

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

ESCUELA DE POSTGRADO



Análisis de la eutanasia en el Perú desde la postura ética y antropológica de
Manuel Martínez - Sellés

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN BIOÉTICA Y
BIODERECHO

AUTORES

Jonathan Garcés López
Ronald José Puelles Guzmán

ASESOR

Benigno Peceros Pinto

Lima, Perú

2022

METADATOS COMPLEMENTARIOS**Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	Jonathan
Apellidos	Garcés López
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	44611107
Número de Orcid (opcional)	

Autor 2

Nombres	Ronald José
Apellidos	Puelles Guzmán
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	40947540
Número de Orcid (opcional)	

Autor 3

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 4

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Datos de los Asesores**Asesor 1**

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	31000720
Número de Orcid (Obligatorio)	https://orcid.org/0000-0002-4865-3874

Asesor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Datos del Jurado**Presidente del jurado**

Nombres	Luis Napoleón
Apellidos	Quiroz Avilés
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	08703120

Segundo miembro

Nombres	Yordanis
Apellidos	Enríquez Canto
Tipo de documento de identidad	Pasaporte
Número del documento de identidad	B324057

Tercer miembro

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	31000720

Datos de la Obra

Materia*	Eutanasia, dignidad persona humana, bioderecho, personalismo
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00
Idioma	SPA - español
Tipo de trabajo de investigación	Tesis
País de publicación	PE - PERÚ
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	Maestro en Bioética y Bioderecho
Grado académico o título profesional	Maestro
Nombre del programa	Maestría en Bioética y Bioderecho
Código del programa Consultar el listado:	919047

*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesoro).

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a todos aquellos que están sufriendo los embates ideológicos y lidiando una batalla en medio de la precariedad y fragilidad de la vida humana. A todos aquellos bioeticistas y médicos comprometidos con la vida y defensa de la misma. A todos los que han partido como consecuencia de las ideologías *pro mortem*: que duerman en la paz de los justos.

AGRADECIMIENTO

Nuestro profundo agradecimiento a la escuela de postgrado por ser pioneros en la formación de bioeticistas, quienes apoyaremos y defenderemos con argumentos sólidos en los puntos álgidos de temas delicados en defensa de la persona humana, desde su concepción hasta su muerte natural.

RESUMEN

La presente investigación buscó describir el contexto social de la eutanasia bajo la visión antropológica de Manuel Martínez-Sellés. Cuenta con cinco subcategorías: las consecuencias sociales de la eutanasia, el sentido del dolor y del sufrimiento, la calidad de vida, la dignidad de la vida y de la muerte, y los cuidados paliativos. El objetivo de la investigación consistió en analizar cómo se presenta y se busca implementar la eutanasia en la realidad peruana frente a la postura ética de los derechos del hombre en la visión antropológica de Manuel Martínez-Sellés. Se aplicó, metodológicamente, el enfoque cualitativo de alcance descriptivo y con diseño documental. Este es un tema de relevante importancia; ya que, vemos cómo van apareciendo los casos simbólicos como el de la Sra. Ana Estrada, surgiendo de allí la polémica sobre si se debe o no aprobar una ley de eutanasia en el Perú. En ese sentido, se concluye que la práctica de la eutanasia va en contra de los códigos tradicionales de ética médica y, por tanto, de los fines últimos de la medicina como es el resguardo de la vida.

Palabras clave: Antropología filosófica, dignidad en la muerte, escatología, vida digna, bioética, moral, permisivismo

ABSTRACT

This research sought to describe the social context of euthanasia under the anthropological vision of Manuel Martínez-Sellés. It has five subcategories: the social consequences of euthanasia, the meaning of pain and suffering, quality of life, dignity of life and death, and palliative care. The objective of the research was to analyze how euthanasia is presented and sought to be implemented in the Peruvian reality in the face of the ethical position of the rights of man in the anthropological vision of Manuel Martínez-Sellés. Methodologically, the qualitative approach of descriptive scope and documentary design was applied. This is a topic of relevant importance; since, we see how symbolic cases like that of Mrs. Ana Estrada are appearing, arising from there the controversy about whether or not a euthanasia law should be approved in Peru. In this sense, it is concluded that the practice of euthanasia goes against the traditional codes of medical ethics and, therefore, against the ultimate goals of medicine, such as the protection of life.

