aceptar los límites de la medicina y de la vida, o simplemente se siguen dando porque nadie se ha atrevido a hablar con el paciente de que no se va a curar y por tanto hay que seguir aparentando que sí.

En realidad de esta forma se impide que el paciente pueda elegir lo único que está en sus manos elegir: morir de la mejor manera, lo cual muchas veces se logrará con el simple hecho de dejar de intentar curar lo incurable y darle al paciente cuidados paliativos, es decir, atención médica, psicológica y espiritual que le ayude a tener la mejor calidad de vida el tiempo que le quede por vivir.

Precisamente esto es lo que está respaldado por la actual Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, buscar que el paciente muera lo mejor posible

respetando su decisión de no seguir recibiendo tratamientos inútiles. En este sentido esta ley representa un paso muy importante, aun cuando tenga defectos que convendría corregir, empezando por su nombre porque en el resto de los países en los que se habla español y se han ocupado del tema la voluntad anticipada se refiere a otra cosa la cual, por cierto, también necesitamos en México para poder establecer, cualquiera, por anticipado, qué tratamientos querríamos y cuáles no en caso de perder la capacidad para expresar nuestra voluntad y que otros tengan que decidir por nosotros. Pero no me detengo más en este punto y simplemente sugiero que también forme parte de los temas que es necesario revisar.

Lo que sí es central para el tema que discutimos hoy es visualizar que al considerar la eutanasia tenemos que ubicarla en el proceso de atención médica que inicia cuando un médico intenta curar la enfermedad de un paciente y continúa cuando sus esfuerzos ya no se dirigen a curarlo, sino aliviar su sufrimiento. Al final de este proceso, en algunas ocasiones ni la suspensión de los tratamientos ni los cuidados paliativos podrán aliviar el sufrimiento del paciente y es entonces cuando éste podría considerar la muerte como solución y pedir ayuda a su médico para morir. Insisto, es algo que podría querer un paciente, pero otro en las mismas condiciones podría querer seguir viviendo así.

Para mucha personas puede resultar muy lejano o extraño que un paciente quiera pedir ayuda para morir sin estar deprimido, pero es necesario considerar dos cosas: la primera, que se trata de una decisión tremendamente individual, aunque se entiende que el enfermo la comparte con las personas cercanas; la segunda, que al reflexionar sobre esta decisión tan especial necesitamos aceptar que hay situaciones en que vivir puede ser peor que morir. Cuando esto lo afirma una persona que padece una enfermedad incurable, no como una ocurrencia, sino como resultado de una verdadera reflexión, tenemos que pensar que por algo será. Y aquí es donde tenemos que reflexionar cómo resolvemos el hecho de que exista un conflicto de valores: la libertad del paciente para decidir sobre su vida, frente al deber del médico o del Estado de proteger la vida del paciente. Porque sería una contradicción querer defender la

vida de un paciente que tiene la capacidad para saber que no quiere seguir viviéndola por el sufrimiento que trae consigo.

Tenemos que resolver si estamos de acuerdo en que su libertad debe estar por encima y el deber frente a él ya no será preservar una vida que no quiere vivir, sino garantizar su libertad para que pueda utilizarla hasta el final y decidir lo único que desde su perspectiva le queda: elegir cómo no vivir.

Por eso hay que cuestionar las voces que para oponerse a la eutanasia argumentan que están a favor de la vida. Los que defendemos la eutanasia también estamos a favor de la vida, pero no de cualquier forma de vida, no de una vida indigna para el que la vive. Respetamos la vida de esa persona, pero sobre todo a la persona, la única que puede decir si vale la pena o no seguir viviendo su vida. Respetamos que decida no vivirla porque lo decide por el valor que le ha dado a su vida, y esto puede comprenderse mejor si pensamos que la persona entiende su vida como una obra que fue construyendo y el cierre que ésta tenga también cuenta.

Por otra parte, es importante señalar que en la práctica serán muy pocos los enfermos que necesitarán pedir la eutanasia, eso, claro, dependerá de que antes se hagan bien las cosas, se suspendan a tiempo tratamientos inútiles y se ofrezcan los cuidados paliativos adecuados. Y cómo es lógico suponer, esto no se consigue sólo por el hecho de que exista una ley que lo establezca, sino con cambios en la formación de los equipos médicos y de la sociedad en su conjunto.

Necesitamos reflexionar en la muerte a lo largo de la vida para comprender que cuando ésta es inevitable, lo que queda por elegir es vivir el final lo mejor posible.

Pero el hecho de que sean muy pocos los pacientes que al final quieran la eutanasia, no hace menos necesario garantizar esta opción para todas las personas que quieran contar con ella, unas porque padecen una enfermedad que saben que puede avanzar de una manera que les causa un sufrimiento intolerable, otras porque justamente no saben de que pueden llegar a enfermar, cómo les afectará su padecimiento o si podrán tolerar esa situación.

Contar con la opción de la eutanasia significa saber que en caso de que la vida se vuelva insoportable se podrá abandonar de la mejor manera y esa certeza permite ocuparse de la vida, y esto vale lo mismo para el paciente que sabe sus días están contados como para cualquier otra persona que no sabe cuánto tiempo le queda de vida.

Ahora pasemos a una propuesta concreta para enfrentar el enorme reto de llegar a acuerdos en las respuestas que este tema plantea. En primer lugar para responder si pensamos que conviene que la eutanasia deje de ser un delito, deje de aplicarse de manera clandestina y sea en cambio una opción para todos los pacientes que la deseen. Si es así, habrá que establecer bajo qué criterios y cómo regular su aplicación, para lo cual hay que analizar muchos aspectos y responder varias preguntas, para empezar.

¿Qué pacientes podrían recibir la eutanasia? ¿Sería un requisito que fueran terminales? ¿Sería un criterio el tipo de enfermedad? ¿O el criterio sería que el sufrimiento causado por la enfermedad fuera intolerable? ¿Se incluiría tanto el sufrimiento físico como el emocional? ¿Podría incluirse el sufrimiento que causa tener un diagnóstico de Alzheimer? Otro punto, ¿quién aplicaría la eutanasia?

Estamos de acuerdo que el médico es el más indicado, o sería mejor que hubiera especialistas en aplicarla, o habría que considerar que un familiar pudiera hacerlo, y en qué lugar se podría aplicar. ¿Deberá aplicarse en el hospital o podría ser en casa del paciente? Y también, ¿deberá ser autorizada previamente por un comité especial? ¿Cómo se formaría este comité? ¿O sería mejor dejar al médico la responsabilidad de valorar que se cumplan todos los requisitos establecidos? ¿Cuál sería el mejor procedimiento para supervisar la práctica? En fin. Estas son algunas de las preguntas, pero hay más.

Reconozco que estamos ante una tarea complicada, pero ello no puede ser una razón ni para dejar de lado el tema de la eutanasia ni para legislar sobre ella precipitadamente. Deber ser una razón para estudiarla y discutirla con toda la profundidad y compromiso que se requiere. Por eso mi propuesta concreta es que se establezca una comisión que se ocupa de analizar y revisar los distintos aspectos que es necesario considerar para discutir si conviene permitir legalmente la eutanasia y proponer cómo debe regularse.

Muchas gracias.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIÁN.- Muchas gracias, doctora Asunción.

Ahora le vamos a dar la palabra a Pedro Morales H. Licenciado en Derecho por la Facultad de Derecho de la UNAM; es director de Asuntos Contenciosos de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud. Desde 1989 litigante especializado en el tema de salud y derechos humanos, en materia de exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la protección de la salud, libertad reproductiva, salud reproductiva, VIH-SIDA y responsabilidad médica profesional. Patrocinó los juicios promovidos en México por los enfermos de VIH-SIDA y la hemofilia, para lograr un acceso efectivo a los medicamentos y ha defendido ante los tribunales a más de 100 militares que han sido dados de baja de las Fuerzas Armadas por estar infectados con el VIH y padecer diversas enfermedades. Autor de diversas propuestas de iniciativas de reformas legales en materia de anticoncepción de emergencia, reproducción asistida, no discriminación, derechos sexuales y reproductivos y de interrupción legal del embarazo, destacando el caso del Distrito Federal en donde asesoró el proceso legislativo de despenalización del aborto aprobado en abril de 2007, y fue integrante del grupo asesor de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en la acción de inconstitucionalidad promovida en contra de dicha despenalización. Fue director fundador de la revista mexicana de bioética y actualmente es consultor legal del grupo de información de reproducción elegida, A. C. GIRE, director de Medilex, consultoría médico legal; socio fundador y secretario ejecutivo del Colegio de Bioética, A. C., miembro del comité de bioética del programa de VIH-SIDA en la Ciudad de México, integrante del Consejo para la Prevención y la atención integral del VIH-SIDA en el Distrito Federal. Él nos va a hablar sobre los aspectos constitucionales de la eutanasia. Pedro.

EL LIC. PEDRO MORALES H.- Gracias. Buenos días.

Yo también agradezco a Maricela Contreras y al diputado Moreno Rivera la invitación a participar en este foro.

No debo dejar de confesar que me sorprendió un poco la invitación porque el tema de la eutanasia no ha sido precisamente uno de los ramos donde he

centrado mi interés; sin embargo, sí lo ha sido el tema del derecho a la vida, que creo tiene íntima vinculación.

Voy a usar algunas ideas que he denominado aspectos constitucionales de la eutanasia. Como todos ustedes están ciertos, en la Constitución mexicana, el proceso de gestación de la Constitución actual, de las Constituciones anteriores, nunca ha aparecido el tema de la eutanasia. En México, a diferencia de otros países, muchos de ellos latinoamericanos, hay un gran silencio doctrinario al menos por cuanto hace los juristas en el tema de la eutanasia, hay obras muy importantes, una de ellas la de la doctora Álvarez del Río, pero no son obras que hayan sido escritas desde la perspectiva estrictamente jurídica. Igualmente, si hacemos una búsqueda de criterios en los tribunales mexicanos, ha sido un tema que ha estado ausente por completo.

Así, ante la pregunta de si podemos considerar que hay un derecho constitucional a la buena muerte, a la muerte oportuna o a la muerte digna, la única manera de tratar de responder este tipo de preguntas si hay un derecho a la eutanasia, necesaria y forzosamente tendrá que ser o pasar a través de la óptica del derecho fundamental a la vida.

Como ustedes bien saben, en los últimos meses ha habido toda una discusión en México que en parte se generó en agosto del año pasado cuando la Suprema Corte de Justicia decidió o falló la acción de inconstitucionalidad 146/2007 sobre si el derecho a la vida está o no está reconocido en la Constitución federal, esto como consecuencia de la supresión de la mención que se hacía en los artículos 14 y 22 al derecho a la vida cuando se prohíbe de manera absoluta la pena de muerte.

Evidentemente, bueno, yo soy de los que participo de la idea de que el derecho a la vida es un derecho que está implícitamente reconocido en la Constitución. Sin embargo, el hecho de que la Constitución, como necesariamente tiene que ser, proteja el derecho a la vida, es un primer acercamiento a caracterizar los elementos constitucionales del tema que nos ocupa.

Como la mayor parte de los ministros de la Corte definió en agosto del año pasado, creo que es importante hacer una distinción que es fundamental entre la vida como un fenómeno biológico y el derecho a la vida entendido como un derecho público subjetivo.

La vida como fenómeno biológico necesariamente es parte de la finalidad de todo orden jurídico, la protección de la vida como un fenómeno biológico porque necesariamente tiene que ser un bien o un valor constitucional. Sin embargo, esta protección de la vida en primera instancia entendida como un algo biológico, necesariamente tiene que ser distinguida de la vida entendida como un derecho público subjetivo cuya titularidad corresponde a cada una de las personas.

Siendo así este reconocimiento implícito que está en la Constitución federal del derecho a la vida y que es un reconocimiento de carácter expreso en los diversos tratados que han sido celebrados por México, básicamente comprenderían, si lo enfocamos estrictamente desde el derecho a la vida, en dos garantías específicas: una prohibición arbitraria de la vida, que es una prohibición impuesta al Estado, y segunda, una prohibición de la pena de muerte.

También aprovechando esta distinción entre el derecho fundamental de carácter público subjetivo el derecho a la vida y la vida como un fenómeno biológico, evidentemente el cumplimiento de este derecho por parte del Estado no puede agotarse únicamente en una abstención del Estado de privar de la vida a sus habitantes o de prohibir la prohibición de la vida, porque esta es únicamente la faceta negativa del derecho.

De acuerdo a la propia sentencia de la Corte en el caso que mencionaba de la acción de inconstitucionalidad, en algunos otros casos que ha venido fallando recientemente, uno de ellos el caso relativo al cambio de sexo, al cambio de sexo por transexualidad, la Corte ha determinado que el derecho a la vida tiene una serie de facetas positivas que son mucho más amplias que la mera prohibición de privar arbitrariamente la vida. Una de estas obligaciones estatales sería la generación de condiciones de vida digna, de modo tal que el Estado no podría no daría un cumplimiento debido a este derecho si no garantizara estas condiciones de vida.

Otro de los componentes que de manera creciente y progresiva la Corte mexicana ha venido reconociendo es que el derecho a la vida también comprende de manera el derecho a vivir conforme a un determinado proyecto de vida. ¿Qué significa esto? Que cada persona y se presupone que estamos

hablando de personas competentes en pleno uso de sus facultades mentales, que cada persona tenga la posibilidad garantizada por el orden jurídico de definir su modelo y sus condiciones de vida y esto la Corte, en una tesis que está por publicarse y seguramente corresponderá al semanario de diciembre, por primera vez configura la Corte mexicana de manera fuerte el libre desarrollo de la personalidad, entendiendo la Corte como que ese resultante es un derecho más implícito que es un resultante del derecho a la vida, el derecho a la dignidad, del derecho a la autonomía y que permite que las personas tomen sus propias decisiones.

Así, es necesario que este problema se discuta desde esta diferenciación entre la vida como presupuesto ontológico, esto es, es evidente, cualquiera de nosotros para ser titular de derecho requerimos estar vivos, pero eso es una cuestión ontológica, no normativa, y también es necesario que la discusión se dé desde el punto de vista del laicismo.

A fines del año pasado y a lo que de este año hasta el día de ayer habían sido reformadas 16 Constituciones estatales, que si bien es cierto su origen lo podemos encontrar en esa discusión en la que está enfrascada la sociedad mexicana en el tema de la despenalización o prohibición del aborto, en este tipo de reformas también se ha aprovechado para tratar de establecer una especie de prohibición constitucional en las Constituciones estatales en cuanto a la eutanasia, en la medida en que estas Constituciones han sido reformadas para establecer que el derecho a la vida inicia desde el momento de la fecundación y comprende hasta la muerte natural. Un cuestionamiento a este tipo de reformas es si esto implicaría que hay una obligación jurídica de vivir.

Evidentemente cuando hago referencia a la necesidad de que la discusión se dé en un ambiente o desde una perspectiva laica, me refiero a que estas reformas básicamente han obedecido a una concepción religiosa, de hecho a la concepción de la religión católica, que si bien es cierto es muy respetable o tan respetable como lo que podamos pensar cualquiera de nosotros, evidentemente en un Estado laico no puede regir o regular este tipo de discusión.

Otra de las cosas que también podríamos aplicar de lo que la Corte ha venido configurando en torno al derecho a la vida, es que de ninguna manera es un

derecho de carácter absoluto ni es un derecho que prevalezca sobre los restantes derechos fundamentales, la Corte ha determinado que es necesario que el legislador democrática en todas aquellas regulaciones normativas que haga en torno a la protección o restricción de la vida, tome en cuenta que no es un derecho de carácter absoluto, sino es un derecho de carácter relativo y esto para tratar de equilibrar, por un lado, el respeto que el legislador debe dar a los derechos fundamentales de las personas y con un deber que también está en la Constitución, a cargo de todas las autoridades que es el de proteger la vida como un valor constitucional.

Al respecto podríamos ocuparnos de ver si existe una obligación en México a cargo de los órganos legislativos de prohibir o permitir la eutanasia. Evidentemente, el derecho penal es uno de varios mecanismos con que cuenta el legislador para proteger los bienes o valores constitucionales. La Corte ya determinó que por ejemplo no toda protección a la vida entendida como valor constitucional necesariamente requiere acudir al derecho penal, este ya es un primer indicio que nos permite afirmar que en México sería válido, sería constitucional que un órgano legislativo en uso de su competencia decidiese aprobar la eutanasia. ¿Por qué? Porque la Corte también determinó que de manera muy excepcional en la Constitución federal hay supuestos donde hay una obligación de necesaria penalización de conductas a cargo del legislador, que no es el caso de la eutanasia.

Para la Corte habría una facultad otorgada en la Constitución federal a favor de los estados, a favor de los Congresos estatales para definir qué conductas merecen ser tipificadas como delitos y sancionadas como tales en los Códigos Penales, pero es un acotamiento que no entraña ni implica una necesaria obligación.

Así encontramos que cualquier legislación que verse sobre la permisión de la eutanasia o inclusive sobre su prohibición, como es la iniciativa que hoy no tiene reunidos, primero tiene que provenir de un órgano competente, en el caso de la Asamblea Legislativa es evidente que existe esta competencia.

En segundo lugar, la Asamblea Legislativa lo que tendría que hacer al momento en que aprueba una ley regulando la eutanasia, es realizar una ponderación constitucional entre dos bienes o valores constitucionales, por un

lado el derecho a la vida digna, el derecho a la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad y, por otro lado, el deber estatal de proteger la vida.

De modo tal que se tendrían que definir los supuestos en los que debe prevalecer el derecho a una vida digna sobre ese deber o valor de protección de la vida abstractamente considerada. Para eso la Asamblea tendría que cumplir con los principios de proporcionalidad y racionalidad jurídicas, esto es, tendría que establecer una serie de condiciones de supuestos, creo que es tiempo de que, no sé si el país, pero al menos la Ciudad de México que afortunadamente se ha distinguido por tener una legislación de avanzada en todo ese tipo de temas, yo creo que es el momento en que se empiecen a generar una serie de foros donde se pueda discutir con toda libertad cuáles serían los parámetros constitucionales dentro de los cuales se tendría que dar esta regulación de la eutanasia.

Al respecto, yo solamente voy a esbozar algunos que considero que serían importantes. Uno, creo que toda legislación que pretenda regular de manera coherente o razonable la eutanasia, tendría que ocuparse de la prestación de servicios. Creo que la experiencia y aquí la Ciudad de México creo que hay varios ejemplos, la experiencia demuestra que no basta reconocer un derecho o hacer explícito un derecho, a desarrollar un derecho legislativamente, si en esta regulación no se vea acompañada de los medios y mecanismos necesarios para que las personas puedan hacer uso de este derecho. Entonces cualquier reforma tendría que regular la parte de prestación de servicios para acceder a la prestación de la eutanasia.

Si bien reconozco que pueden existir razones fuertes para que preferentemente o esta prestación aconteciera a cargo del personal médico, habría que discutir si necesariamente y/o tendría que ser así.

Otra de las cosas que tendrían que ser reguladas es el derecho a la objeción de conciencia a cargo de los prestadores de los servicios de salud que estuviesen encargados de las áreas donde están las personas candidatas a hacer uso de este derecho; objeción de conciencia que tendría que regulada de manera tal que no implicara anular o en la práctica hacer imposible la prestación de la eutanasia.

También se tendría que establecer una regulación, creo que quizás no sea el momento de entrar a discutir detalles, que permitiera evitar abusos. Otra de las cosas que me llama la atención y que creo que también sería necesario que se profundizara la discusión, es si necesariamente para tener derecho al ejercicio de la eutanasia necesariamente tenemos que hablar de gente en estado terminal; gente que irremediablemente esté destinada a morir en un plazo breve o si podemos considerar que este derecho también lo tendrían personas con otro tipo de enfermedades que van en detrimento de su calidad y de su dignidad humana, pero que no necesariamente implican una muerte inminente.

Creo, finalmente, que hablar de eutanasia no es hablar del derecho a morir, ni es hablar del derecho al acceso, sino implica una faceta por paradójico que ello pueda parecer del derecho a la vida. Creo que en la medida en que como sociedad no enfrentemos y no califiquemos al derecho a la vida como un derecho a la vida digna, pues no habremos avanzado gran cosa.

Gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Muchas gracias Pedro.

Ahora le toca el uso de la palabra al doctor Ricardo Plancarte, él es jefe de la clínica del dolor, del INCAN, él nos hablará sobre los aspectos médicos en la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal.

Trabaja en el Departamento de Anestesiología de Terapia Intensiva y Clínica del Dolor, en el Instituto Nacional de Cancerología.

El doctor Ricardo Plancarte es médico cirujano partero egresado de la Universidad Michoacana, de San Nicolás de Hidalgo; se ha especializado en anestesiología, terapia intensiva, clínica del dolor y cuidados paliativos. Cuenta con estudios de postgrado en anestesiología y clínica del dolor, ha sido certificado en el manejo intervencionista del dolor en el Instituto Nacional del Dolor; ha desempeñado una extensa labor docente en diversas instituciones educativas de salud pública como son el Instituto Nacional de Cancerología, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Nacional de Neurociencia y Neurocirugía en el Instituto de Cardiología, la Universidad de

Concepción de Chile y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, entre otras.

Tiene en su haber más de 60 publicaciones tanto a nivel nacional como internacional en diferentes revistas médicas, ha colaborado como autor de más de 20 capítulos en diferentes libros, ha sido autor principal de 7 libros y ha dictado a nivel nacional e internacional más de 400 conferencias.

Para que podamos ver su presentación, le pido a los ponentes que podamos pasar al frente.

Adelante, doctor.