Keywords: Philosophical anthropology, dignity in death, eschatology, dignified life, bioethics, morality, permissiveness

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema general	14
1.2.2 Problemas específicos	14
1.3 Justificación de la investigación	14
1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivos específicos	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes	16
2.1.1 Antecedentes internacionales	16
2.1.2 Antecedentes nacionales	18
2.2 Bases teóricas	19
2.2.1 Consecuencias sociales	20
2.2.2 El sentido del dolor y del sufrimiento	26
2.2.3 La calidad de vida: la vida digna y la muerte digna	32
2.2.4 Los cuidados paliativos	38
2.3. Definición de términos básicos	45
2.3.1 Eutanasia	45
2.3.2 Clasificación de las eutanasias	46
2.3.3 Muerte digna	48
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	51
3.1 Enfoque cualitativo	51
3.2 Alcance descriptivo	51

3.3 Diseño de la investigación	52
3.4 Descripción del ámbito de la investigación	52
3.5 Categorías	52
3.6 Delimitaciones	53
3.6.1 Temática	53
3.6.2 Temporal	53
3.6.3 Espacial	53
3.7 Limitaciones	53
3.8 Plan de recolección y procesamiento de información	54
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	54
4.1. Tensiones en la propuesta peruana para la legalización de la eutanasia.	54
4.1.1. A nivel ético-antropológico	55
4.1.2. A nivel legislativo	61
4.1.3. A nivel médico	63
4.2. Conclusión	65
4.3 Recomendaciones	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

Índice de figuras

Figura 1. *Dimensiones del índice de desarrollo humano*

35

INTRODUCCIÓN

Actualmente se evidencia la situación en la que los valores están entrando en una crisis de facto, en el que la antropología se está viendo inmersa en un reduccionismo ético al abarcar al hombre no en toda su complejidad; sino en la practicidad de los hechos y los problemas o dilemas éticos que lo contraponen y lo cuestionan frente al dolor, al sufrimiento, a la muerte, y muy en el fondo, frente a la existencia de algún tipo de inmortalidad que justifique su existencia en la tierra. Este es un tema muy profundo en el que no solo la fe entra a tallar de manera relevante; sino la filosofía quien proporciona argumentos éticos para dar respuesta a las preguntas existenciales que el ser humano busca constantemente a lo largo de su vida frente a cualquier acontecimiento.

Las clásicas preguntas ¿quién soy?, ¿para qué existo?, ¿hacia dónde voy? son aquellas que el hombre se ha realizado durante su existencia. Si frente a esas preguntas, el hombre no encuentra respuestas, se halla en un sinsentido; si no hay sentido frente a la vida, tampoco hay justificación ni motivos para defenderla, sea desde la problemática del aborto como de la eutanasia. Si se defiende la dignidad de la persona se hace durante todo período o proceso; es decir, desde el nacimiento hasta la muerte y una que sea digna.

En este sentido Martínez-Sellés, médico, cardiólogo y catedrático universitario; presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, un hombre con una gran trayectoria académica y profesional; pero sobre todo humanista, defensor de la vida y la familia, nos ayudará como base y soporte en la presente investigación.

Por esa razón, la estructura del presente trabajo de investigación será el siguiente:

En el capítulo I, encontramos el planteamiento del problema, destacan los diferentes elementos que motivaron la presente investigación.

En el capítulo II, se realizó el marco teórico, los antecedentes de carácter nacional e internacional, así como las diferentes fuentes literarias que dan soporte a la investigación.

En el capítulo III, encontramos el marco metodológico, donde se señala el enfoque de tipo cualitativo, el alcance descriptivo y el diseño documental, como también la descripción, categoría principal (la eutanasia en la realidad peruana frente a la postura ética de los derechos del hombre en la visión antropológica de Manuel Martínez-Sellés) y subcategorías o dimensiones trabajadas (las consecuencias sociales de la eutanasia, el sentido del dolor y del sufrimiento, la calidad de vida, la dignidad de la vida y de la muerte y los cuidados paliativos). Finalmente, las limitaciones que tuvo la investigación.