EL DR. RICARDO PLANCARTE.- Muchas gracias diputada y me sumo a los agradecimientos que mis otros compañeros de esta disertación han hecho. Realmente hablo en nombre de un clínico que está en contacto cotidiano con el tema que nos atañe y así es de que me voy a permitir puntualmente apegarme a los aspectos médicos que a mí entender se involucran derivado de esta ley que ustedes ya tienen conocimiento.

Sin más, quiero resaltar que el objetivo principal de la ley es la regulación de la voluntad de cualquier persona respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona que cuando por razones médicas fortuitas o de fuerza mayor sea imposible mantener su vida de manera natural.

Esto que es el objetivo principal, el que les habla le ha tocado vivir por lo menos tres o cuatro Legislaturas en un propósito de que se alcanzara un grado de aceptación para que se legislara en función de esta situación.

Finalmente aunque después de muchos esfuerzos y de muchas participaciones de innumerables personas, se da a través de esta Legislatura, que ustedes bien conocen para el Distrito Federal, esta alternativa en materia de ortotanasia, es decir en cuanto a evitar la aplicación de medios y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal otorgando los cuidados paliativos, las medidas mínimas, ordinarias y tanatológicas y en su

caso, aquí aparece por primera vez este término, y en su caso la sedación controlada.

Este documento me parece muy importante, esta Ley es muy importante para el ejercicio de los clínicos que estamos involucrados en el tratamiento de condiciones de pacientes que sufren este tipo de situación, porque nos faculta o nos da el marco legal para poder ejercer una actividad clínica apegada totalmente a la ética y a la bioética.

¿Qué son los cuidados paliativos? Es el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a medidas curativas. El principal objetivo es el control del dolor y otros síntomas, no nada más el dolor es una circunstancia que aqueja a estos pacientes. La meta del apoyo paliativo es ofrecer la más alta calidad de vida posible al paciente y a su familia y no está enmarcado exclusivamente a pacientes como ya se ha mencionado que tienen una enfermedad de origen oncológico.

El cuidado paliativo visto en este contexto pues es una necesidad urgente humanitaria alrededor del mundo para personas con cáncer y otras enfermedades crónicas fatales.

La inversión epidemiológica que vive nuestro país y muchos otros países del mundo, nos lleva a la necesidad de crear conciencia de que innegablemente los avances de la medicina hacen que tengamos enfermos más crónicos, poblaciones de mayor edad que en algún momento van a requerir este tipo de atención y de cuidados.

Es necesario particularmente en lugares donde la alta proporción de los pacientes se presentan con estadíos avanzados y que hay pocas probabilidades de cura. El cuidado paliativo es un abordaje que mejora la calidad del paciente y familias que enfrentan los problemas relacionados con enfermedades mortales a través de la prevención y el alivio del sufrimiento innecesario por medio de una evaluación impecable y tratamiento del dolor y los demás síntomas que pueden acompañarse tanto en el marco psicológico como espiritual.

¿Cómo se logra el objetivo de esta Ley en el marco operativo, en el marco médico? Otorgando los cuidados paliativos y es ahí cuando necesariamente

uno se ve ante la circunstancia deseada de ofertarle al paciente una mejor condición, una mejor condición con instrumentos muy básicos que consisten en el control de síntomas que como les digo no nada más puede ser el dolor, hay circunstancias muy difíciles, muy críticas en algún momento determinado como la disnea, hay otras menos complejas como puede ser la debilidad o la caquexia o la anorexia, pero el control de síntomas es algo muy importante.

Desde luego otro instrumento es el apoyo emocional, los cambios en la organización que permita una mejor operatividad de las áreas y de la prestación de este tipo de servicios y desde luego la integración de equipos multidisciplinarios que pretendan y actúen de una manera interdisciplinaria o sea que interactúen entre ellos mismos.

La Ley por otro lado no faculta ni permite bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, la provocación de la muerte de manera activa, directa o indirecta.

Por otro lado también la Ley versa sobre el personal de salud que debe y está obligado a asentar el historial clínico del enfermo en la etapa terminal y que contenga toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, incluyendo la atención obviamente a través de los cuidados paliativos de las medidas mínimas ordinarias como puede ser la sedación controlada que no es eutanasia y el tratamiento tanatológico que se determina.

En cuanto a los derechos y obligaciones y facultades del personal médico y sanitario, también se encuentran contempladas dentro de la Ley y dice *los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal aún cuando con ello se pierda el estado de alerta o se acorte la vida del paciente, con el objeto de aliviar del dolor del paciente.*

Quiero hacer una observación puntual en esto porque este concepto es lo que se encuentra ya en la Ley General de Salud a través de la modificación del Artículo 166 Bis, que está en proceso de su ratificación. No está implícito en los mismos términos en la Ley de Voluntad Anticipada, pero bien se ha mostrado durante las ponencias anteriores acerca de que esta Ley de Voluntad Anticipada promueve el que se modifique la Ley Federal de Salud.

Por tanto la Ley Federal de Salud está en ese proceso de modificación. Ya fue publicada en el Diario Oficial el día 5 de enero de este año y está en proceso y en espera la ratificación por el Ejecutivo de este tipo de modificaciones a este Artículo.

La Ley de Voluntad Anticipada, por otro lado, libera de responsabilidad civil, pena o administrativa al solicitante, profesional o personal de salud que actúe en concordancia con las disposiciones de la Ley. El Código Penal para el Distrito Federal también se reformó para establecer que las conductas realizadas en apego a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal no serán consideradas como homicidio, ayuda o inducción al suicidio o delito de omisión de auxilio o cuidado.

Quiero decirles que este documento en mi opinión sienta las bases para la modificación de la Ley Federal de Salud en términos de cuidados paliativos y el ejercicio médico. Habla además también de las obligaciones de las instituciones y nos acerca muy importantemente a tener un país de otro nivel en términos de calidad existencial en la fase avanzada de una enfermedad terminal.

En cuanto a sedación paliativa, así como se ha definido puntualmente también la eutanasia y muchas otras situaciones, se entiende como la administración deliberada de fármacos en dosis y combinaciones requeridas, combinaciones requeridas para reducir el estado de conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso para aliviar. Este es el punto. Aliviar síntomas refractarios que en algún momento pudieran orillarlos a pedir otra medida; aliviar síntomas refractarios con su consentimiento explícito o implícito delegado.

Por tanto pues la sedación paliativa es una maniobra terapéutica indicada para prevenir el distress prevenible y cierto producido por una maniobra diagnóstica terapéutica o circunstancia propia de la enfermedad. Trata un síntoma físico o psicológico a todos los otros tratamientos posibles. La sedación paliativa es una circunstancia diferente a la eutanasia.

La sedación paliativa en agonía que es otro término que se ha utilizado en la literatura importantemente y que de una manera peyorativa se le ha llamado sedación terminal, en ese proceso de entender y de analizar se recomienda no

utilizar este término porque la sedación paliativa consiste en la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio otra vez inalcanzable con otras medidas de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficiente, profunda y previsible y reversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, tres días, y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Entonces sedación VS eutanasia. Sedación tiene la intención de aliviar refractario; eutanasia provoca la muerte para liberar el sufrimiento. Sedación tiene su proceso la prescripción de fármacos ajustados a la respuesta de cada paciente. En el caso de la eutanasia es la prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida irreversiblemente, y el resultado en la sedación es el alivio al sufrimiento y en la eutanasia es la muerte.

En mi experiencia de 26 años de tratar pacientes en etapas avanzadas en el Instituto Nacional de Cancerología, no he vivido la circunstancia de que un paciente que obtenga el adecuado control a su sufrimiento innecesario, me pida que lo llevemos a un mecanismo que interrumpa su vida. No lo he vivido. Hay otros colegas que han hecho estudios acerca de esto y los vamos a presentar más adelante.

Por otro lado, la Ley Federal de Salud habla de las disposiciones comunes en cuanto a salvaguardar a dignidad de los enfermos en situación terminal y garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, asegurando una muerte natural, rechazando la eutanasia o suicidio asistido, que son las situaciones que están implícitas en esa modificación.

Las disposiciones comunes de esta modificación son establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal, dar a conocer los límites, algo muy puntual que habló la doctora hace un momento, que no tenemos un conocimiento, una aceptación de los límites entre el tratamiento curativo y el tratamiento paliativo; determinar los medios ordinarios y extraordinarios para evitar la obstinación terapéutica.

Los términos comunes que también contempla a esta modificación son: ¿a qué se le llama enfermo en situación terminal y qué son los cuidados paliativos?

Situación terminal de un enfermo es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible con un pronóstico de vida inferior a 6 meses. Creo que esto ya se ha planteado en diferentes momentos durante esta mañana, y los cuidados paliativos es la atención activa y total incluyendo los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, con control del dolor y los síntomas asociados que se presenten.

La Ley de Voluntad Anticipada, que fue en mi opinión la que genera la promoción de estas modificaciones, tiene formas diferentes como ya lo expresó la psicóloga al principio, que son mediante un documento o un formato, que no viene al caso ya redundar sobre esto que ya fue presentado.

En mi opinión, tanto este documento como este formato, son instrumentos muy herméticos que limitan la flexibilidad de que pueda tener una mejor operatividad esta Ley de Voluntad Anticipada, por lo tanto una de las propuestas que ya se han hecho de modificar o trabajar sobre lo que ya está haciendo algunas adecuaciones, podría facilitarnos a los clínicos que tenemos que ver con esta situación de pacientes, una mejor operatividad de la misma.

Obviamente entre otras de las circunstancias que plantean y que los mismos pacientes y las familias de los pacientes así lo dicen, es el acto todavía vinculado a métodos o mecanismos burocráticos para poder acceder, en mi opinión necesitamos de alguna manera hacer más gentil esta Ley con los que la necesitan, para que tenga mayor accesibilidad a todos los pacientes con menos métodos burocráticos.

Esta Ley en cuanto al personal de salud y las creencias religiosas, tiene un respeto absoluto para cualquier creencia. Es un marco óptimo en esta circunstancia, pero por otro lado nos limita por la necesidad de reunir requisitos específicos mediante los documentos que ya mencionamos.

También estipula la Ley que el personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

Los derechos y facultades y obligaciones de los médicos están muy puntualmente establecidas en la modificación de la Ley Federal de Salud, pero

están establecidas derivadas de la Ley de Voluntad Anticipada y estoy totalmente de acuerdo con la doctora que puntualizó en que desde el título de la Ley, el nombre de la Ley de Voluntad Anticipada debe ser reconsiderada alguna modificación.

Los médicos especialistas proporcionarán información necesaria para que el paciente decida su atención, tratamiento y cuidados; pedirán el consentimiento informado por escrito para los tratamientos o medidas a tomar; informarán al paciente oportunamente sobre la opción en cuidados paliativos.

Esto es mucho más flexible lo que contempla la modificación del Artículo 166 Bis, en mi opinión es más flexible que lo que actualmente en esos términos tiene la Ley de Voluntad Anticipada.

El Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, contempla la participación del Comité Hospitalario de Ética Médica, como considerado un grupo consultor interdisciplinario encargado de verificar, avalar y recomendar sobre el diagnóstico del enfermo en etapa terminal y aplicar la Ley de Voluntad Anticipada.

El diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal debe ser avalado por el Director y/o Comité Hospitalario de Ética Médica en la Institución donde se presente la circunstancia.

¿Cuáles son las barreras que encuentra –en mi opinión- la operatividad tanto de una u otra circunstancia, tanto de la Ley de Voluntad Anticipada o de la posible la modificación al Artículo 166 Bis de la Ley Federal?

Sigue habiendo situaciones en el marco médico como la referencia tardía o la poca disponibilidad para entender cuál es el fundamento real de los cuidados paliativos a pesar de que se a realmente confirmado el beneficio en todos los aspectos tanto económicos, social, etcétera, de la implementación de cuidados paliativos en los diferentes hospitales.

Pero por otro lado hay otras barreras en el paciente también, desde luego el creer en un pronóstico mejor que el planteado cuando no se tienen expectativas realistas de la enfermedad, desacuerdos familiares, falta de cuidados avanzados en la planeación de los mismos cuidados a que tiene derecho. Son situaciones que existen.

Los factores sociales también son circunstancias importantes en los que se debe de trabajar. Esto es hay un campo importante donde tenemos que trabajar para poder tener una mejor operatividad y también hay factores políticos, porque difícilmente se comprende que los cuidados paliativos sean parte de un sistema de salud y la Ley aquí sí lo contempla; la Ley de Voluntad Anticipada lo contempla como parte del Sistema de Salud. Eso es algo de lo relevante que tiene.

Por otro lado también no hay reembolso por servicios en cuidados paliativos y la restricción y regulación que impide al acceso a los opioides. Esto es un punto también muy importante que tenemos que reconocer que en nuestro país sigue existiendo una situación opiofobia a pesar de que existe la disponibilidad de opioides.

La evolución desde que aparecen los cuidados paliativos en el mundo a través de las diferentes décadas y tiempos, llega hasta el momento actual a que ya en los años, en la década reciente existen países que tienen especialistas y tienen un número importante, un ejército de personal trabajando en pro de los cuidados paliativos que ha demostrado evidentemente el beneficio y las poblaciones beneficiadas son múltiples. O sea esto es innegable, hay pacientes crónicos, pacientes en diferentes circunstancias mortales, pacientes con enfermedades progresivas, etcétera, que se ven beneficiados importantemente por la implementación de los cuidados paliativos.

Este es un estudio básico que se hizo en el Instituto Nacional de Cancerología. Una encuesta que valida exactamente lo que yo les menciono, que es que pocos pacientes quieren optar por la eutanasia, porque se les interrumpa la vida. Pero también es muy importante porque muchos no saben ni qué es lo que está pasando, están tan involucrados en la preocupación de su sufrimiento y de su enfermedad y de todos los trastornos, que no entienden. No quieren realizar trámites más de los que ya han hecho, no quieren hacer actas notariales. Esto es verídico, no lo hice yo, lo hicieron gente de nuestro grupo en el Instituto. Ellos piensan que se debe luchar hasta el final con la enfermedad, o sea la idiosincrasia de nuestra población, nuestras creencias, esa es la verdad. No les gusta preocupar a su familia, no lo haría por qué no entiendo para qué sirve realmente, eso fue puntualmente con respecto a la Ley

de Voluntad Anticipada. No, porque quiero continuar con mi manejo médico hasta el final. O sea tienen un apego a la necesidad de convivir con sus médicos y con las alternativas que les plantea el médico importantemente.

¿Ha hecho algún tipo de testamento? 7.5 por ciento afirmaron que sí y 92 por ciento afirmaron que no. Esto quiere decir pues que esta es una realidad de nuestra población y yo creo que la modificación o el implemento de nuevas Leyes o conductas tienen que estar de acuerdo con nuestras necesidades reales y el país en el que vivimos, la ciudad en la que vivimos, etcétera.

Concluyo con esta reflexión, creo que necesitamos informar más, educar más, flexibilizar o hacer más amigables las leyes existentes en materia de cuidados paliativos y reforzar desde luego todos los caminos que puedan llevar hacia esta oportunidad.

Muchas gracias.

LA C. PRESIDENTA.- Pásele para acá para las preguntas. Les pasamos por ahí unas tarjetitas. Igual y no les informamos que eran tarjetitas para preguntas.

Si hubiera alguna pregunta por parte de los concursantes. Tenemos aquí solamente una tarjetita para del doctor Alejandro Montaña, para todos, que es ¿qué es vida insoportable para el enfermo terminal mexicano? Igual y mejor esa pregunta que nos lo explique porque no le entiendo muy bien.

Si le pasan el micrófono, por favor.

PREGUNTA.- Bueno, primero felicidades por las presentaciones.

El punto es que se está ofreciendo la eutanasia, cuando la vida es insoportable, pero este concepto para nuestra realidad mexicana es muy delicado porque si la atención médica es incompleta, entonces el paciente puede tener una vida insoportable porque le están calmando el sufrimiento con Tempra, por ejemplo.

Entonces si estamos hablando de una población vulnerable, donde tiene derecho a unos cuidados paliativos que ya vimos todo lo que se requiere de calidad, de hecho es un requisito para poder entrar en una solicitud de eutanasia en Holanda, que los cuidados paliativos ya estén cubiertos.

Entonces si no se tiene esto, se puede correr el riesgo de que la Ley se interprete como otra medida de abandono al paciente que no se le está dando una atención de buena medicina.

Entonces es delicado en el aspecto social y del momento médico, donde apenas está la Ley Anticipada, de enero, y a proponer una limitación de tratamiento cuando todavía no se proporciona un tratamiento integral. Entonces esa pregunta es para México, entonces vamos a decir, la vida es insoportable y a lo mejor puede decir alguien, ahorita estamos insoportables y no estamos interminables.

Gracias.

EL C. DR. ALEJANDRO MONTAÑO.- Yo creo que es un planteamiento muy real de lo que pasa. Usted dijo Tempra, cuando el paciente no ha accedido a todo lo que contempla realmente el marco operativo de los cuidados paliativos.

Sí yo creo que esto es una circunstancia muy peligrosa, sobre todo en un país en donde nuestra realidad es otra. Si estuviéramos en otras circunstancias, en otro país, si fuéramos otro tipo de ciudadanos, entonces creo que me refiero que tuviéramos el acceso a todo lo que otros ciudadanos tienen derecho, yo pienso que la situación podría caber en ese tipo de países, es mi opinión. Pero cuando no hemos madurado, no hemos crecido como bien decía la psicóloga Soledad, en los cuidados paliativos cómo vamos a tener ya, o sea nuestra Constitución y algún jurista nos lo ratificará, es una de las Constituciones modelos en el mundo, en todos los aspectos, tenemos leyes modelos, ¿pero por qué no las usamos, las vivimos?

Entonces yo creo que estoy totalmente de acuerdo, partiendo en analgésicos para evitar el dolor, cuando lo que necesitamos es mayor disponibilidad a analgésicos potentes, seguimos consintiendo la opiofobia y entonces un paciente se puede ver orillado o inclusive un médico mal informado, también se puede ver encaminado hacia una situación por desconocimiento de qué son los cuidados paliativos, qué conllevan los cuidados paliativos, y ese sufrimiento, a qué le llamamos sufrimiento, yo creo que es una desinformación muy grande la que tenemos y que necesitamos todavía cubrir.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIAN.- Le damos la palabra a la doctora Asunción.

LA C. DRA. ASUNCIÓN ALVAREZ.- Quisiera comentar algo sobre esto. A mí eso de pensar que en otros países, o sea es que somos tan diferentes en algunas cosas de otros países, yo lo cuestionaría, en algunas cosas podemos tener diferencias, pero como en otros países nos lo dimos y como en otros países podemos hacer la reflexión.

Los futuros pacientes, además de los médicos, los futuros pacientes que vamos ser, si no nos morimos antes de otra cosa, de que querríamos contar con la decisión de eutanasia.

Entonces me parece que en eso por lo pronto aclarar que no somos tan diferentes, aquí en México ya hay muchas personas que querrían contar con esa opción, unos porque ya están enfermos y otro porque no saben cómo va a ser eso al final.

Yo fui muy clara, si las cosas se hacen bien, van a ser muy pocos los que teniendo la opción realmente la pidan. Así que sí hay que aspirar a ser las cosas bien y quizá alguno de los puntos que añadiría en la lista de preguntas que puse es, ¿realmente creemos al considerar esta iniciativa que nos reúne hoy, que tenemos que haber ya palomeado todo, que ya nos desarrollamos en todo bien, en mejor comunicación con el paciente, en buenos cuidados paliativos, para entonces empezar a pensar en la eutanasia? No lo sé.

Yo creo que ya hay pacientes que desde ahora podrían querer, merecerían tener esa opción, pero lo pongo a discusión. Lo que sí quiero señalar es que yo no me siento tan diferente de otros países en querer respaldar esa libertad y no hablo por mí, no estaría hablando sólo por mí, sino que creo que represento a muchos que lo piensan así.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIAN.- Yo quisiera darle la palabra a ella, si nos pudieran dar su nombre.

PREGUNTA.- Yo también quisiera hacer una pregunta.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIAN.- Después.

LA C. CELINA CASTAÑEDA DE LA LANZA.- Estoy coordinando el programa de medicina paliativa en el Estado de México.

Creo que a lo que se refiere el doctor Plancarte es que somos diferentes en cuanto a las causas de sufrimiento que tenemos y la manera como las vivimos. Lo cual comparto completamente su opinión porque en países desarrollados el sufrimiento lo ocasionan los tratamientos, las intervenciones.

En países como el nuestro, el sufrimiento lo ocasiona la enfermedad, el no acceso ni la disponibilidad de los recursos tecnológicos y farmacológicos para el alivio del dolor de los pacientes.

Por otra parte, se ha demostrado en estudios retrospectivos, sobre todo en Holanda que fue el primer país que adoptó la iniciativa de eutanasia, que no era la mejor solución. Ahora han visto que se ha hecho un abuso y que aquellos pacientes que solicitaron la eutanasia en un momento dado, fue porque no tuvieron un alivio de sus síntomas.

Por otra parte, cientos de médicos reconocieron que en más de mil casos reportados, el paciente no solicitó la eutanasia y ellos la otorgaron.

Entonces esto es un dilema ético, moral, donde primero creo que la política en materia de salud debería ser dirigida a ser efectivos los cuidados paliativos en la formación de recursos humanos, en la disponibilidad de los insumos, en el acceso en la atención, y a partir de ahí pensar que aquel que solicite la eutanasia, pues tenga el acceso, pero primero fundamentar lo que se ha ofrecido, el cuidado paliativo que no es una realidad ni en el DF ni en el Estado ni en ninguna otra parte de la República Mexicana.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIAN.- Bueno la pregunta que yo quiero hacer, toca revisar y dictaminar una propuesta que es un tema de controversia y que en su momento cuando se plantea lo de la Ley Anticipada, pues obviamente también fue un tema de controversia, hay quienes están a favor incluso de este tipo de mecanismos de este tipo de tratamientos, ya no hablemos de la eutanasia como un mecanismo activo.

Yo creo que en el tema de los derechos se puede plasmar en la Ley y al final, como bien lo decía la doctora Asunción, no es algo que obligue. Los derechos plasmados en la ley no obliga a todo el mundo, pero sí es algo a lo que se

puede acudir cuando estamos convencidos que es algo que nos puede beneficiar y que cuando ya lo hemos pensado y creemos que es algo que nos puede beneficiar y podemos acudir a él, que es el caso de la interrupción del embarazo, no nos obliga a las mujeres a abortar, pero es un derecho al que podemos acudir si es que lo necesitamos.

En ese sentido, a mí me parece y creo que la propuesta que he escuchado aquí ya un par de veces en el sentido de bueno es algo que tenemos que seguir discutiendo, no es una dictaminación que seguramente tendremos que hacer rápido ni que tenga que salir en este periodo legislativo, creo que podemos seguir revisándolo, hay muchas vertientes que tenemos que trabajar, que tendríamos que estar analizando.

En ese sentido decir, qué podríamos en este momento mejorarle a la Ley de Voluntad Anticipada, que pudiera permitirnos avanzarle en lo que seguimos pensando, en lo que seguimos analizando una posibilidad hacia delante. Entonces yo le preguntaría a los ponentes, en términos legales, en términos de concordancia constitucional, lo que nos planteaba aquí Pedro, como legisladores qué podríamos nosotros mejorarle a la Ley de Voluntad Anticipada y que nos diera a la vez tiempo en esta legislatura que además va empezando y que yo digo, se presenta una iniciativa a la entrada de esta legislatura que nos da bien tiempo de analizar, a veces las iniciativas se presentan al final de las legislaturas y no nos da tiempo de analizarlas con profundidad, creo que hoy estamos en oportunidad de establecer una mesa de análisis en todas las aristas que puede presentarnos una iniciativa de esta magnitud.

Entonces quien quiera empezar Titular de la Secretaría del Medio Ambiente.

Asunción.

LA C. DRA. ASUNCION ALVAREZ.- Yo quisiera, quizá no es exactamente la pregunta, pero tiene relación. Yo creo que este tema tan difícil, que es tan difícil sentarnos a hablar y de veras decir, pero a ver usted cómo lo ve, porque usted lo ve muy diferente a como yo lo veo y quisiera entender un poquito cómo lo ve y quisiera que entendiera un poquito cómo lo veo yo, no hay que dejarlo para que otra vez cuando entre otra iniciativa, porque las iniciativas como ésta misma entra con muchas cosas que hay que especificar y que hay que mejorar y que hay que corregir.

Entonces yo diría, además de mejorar la que está ahora, no descartar el tema de la eutanasia que es un tema que aparece y aparece, pero entonces si nunca se da seguimiento bien a lo que se presenta y nunca se avanza en tener estos foros, pero que continúen y que realmente podamos llegar a acuerdos en lo mínimo, otra vez va a volver a pasar lo mismo.

Entonces yo diría que las dos, la que ya está y también ésta que se propone, por la que estamos hoy aquí, porque además reconociendo que es muy difícil hablar de esto, pero tenemos que poder aprender a hablar de esto y escuchar y avanzar en buenas iniciativas y que podamos estar de acuerdo.

EL C. .- Espero no meterme en problemas, pero generalmente no lo logro, generalmente no logro evitar los problemas.

Miren, yo con todo respeto aquí veo un gran problema que creo que es característico de este tipo de temas.

Creo que la visión medicalizada y lo digo con todo respeto para los médicos y las médicas, no es necesariamente la mejor perspectiva para hablar un tema como éste.

Creo que habría que privilegiar una perspectiva en términos de hechos fundamentales. Con todo respeto creo que ni los médicos ni los abogados somos quienes vamos a determinar el contenido o el alcance de los derechos fundamentales. Una.

Dos. Creo que cuando se habla de la opción de la eutanasia, básicamente queda el supuesto de que tiene que garantizarse la autonomía del paciente y eso presupone que la persona tenga todas las alternativas disponibles, si no ahí coincidiría que sería una falsa opción. Segundo.

Tercero. No estaría yo tan de acuerdo con el doctor en el sentido de que la reforma a la Ley General de Salud es consecuencia de la Ley de Voluntades Anticipadas.

Yo tengo la impresión que es un intento de freno, creo que hay elementos para suponer que la reforma a la Ley de Salud precisamente está tratando, es una de tantas iniciativas que están tratando de poner trabas en el avance de los derechos a favor de los pacientes.

Cuarto. Coincido plenamente con Asunción, creo que habría que evaluar críticamente la Ley de Voluntades Anticipadas, creo que ya es tiempo y creo que hay condiciones para hacer una evaluación de qué es lo que se podría mejorar, pero creo que eso no nos debe de obviar el tema de la eutanasia, porque en estricto sentido podría terminar siendo dos problemas totalmente distintos. Hay gente, o sea no es necesario pasar por la voluntad anticipada para llegar a la eutanasia.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIAN.- Doctor.

EL C. .- Sí. Yo sin entrar en polémica, pues los contenidos y contenidos de una y otra están a la vista, y con mayor razón, si la modificación a este artículo de la Ley Federal de Salud está de alguna manera encaminado, que no lo he visto así, a lo mejor me falta crear más un análisis de fondo que pueda obstaculizar la operatividad de la Ley de Voluntad Anticipada, pues con mayor razón, entonces retomando las palabras de la diputada Maricela Contreras hace unos segundos, en el que qué más podemos hacer por la Ley de Voluntad Anticipada, entonces yo creo que habría que ver, en mi opinión, flexibilizarla más para la operatividad, hacerla más amigable al clínico, a quienes lo estamos viviendo el problema y por tanto a los enfermos, pero no es nada más esa situación.

Muy de acuerdo esto con la doctora Álvarez, en el sentido, desde el enunciado de voluntad anticipada y otros contextos que están en el interior.

Me tocó en su momento formar parte de un grupo consultor, estando en funciones la persona del doctor Mondragón, cuando le tocó en ese tiempo llevarla a su operatividad. Hubo varias adecuaciones, sin embargo, no quedamos claros que no eran las suficientes ni las únicas que podría presentarse como necesidad de la operatividad de esa ley. Por tanto yo creo que hay mucho que hacer en la ley, entre otros, los recursos, porque está muy bien, ya la tenemos, pero para operar, para que realmente simplemente, así sea nada más aquí en el Distrito Federal.

Yo recuerdo muy puntualmente una situación que le planteé al doctor Mondragón en su momento como ejecutivo de la Secretaría de Salud: Doctor, los recursos existen, dice, ese es un asunto diferente. O sea sí deben de

existir, pero la ley debe de tener todas posibilidades de operar en tal o cual situación.

Sí yo creo que aquí hay muchas cosas que se pueden hacer, y yo creo que los legisladores pueden apoyar mucho en todo esto porque está la ley, pero no están los recursos.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIAN.- Bueno, este es un tema que nos da para más, tenemos todavía otra mesa, así es que les voy a pedir la disculpa para el siguiente bloque, decir que efectivamente se puede hacer una agenda, yo creo que es algo en lo que podríamos quizás concluir esta parte de la mesa, el tema de voluntad anticipada, no es contra el tema, o sea no se contrapone con el tema de la eutanasia, creo que es puede dictaminar de manera paralela, son cosas que podemos seguir analizando, agradecemos a nuestros ponentes su participación.

Le vamos a pedir a la psicóloga Wanya Carballido Arroyo, de la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que pase para ayudarnos a coordinar el siguiente bloque de esta mesa de discusión.

LA C. WANYA CARBALLIDO ARROYO.- Les voy a pedir que pasen a la mesa el doctor Fernando Coronado Franco; el doctor Felipe Martínez Arronte, el doctor Humberto Cabrera Aguilar y el licenciado Luis Antonio Montesdeocca Mayagoitia, por favor.

EL C. MODERADOR.- Buenas tardes, vamos a continuar. Tengo el gusto de presentar al doctor Felipe Martínez Arronte. Bienvenido, doctor.

Es médico cirujano, egresado de la Universidad Autónoma de Puebla, con la especialidad en medicina interna en la Universidad Autónoma de Madrid, España; especialidad en geriatría en el Instituto Nacional de Senectud; segunda certificación por el Consejo Mexicano de Geriatría.

Cuenta también con un diplomado en tanatología por la Asociación Mexicana de Tanatología; diplomado en la enseñanza de la medicina en la Facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de México.

Su experiencia: Es Vicepresidente del Colegio de Tanatólogos de México, de 2002 a 2005; Presidente del Consejo Mexicano de Geriatría, del 2004 al 2006;

Presidente de Asociación Mexicana de Tanatología, Asociación Civil, 2005-2008; Profesor de maestría en tanatología en 2002-2004.

Editor del libros tópicos de gerontología de la UNAM, FST, en 1998; autor del capítulo autocuidado en el libro "Vejez en plenitud", en el año 2005.

Sea usted bienvenido, doctor Felipe Martínez Arronte.

EL C. DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE.- Gracias, muy amable.

Yo también me uno a los agradecimientos a la diputada Maricela Contreras, también mi agradecimiento al diputado Jorge Palacios, y lo que yo les voy a hablar es de muerte digna.

De alguna manera podríamos considerar la muerte digna como una utopía en la actualidad, si realmente la dignidad es una cualidad inherente a la vida, por qué no también ser considerada en el entorno de la muerte, qué hay al respecto de todo eso, de alguna forma preguntándonos y haciendo un análisis, si hace falta sufrir y hacer sufrir a quienes nos aman para poder pasar por ese trance y si le sirve de algo al enfermo y a su entorno familiar una agonía prolongada.

Nosotros el aspecto de muerte digna, debemos considerar dos aspectos. Un punto importante ese acerca de la información que tiene por un lado el paciente y por otro lado la familia acerca del diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad en términos que le sean comprensibles.

Hoy de alguna manera a lo largo de muchas décadas, se ha sabido que lo importante es que la persona como paciente conozca la verdad acerca de su diagnóstico, sin embargo, hoy todavía en la actualidad, en este siglo, vemos gran dificultad para hablar de esta verdad al paciente.

En tanatología cuando hablamos de paciente, consideramos que un requisito de paciente terminal, un requisito es que conozca su diagnóstico, si no definitivamente en tanatología no vamos a poder ayudarlo, no vamos a poder acercarnos a él.

Por otro lado, tanatología también cuando nos referimos al paciente, y considero también en cuidados paliativos, es no hablar ya de paciente, sino de persona humana, considerándolo con sus necesidades. Un punto importante

en todo esto y que se hace mucho énfasis en tanatología, es acerca del acompañamiento que requiere esta persona, tanto él como su familia, ya que de alguna manera consideramos a través de algunas frases de personas que dicen que la peor soledad para un moribundo es no poder comunicar a sus seres queridos que va a morir, y cuántas veces alrededor del paciente vemos que precisamente el paciente se entera ya de lo que está ocurriendo, ya en los últimos momentos.

Debemos considerar también alrededor de esta muerte digna, que el paciente podría tomar ya con el conocimiento de lo que está ocurriendo, tomar sus decisiones y tener la última palabra sobre el tratamiento, incluso si se trata de rechazarlo, recibiendo siempre medios apropiados para evitar el sufrimiento.

Yo aquí consideraría que una palabra clave, en todo esto precisamente es sufrimiento del paciente y de la familia. Alrededor de este sufrimiento en medicina, cuántas veces nosotros damos la interpretación errónea al sufrimiento del paciente, y no es exactamente lo que está viviendo él.

Hoy todavía en este siglo hay de alguna manera dificultades para entender el verdadero sufrimiento de la persona. Cuando hablamos del objetivo más importante que tiene la tanatología es precisamente curar el dolor de la muerte y la desesperanza, y en este dolor de muerte y desesperanza, va definitivamente implícito este sufrimiento del paciente.

Hoy inclusive hay modelos de abordaje del sufrimiento en la que hablan de alguna manera el considerar por qué está sufriendo el paciente, qué es lo que lo está amenazando y de alguna manera en esta parte de lo que vive el paciente como amenaza a su futuro, a lo que no va a poder cumplir en todo este proceso que está viviendo desde que conoce el diagnóstico de esta enfermedad terminal, de alguna manera lo que lo acompaña a esta amenaza, de alguna manera lo acompaña una impotencia y ante esta impotencia, si la persona no tiene las estrategias para adaptarse y para vivir todo este proceso de acompañamiento, de alguna manera evidentemente va ahí a estar este sufrimiento.

Es importante por lo tanto, que así como se habla de darle este apoyo en cuidados paliativos, del alivio, del dolor y de todos los síntomas, el paciente tenga también un apoyo integral en todas sus necesidades viendo e

identificando cada uno de estos problemas que vive él y su familia en sus diferentes áreas desde emocional, social u ocupaciones y espiritual, de alguna manera para ayudar y afrontar satisfactoriamente al paciente a cubrir cada una de estas necesidades, tendremos que ver qué herramientas tenemos para acercarnos verdaderamente a este paciente y proporcionarle o apoyarlos en esta muerte digna.

De alguna forma, se identifica que para lograr esta muerte con dignidad, el autor Royd, habla en primer lugar de que lo primero que tenemos que considerar es que alrededor de la muerte de esta persona, no ocurra el abuso de la tecnología.

Quiero considerar que desde que se iniciaron también los cuidados paliativos, la gran preocupación en estos cuidados paliativos era que se brindara más tecnología y únicamente se viera o se brindara tecnología sin tomar en cuenta todo lo que está alrededor de este sufrimiento y no considerar únicamente el dolor físico, sino también el dolor moral, el dolor espiritual, el dolor social.

Por otro lado también es importante por supuesto, el que muera en un entorno digno, digno del ser humano y de lo que podría ser vivir su hora más importante. Si nosotros vemos, por ejemplo en tanatología, que tenemos dos tareas importantes, la primera es la de vivir y la segunda es la de morir, y que de alguna manera nos cuesta trabajo cumplir esta segunda tarea, así como celebramos este inicio de nuestras vidas, la última, la segunda tarea nos cuesta mucho trabajo cumplirla y mucho menos celebrarla.

Por otro lado es importante considerar, según este autor, morir con los ojos abiertos, dando la cara de valentía, aceptando lo que llega. Sin embargo, hablar de ello, de esta aceptación y de alguna manera en tanatología consideramos que es importante preservar la vida de la persona de acuerdo a lo que por supuesto él desea hasta el último momento, sobre todo cuando muchas de las veces ya de todo lo que se ha señalado, se le apoya en cada una de sus necesidades y estar libre de dolor y de todos los síntomas que acompaña a la enfermedad se le permita que de alguna manera él siga siendo considerado que forma parte de los vivos, porque aún una persona en los últimos momentos como paciente moribundo, tiene la necesidad de seguir sintiéndose parte de los vivos y no que ya esté segregado y aislado en algún

lugar donde con el pretexto de que esté más tranquilo, se le abandone y en el último momento muera en total soledad.

Por otro lado, también en el considerar el morir con dignidad se habla de morir con un espíritu abierto, aceptando que muchas interrogantes que la vida ha abierto quedan sin respuesta.

Es importante también el hablar de que morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida, porque sabemos que por otro lado para la persona que está en este proceso al final de su vida es una gran preocupación que también se les proporcione todo lo que necesita a la familia.

En tanatología ha sido una gran preocupación a través de ver de algunas experiencias que se han tenido en algunas unidades hospitalarias, que la mayor participación y necesidad que se tiene por parte de la tanatología es el apoyo precisamente que requiere la familia, el considerar que la familia todavía en el último momento tenga la posibilidad de estar presente y precisamente en esa parte de iniciar un apoyo a su paciente estando ahí activo en las ayudas que requiera, esta familia comience un trabajo ya de duelo anticipatorio con anterioridad y esto resulta de alguna manera de gran ayuda para estas familias y posteriormente en el apoyo que se les pueda dar.

Hoy, por otro lado, existe también la observación en algún momento que el equipo de salud pocas veces estamos preparados, y refiriéndome a nosotros los mismos médicos y al resto del equipo de salud, a dar un apoyo y un acercamiento a la familia. Muchas de las veces el contacto que se tiene con la familia en nuestros hospitales, sobre todo por la gran cantidad de trabajo, de gran cantidad de pacientes que hay, es poco el tiempo que se le dedica, por eso de alguna manera el considerar que el lugar idóneo de apoyo en los últimos momentos para la persona que está cerca de la muerte si es el hogar sería el lugar más adecuado porque es ahí donde precisamente el control de la situación lo va a tener la familia y el paciente y por otro lado es ahí donde nosotros podemos establecer una mejor comunicación con la familia y con el paciente.

Por otro lado, se dice también que todos estos aspectos que nos ubican cerca de la muerte, como equipo de salud debemos aprender a dar ese lugar que

tiene la muerte, como equipo de salud tendríamos que analizar, y es lo que nos invita la tanatología, así vamos a apoyar a la persona que está cerca de la muerte, tendríamos que ver primero, el primer trabajo es analizar cuáles son nuestras actitudes hacia nuestra propia muerte y hacia la muerte de la persona.

Es importante también aprender a aceptar los límites de la medicina, es importante aprender a tolerar el sufrimiento del paciente para poder permanecer a su lado.

Nosotros también podríamos compartir con ustedes algunas experiencias que se han tenido de algunos apoyos y participaciones en tanatología en algunas unidades hospitalarias. Se ha visto que el equipo de salud requiere de un gran respaldo, de un gran apoyo emocional debido a esa situación de riesgos que tiene de colapsarse emocionalmente. Por tal motivo, nosotros ahí identificamos que ahí se tiene un gran papel por parte de la tanatología para respaldar y apoyar emocionalmente al equipo de salud.

Hay que señalar de alguna manera que si bien la tanatología y los cuidados paliativos de alguna forma van a ayudar a que la persona viva hasta que muera, de alguna manera se va a ayudar a vivir hasta que muera pero sin sufrimiento.

A través de algunas observaciones, por ejemplo de Marie de Henesel, ella decía que cuando el paciente pedía al médico que terminara con su vida podría ser una respuesta inducida por la impotencia del médico. Cuántas veces de alguna manera por toda esa situación que hemos vivido de presión de curar y prolongar la vida, quizás en el momento que se tienen estas dificultades y no se tengan las herramientas suficientes de algún otro tipo de apoyo, precisamente esta impotencia, según Marie de Henesel, sea muchas veces el motivo que invite al médico a participar en la eutanasia.

Al aceptar la solicitud de terminar con la vida de un paciente se confirma a ese enfermo que su vida ya no tiene valor. De alguna manera también consideraríamos que si hoy uno de los objetivos más importantes de la medicina en este siglo XXI es precisamente ya el lograr que la persona tenga una muerte digna, tendríamos que analizar que cuando independientemente de todos nuestros esfuerzos se llegue ya a la muerte, conseguir que si los

pacientes mueren, mueran en paz, ya que a pesar de los avances tecnológicos nunca podremos posponerla indefinidamente.

De alguna forma aquí nosotros propondríamos que lo primero que tendríamos que insistir y ya se ha insistido en el foro y ya se ha iniciado, pero que de alguna forma si bien ya es el momento que a través de esta ley la hora de los cuidados paliativos y de la tanatología han llegado, tendremos que de alguna manera capacitar en primer lugar a los médicos en habilidades de comunicación con su paciente, ya que es una de los grandes retos que hemos tenido los médicos de cómo dar el diagnóstico, y uno de los problemas es ese gran miedo de cómo ayudar cuando reacciona con una serie de emociones que no sabemos nosotros manejar.

Por otro lado, capacitar al equipo de salud en técnicas de acompañamiento al paciente moribundo.

Es importante también el desarrollar investigación por supuesto científica del sufrimiento humano, para que de alguna manera a través de esta investigación conozcamos mejor una serie de medidas y apoyos, de ayudas en este sufrimiento. Por otro lado, también se tendría que difundir los programas de cuidados paliativos y de tanatología para la sociedad.

En palabras de Hermann Hesse, que decía: *La llamada de la muerte es una llamada de amor. La muerte puede ser dulce si le respondemos afirmativamente, si la aceptamos como una de las grandes formas eternas de vida y transformación.*

Muchas gracias.

LA C. MODERADORA.- Muchas gracias. Ahora vamos a continuar con el doctor Fernando Coronado Franco.

Por cuestiones de tiempo le vamos a solicitar a todos los ponentes que faltan que sean muy breves, más o menos 5 minutos, si es posible, para poder terminar en tiempo y todos nos podamos retirar a nuestras actividades.

El doctor Fernando Coronado Franco, de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es Director General de Educación y Promoción de los Derechos Humanos. Tiene estudios en Maestría y Doctorado con especialidad en Derecho Penal por la Universidad Nacional Autónoma de México.

En sus actividades profesionales encontramos que es Asesor del Tercer Visitador General, Director General de la Tercera Visitaduría y Coordinador de Asesores de la Presidencia de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Secretario Ejecutivo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Jalisco, Asesor Jurídico de la Subsecretaría para Derechos Humanos de la Secretaría de Relaciones Exteriores, Director General de la Primera Visitaduría de la Comisión de Derechos Humanos del D.F., y por parte de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal Subprocurador Jurídico y de Derechos Humanos, Consultor de Derecho de la Reforma Procesal y Director General de Educación y Promoción de los Derechos Humanos de la Comisión de Derechos Humanos.

Adelante.

EL C. DR. FERNANDO CORONADO FRANCO.- Gracias, muy amable.

Necesitamos ser breves, entonces yo trataría de ser lo más sistemático posible.

El primer planteamiento que hago es que esta temática del derecho a morir dignamente en sede médica, que es digamos el contenido básico de este tema, es un planteamiento de derechos humanos y por lo tanto de derecho internacional de los derechos humanos y es un tema de derecho constitucional, en el que sostengo enfáticamente el saber médico hará una enorme y valiosísima aportación para plantear los requerimientos y las condiciones médicas que se necesitan para ejercer este derecho.

La segunda cuestión es que el derecho a morir dignamente forma parte de los derechos a la vida y a la salud, aunque existan discusiones sobre este planteamiento.

Lo planteo así porque el primer derecho que tiene la persona en sede médica es el derecho al mejor tratamiento posible, y el mejor tratamiento posible incluye un diagnóstico informado, incluye una documentación adecuada del tratamiento, incluye un debate médico cuando sea necesario, en casos difíciles por la excepcionalidad del padecimiento, por las complicaciones del padecimiento e incluye una permanente información al paciente y a la familia de las condiciones reales que tiene la persona respecto de ese padecimiento y

de las posibilidades de sobrevivir, porque eso es directamente relacionado con la dignidad humana.

En una democracia las personas pueden ejercer los derechos si tienen la información necesaria y máxime si se trata de información especializada.

La otra cuestión es que el ámbito del derecho se tiene que circunscribir a bienes jurídicos. La vida es un bien jurídico, pero es un bien jurídico respecto de todos los demás, menos respecto de la persona, no porque no lo sea un bien, pero no es un bien jurídico a los efectos de, a los efectos de que se tenga que discutir si la persona tiene derecho o no de terminar con su vida.

Lo que se tiene que discutir es en qué circunstancias y condiciones otra persona en representación del Estado o en otras circunstancias como la legítima defensa puede disponer de la vida de una persona, pero no respecto de la disposición de la propia vida.

Es decir, el bien jurídico vida, se plantea en derecho, es un bien jurídico indisponible, es decir, no está disponible en términos tales que pueda terminarse con la vida de una persona sin consecuencias jurídicas, pero eso no supone que la persona no pueda disponer de su propia vida y que para esto no exista una situación de limitantes. Tanto es así que si la persona intenta suicidarse y no lo logra no es sujeta de ninguna consecuencia penal o de otro tipo.

Lo siguiente es que a lo que se tiene que atender el Estado es a regular la cuestión de cómo auxiliar a una persona cuando decide morir en sede médica, en sede tal que hay un involucramiento de las instituciones del Estado y que hay un involucramiento de otras personas para tomar esta decisión, y en esos supuestos sí que el saber médico tiene que dar los conocimientos, tiene que establecer los criterios de auxilio para que el legislador material y el legislador formal sepan establecer puntualmente en qué supuestos, en todos estos que se han discutido, en qué supuestos la persona está en condiciones por la información suficiente de tomar una decisión en tal sentido, lo cual no supondrá en modo alguno que la persona pueda ser limitada en el ejercicio de su decisión, porque eso sería precisamente una afectación a su dignidad.

El Estado puede establecer límites éticos de cuándo auxilia a la persona, pero lo que no puede es establecer límites éticos, límites posibles a la voluntad de la persona.

Como es tan breve el asunto, dejo planteados estos puntos como elementos obviamente de análisis y de crítica.

Muchas gracias.

LA C. MODERADORA.- Muchas gracias, doctor.

Ahora contamos con la presencia del doctor Humberto Cabrales Aguilar, médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM; Maestría en Salud Pública y Administración Médica de la Escuela de Salud Pública de México; Diplomado en Planeación Estratégica y Administración Gerencial de Servicios de Salud por la División de Estudio Superior de la Facultad de Medicina de la UNAM; actualmente Director de Enlace Institucional en la Coordinación de Participación Social y Vinculación Legislativa de la Secretaría de Salud y Subdirector Administrativo encargado de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Muchas gracias, doctor.

EL C. DR. HUMBERTO CABRALES AGUILAR.- Respetuosamente quisiera yo hacer un par de reflexiones y un comentario para después cederle la palabra a la doctora Celina Castañeda, que es profesora de tiempo completo de nuestra Escuela Superior de Medicina de Cuidados Paliativos, Clínica del Dolor y Anestesiología del UNACAM, que es la Unidad de Capacitación a Médicos de Pregrado en el tema.

Decirles que ayer antes de que el Director nos comentara que había que venir a esta reunión, porque él está ahorita en la toma de posesión de la nueva Directora del Instituto Politécnico Nacional, la doctora Yoloxóchitl Bustamante Díez, me pidió que lo disculpara con todos ustedes, hubiese querido estar aquí presente, el doctor Ricardo García Cabazos, tuvimos una reunión rápida, previa, en donde estuvo presente la Coordinación de Bioética de la Escuela Superior de Medicina.

Quiero decirles a ustedes que en la escuela hay una Maestría en Bioética, y que la dirige el doctor Octaviano Domínguez, estuvo el grupo de asesoría

jurídica de la Escuela Superior de Medicina, el Departamento de Salud Pública de la misma y nosotros.

Ahí planteamos las líneas de la presentación que en unos minutos, que va a ser muy breve pero muy puntual, hará la doctora Celina Castañeda.

Las dos reflexiones son las siguientes. Yo creo que para llegar a buen puerto pues hay que sortear tempestades, finalmente habrá que trabajar mucho más en este aspecto para lograr que en el marco de la ley, de esta nueva ley, se pueda pues tejer muy bien la posibilidad de que agotando todas las instancias y todo lo que ha venido evolucionando en este sentido pues logre realmente el objetivo que se ha trazado, que se ha planteado. Pero esto es de tiempo, esto no puede ser de la noche a la mañana, ya en los países del mundo que han incursionado en este sentido lo han demostrado.

Segundo, es de que pues hay que perfeccionar los mecanismos y los procedimientos que actualmente existen para los enfermos que están insertos en estas fases terminales y en patologías crónico degenerativas, como cáncer, y que no tienen ya mayores alternativas, pero una de las cosas que hay que consolidar son las unidades de cuidados paliativos.

A ver, haciendo analogía: ¿Por qué hay embarazos no deseados todavía? Eso habla de que la información en salud reproductiva y la promoción en salud y en planificación familiar pues no han sido lo suficientemente efectivas. Aunque baje la tasas de fecundidad y la de natalidad, siguen habiendo casos y ahora en grupos menores.

Segundo, bueno, toda analogía con afinidades en este sentido pues las unidades de cuidados paliativos en todos los establecimientos de salud del sector público y privado necesitan fortalecerse, consolidarse y deben existir con todos los instrumentos que requieren para que ese servicio muestre o demuestre si es efectivo altamente o no y paralelamente seguir trabajando en lograr el objetivo del marco de la nueva ley.

Celina, yo te quiero pedir que hagas tu presentación, que es la de la Escuela Superior de Medicina.

LA C. DRA. CELINA CASTAÑEDA.- (fuera de micrófono)...a los antecedentes que tiene esta ley, entonces en relación a eso voy a obviar, pero las medidas

que se proponen en cuidados paliativos son: preservar el bienestar del paciente con enfermedad en estado terminal, ya sea de tipo oncológico o crónico degenerativo.

La Asociación Médica Mundial y algunas otras asociaciones recomiendan los cuidados paliativos y se pronuncian no precisamente a favor de la eutanasia con ayuda médica.

Es importante retomar la filosofía de la medicina paliativa, que tiene como concepto principal dar cuidados de vida y de confort no acelerando pero tampoco posponiendo el proceso de morir, por lo tanto reafirma la calidad de vida de acuerdo al concepto que cada uno de nosotros tenemos, rehabilita psicológicamente al paciente y a la familia y trata de que tenga una muerte digna en su entorno, en su medio, acompañado.

Establecer también en esta área de medicina paliativa un equilibrio entre lo que es el encarnizamiento terapéutico, las medidas desmedidas para conservar la vida, contra las medidas de abandono o negligencia, porque así como sometemos al paciente a terapia intensiva cuando no es recuperable, también se dan de alta los pacientes en los hospitales por máximo beneficio.

Aquí la pregunta sería: ¿Para quién es el máximo beneficio, cuando se le da una cita para que acudan en 3 ó 4 meses y que probablemente el paciente ya no regrese al hospital?

Respetar la autonomía cognitiva, darle un adecuado control de síntomas al paciente, síntomas físicos, psicológicos; y retomando el concepto del doctor Felipe, podríamos decir que involucrarnos en el concepto de dolor total, dolor físico, social, económico, laboral, conyugal, familiar, dolor de tipo espiritual, pero sobre todo asegurar la continuidad en el cuidado, porque el siguiente planteamiento sería qué nos resulta más cómodo, cuidar al paciente o dejarlo que decida por terminar de una manera rápida con su enfermedad y con su sufrimiento.

En el concepto de sedación terminal, que hay muchas variantes técnicas, podemos hablar de una sedación intermitente, de una sedación consciente, pero que todo va encaminado a disminuir su estado de conciencia para que el enfermo no sufra tanto cuando tiene síntomas de difícil control.

Este también es un dilema ético, ya que no sólo implica el aspecto técnico de aplicar los fármacos, sino involucra al paciente, a la familia y al equipo de salud en la toma de decisiones. No es una respuesta a todo sufrimiento que el paciente experimente, hay pacientes que en estado de crisis solicitan la sedación terminal, en ese caso podemos hacer una sedación intermitente por 24 ó 48 horas y posteriormente que el paciente recupera su estado de conciencia reconoce que no se quiere morir, que estaba en crisis y por eso lo había solicitado.

Cuando no se reconocen estos términos, podríamos pensar que estamos hablando de una forma encubierta de eutanasia, cuando el propósito de la sedación pues es disminuir el estado de conciencia para que el paciente no sufra. Tiene indicaciones médicas precisas, síntomas incoercibles, expectativa de vida entre 8 y 15 días o la situación de agonía, horas anteriores a la muerte.

El paciente cuando tiene autonomía cognitiva, cuando tiene un buen control de síntomas, es ahí el momento donde debe dar su consentimiento informado, para que si en algún momento dado pierde su capacidad cognitiva quede asentado en su expediente médico, en su bitácora de consultas, que en algún momento dado lo pidió; en base a una historia clínica, a que sí tenga el cuidado paliativo y el tratamiento de soporte, ver, como se había dicho, que no tenga ideación suicida, depresión, que el consentimiento sea del paciente o la familia, que se documenten sus consultas, y recordar que no podemos ofrecerle al paciente la eutanasia si no le hemos dado el cuidado paliativo. Finalmente es la vida humana la que está en juego.

Hay una frontera intangible entre la sedación terminal y la eutanasia. Dejar claro que la sedación busca conseguir con una dosis mínima necesaria de fármacos un nivel de conciencia donde el paciente no sufra ni física ni emocionalmente, aunque sabemos que de manera indirecta se puede acortar la vida. Sin embargo, en la eutanasia se busca deliberadamente la muerte, ese es el objetivo; esto entra en el marco de la ética y de la deontología médica.

Había dicho el abogado, pues es un tema controversial porque seguramente quienes aplicarían o aplicaríamos los medicamentos somos precisamente los médicos, por eso es que seguramente a nosotros nos involucran más en los aspectos éticos y morales y en lo que es nuestros valores universales.

Para la mayoría de los pacientes el cuidado paliativo tiene mayor relevancia que la eutanasia, y se ha demostrado en estudios multicéntricos, retrospectivos, que los pacientes con adecuado control de síntomas no piden morir, piden tener el alivio, el acceso al tratamiento.

¿Cuál es la propuesta del Instituto Politécnico Nacional? Pues formar recursos humanos en el área de la salud, porque la medicina paliativa se ha popularizado pero como un término, como un slogan, en la práctica somos pocos los recursos humanos formados en esta área; integrar la cátedra de medicina paliativa a las demás escuelas y facultades de medicina del país; difundir la filosofía del cuidado paliativo, no acelerar ni posponer el proceso de morir; integrar a la sociedad civil en esto, que sepan que existe y que tienen acceso; que se dicten políticas nacionales en materia de medicina paliativa a nivel federal y estatal; y que este programa tenga el alcance social con eficacia, con eficiencia, con justicia, con equidad, con el acceso en la disponibilidad de fármacos para el control de síntomas.

Por lo tanto, asumir que la vida de las personas disminuidas no merece la pena de ser vivida, pues es el paso que nos lleva por la pendiente resbaladiza de la eutanasia.

Es responsabilidad de los gobiernos democráticos defender los intereses de los más vulnerables, y en este caso aterrizar que lo que está escrito en la ley, el acceso al cuidado paliativo y las unidades de cuidados paliativos, pues sea una realidad en la práctica.

No podemos ofertar una posibilidad de muerte cuando no hemos dado los cuidados de vida y de confort.

Gracias.

LA C. MODERADORA.- Muchas gracias, doctora. Para terminar, vamos con el licenciado Luis Antonio Montes de Oca Mayagoitia, Notario Público Número 29 del Distrito Federal y del Patrimonio de Inmuebles Federales.

Estudió Licenciatura en Derecho por la Universidad Iberoamericana con especialidad de Derecho Fiscal, especialidad de Derecho Civil y especialidad de Derecho Económico y Corporativo por la Universidad Panamericana.

Mención Honorífica en Examen Profesional y licenciatura con la Tesis “La Caducidad del Testamento”. Miembro del Consejo del Colegio de Notarios del Distrito Federal por el periodo de 1999-2000.

Presidente de la Coordinación de Vivienda del Colegio de Notarios 2002-2003, y Sinodal en diversos exámenes de aspirantes para el ejercicio de la función notarial.

Gracias, licenciado.

EL C. LIC. LUIS ANTONIO MONTES DE OCA MAYAGOITIA.- Gracias, buenas tardes.

Igual que mis antecesores, me uno a las felicitaciones y al agradecimiento a la diputada Maricela Contreras y al diputado Julio César Moreno por abrir este foro y darnos oportunidad de estar aquí con ustedes.

El hecho de ser el último de los expositores yo no sé si es premio o es castigo, porque realmente tanto el tema que traía preparado pues ya fue agotado por todos los que me han precedido, y por otro lado, el tiempo pues ya creo que tendría que haber acabado como hace 1 hora. Entonces realmente la participación del Colegio de Notarios ha sido importante desde el nacimiento de la ley.

Nosotros también estamos de acuerdo en que el nombre de la ley no es afortunado, podríamos cambiarle de muchas formas, incluso Ley de Cuidados Paliativos puede ser uno que hemos propuesto algunas veces, la misma ley sí tiene muchas cosas que se pueden mejorar, coincido al 100 por ciento con Marisol de que hay que darle chance a la ley, ese término yo lo aprendí de varios diputados que nos decían “déjenla vivir, denle oportunidad a que la suframos, a que la gocemos y ya después vamos viendo qué le podemos ir modificando”.

No quiero ser muy técnico, pero es que lo que pasa es que la ley únicamente regula, o sea, yo sé que aquí el tema de fondo es muy importante y muy controvertido, realmente lo que la ley regula es una cosa sencillita, es simplemente la forma jurídica en la que las personas manifiestan una determinada voluntad, así como manifiestan que quieren comprar una casa, así como otorgan testamentos, también llegan y dicen “sabes qué, no quiero

someterme o sí quiero someterme”, punto. Entonces lo que la ley regula es eso, la forma en como se efectúa esa manifestación de voluntades.

Entonces realmente es aquí donde intervenimos nosotros los Notarios, en donde como testigos de calidad, no porque nosotros hayamos querido, sino porque así nos lo otorga el Ejecutivo a través de los ordenes de la Patente de Notarios, que tenemos fe pública, y entonces por el hecho de ser Notarios tenemos la posibilidad de que esa persona efectivamente la voluntad que quiere está plasmada y es cierta, entonces podemos modificar muchas cosas.

Yo no quisiera aburrirlos con muchas cuestiones técnicas, simplemente a la diputada sí le comento que tenemos un trabajo realizado en el Colegio de Notarios con muchas otras personas también que participaron, en donde tenemos una propuesta seria, tenemos una propuesta muy clara, donde muchas de las personas que están aquí presentes han intervenido, han puesto su granito de arena, y como usted bien decía hace ratito, se presentó muy al final de la legislatura pasada.

Entonces sí quisiéramos que se retomaran estos trabajos que hemos realizado, casi fue durante todo un año, todo 2008 y parte del 2009 se llevó a cabo todo este trabajo y no quisiéramos que quedara todo ese trabajo en el desierto, quisiéramos que cayera en tierra fértil, que nos escucharan todas nuestras propuestas, porque muchas de las cosas que planteamos es para hacerlo más ágil, es para darle conocimiento, para que haya divulgación, para que las personas lo conozcan, que vean las bondades de otorgar un documento de voluntad anticipada, que vean que el hecho de otorgar un documento de voluntad anticipada no implica, como mucha gente cree cuando toca un testamento, es como me pasó a mí en mi casa, yo cuando hice mi testamento lo hice con un colega mío, un amigo mío, llegó a mi casa ahí con mi esposa, le dije: "mira, aquí está mi testamento, guárdalo", "te sientes mal, qué te pasa, vamos al doctor", "no, no me pasa nada". Simplemente es quitar esas creencias.

No por el hecho de otorgar un testamento u otorgar un documento de voluntad anticipada significa que ya nos vamos a morir, simplemente es un documento, es un acto jurídico como cualquier otro, que tendrá consecuencias mucho tiempo después, y que un dato importantísimo es la revocabilidad del

documento. Entonces, si al día de hoy me siendo muy valiente, por decirlo de alguna forma, y digo no me quiero someter a nada, cuando llegue el momento, que ya esté en el hospital y digo “no, siempre sí quiero”, se vale, lo revoco, cambio de parecer y entonces ahora sí va para adelante, está bien.

Realmente, diputada, el trabajo está hecho, no quiero cansarlos, ya es muy tarde. Muchas gracias por parte del Colegio de Notarios del Distrito Federal.

Gracias.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIÁN.- Les agradecemos muchísimo su participación. La verdad es que les pedimos una disculpa. Éste ha sido un día muy atropellado para nosotros, les explicábamos en la mañana este asunto de Iztapalapa nos ha hecho correr.

Creo que tampoco medimos muy bien el tiempo, pero la verdad es que es nuestra primera actividad y nuestro primer foro de la Comisión de Salud, sin embargo quiero decirles que ha sido sumamente enriquecedor.

Nos queda claro que la Ley de Voluntad Anticipada, así hay que llamarla porque así está nombrada ahora, no se contrapone con la discusión de la eutanasia, creo que se cumplen dos objetivos diferentes con los términos en los que se podrían plantear las dos discusiones. Estaremos platicándolo en la Comisión de Salud y viendo de qué manera podemos abordarlo, creo que nos deja la posibilidad de la discusión, las dudas, los planteamientos y la posibilidad de un trabajo de gran riqueza lo que ustedes nos han aportado este día.

Entonces, el compromiso que hacemos con ustedes es de trabajo por la disposición que nos han dado de su tiempo y de su pensamiento, y que sea la posibilidad del trabajo conjunto hacia delante, yo creo que así lo podemos plantear, así me comprometo yo como Presidenta de la Comisión y el compañero diputado Jorge Palacios como integrante de la Comisión de Salud.

Entonces, les agradecemos mucho su participación, les vamos a estar dando mucha lata seguramente. Muchas gracias por su participación.

Doctor Plancarte.

EL C. DR. PLANCARTE.- Yo quería solamente preguntarles si en ese afán de continuar y darle seguimiento vamos a tener alguna convocatoria próxima,

realmente créamelo los que estamos involucrados en este asunto hemos visto muchos años para que llegue, finalmente no es lo óptimo, pero es algo valiosísimo y hay muchos ecos en diferentes foros académicos, tanto del marco de la medicina como de otros foros, que creo que reclaman esto.

LA C. DIPUTADA MARICELA CONTRERAS JULIÁN.- Claro. De entrada yo lo que estaría planteándoles a mis compañeros de la Comisión de Salud sería la posibilidad de establecer una mesa de trabajo, tendríamos que armarlo como una agenda y lo tengo que hacer yo como una propuesta a la Comisión de Salud, pero la iniciativa a partir de las inquietudes múltiples que a mí en lo personal como Presidenta de la Comisión me deja este foro sería eso.

Lo tengo que validar en la Comisión porque así se tienen que hacer las cosas dentro de la Comisión, somos un grupo plural, representativo de las diferentes fracciones parlamentarias. Yo no creo que haya dificultad en eso porque todas y todos los compañeros han planteado esta inquietud de poder darle seguimiento.

Lo más fácil hubiera sido decir ya tenemos una Ley de Voluntad Anticipada, no hagamos nada, mandémosla a la congeladora, sin embargo la voluntad ha sido vayamos preguntando a quienes saben de qué es lo que está sucediendo.

Entonces, está la semilla, yo haré esta propuesta a mis compañeros y la idea sería estarles convocando a armar una agenda de trabajo que nos permita dar una discusión de manera continua para poder seguir trabajando con ustedes. Usted quería comentar algo.

PREGUNTA.- (fuera de micrófono)

LA C. PRESIDENTA.- Quizás aquí lo que valdría la pena es, bueno, nosotros tenemos los datos de ustedes, la idea sería pensar cuál va a ser el mecanismo. Por supuesto que las primeras y los primeros invitados serían ustedes, quienes han sido asistentes a este Foro para quizás una primera reunión de lluvia de ideas de por dónde podríamos entrarle, tendríamos que hacer una agenda y obviamente creo que una de las cosas importantes es que reconocemos que no somos los expertos en el tema, hemos convocado a los expertos y a las expertas en el tema y estaríamos consultando con ustedes cómo podemos hacer una agenda mínima para empezar a discutir los temas que tenemos, Ya

hay un documento de trabajo, sabemos que hay otros, pues los vamos a pedir, a solicitar y pues habrá que irlos socializando.

Entonces, el compromiso es convocarles para que podamos hacer de manear conjunta esta agenda de trabajo ¿les parece bien?

Les agradecemos mucho su participación y damos por clausurados los trabajos de esta primera reunión de trabajo.