Por último, en el capítulo IV, se encuentran la discusión, las conclusiones y aportes para ayudar en la profundización del tema.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La Eutanasia, como término, mantiene actualmente un matiz emotivo que desemboca en dos voces griegas: *eu* (buena) y *thanatos* (muerte). Así pues, hace referencia a un buen morir, donde la muerte se podría considerar como un hecho digno, pues se busca que sea sin sufrimientos y en condiciones aceptables. De hecho, Vílchez (2001) la considera como:

La acción en la cual, por su propia particularidad, apresura la muerte para evitar sufrimientos, dolores y molestias al paciente, a pedido de él mismo, o de sus familiares, o por decisión de una tercera persona que conoce dicho caso. (p. 179)

Dicha acción u omisión son parte de la clasificación de la eutanasia que puede ser voluntaria e involuntaria. Por un lado, la eutanasia voluntaria, permite que el paciente solicite la suspensión de los tratamientos o que le suministren la inyección letal. Por otro lado, la eutanasia involuntaria se presenta como la ausencia del consentimiento del enfermo terminal. Los argumentos que defienden el primer caso se dirigen en general a la autonomía; Dieterlen (como se citó en Dworkin, 2001) reafirma lo crucial que es respetar el derecho a que la persona tome sus decisiones, inclusive si esta tiene que ver sobre el término de su vida.

En esta última consideración, se plantea el debate hacia la extensión del contenido del derecho a la vida y en consecuencia le da pie al nuevo derecho de la muerte digna. Para disertar acerca del derecho a la vida y la eutanasia, primero es necesario definir dos conceptos: Eutanasia y Derecho a la vida. En cuanto al acto eutanásico, se distinguen los elementos como el acto o la omisión, la intervención de los médicos o familiares y la muerte inmediata.

Por tal motivo, se ha incluido en el debate el término 'muerte digna', como un valor que busca que las personas mueran lo más humanamente posible; por lo que es visto como el derecho de tener una muerte buena o una muerte de calidad especialmente el enfermo;

sin embargo, no se puede afirmar que la eutanasia es la única forma de morir dignamente sino una de ellas. De allí que Gempeler (2015) opine que el concepto de muerte única no se da forma unívoca; por tanto, debe primar lo que realmente desea o necesita el paciente. Así pues, la muerte digna no puede ser determinado por los médicos exclusivamente; puesto que, abarca una esfera social y una cultura que sobrepasa la sola estimación médica de este.

La eutanasia no puede tratarse como un tema novedoso ni tampoco como factor determinante en el progreso de la medicina moderna. De hecho, en cuanto el ser humano ha experimentado la enfermedad, es cuando estos temas han surgido siempre en la historia. En este sentido, el fenómeno que se quiere estudiar es algo persistente donde confluyen distintas ideologías.

Mundialmente, la eutanasia voluntaria ha sido despenalizada en solo 7 países del mundo: se inició en los Países Bajos el 1 de abril de 2002 y progresivamente se extendió a Bélgica el 28 de mayo de 2002, luego a Luxemburgo el 19 de marzo de 2009, Colombia ya venía discutiendo desde 1998 el tema, pero no fue hasta el 15 de diciembre de 2014 que entró en vigor una ley, posteriormente Canadá le abre las puertas el 17 de junio de 2016, le siguió España el 25 de junio de 2021 y Nueva Zelanda mediante - referéndum del 2020 - acepta la eutanasia el 6 de noviembre de 2021.

Países como EEUU y Australia solo lo han consagrado en parte de su territorio; en otros como Chile, Portugal, Francia e Irlanda; ya hay iniciativas que buscan su despenalización.

El tema de la eutanasia aún no se ha despenalizado en el contexto peruano. Es así que, en el Código Penal (2022) se tipifica como “homicidio piadoso” y señala: “El que por piedad mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente, poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de la libertad no

mayor de tres años” (art 112). El tema, aunque jurídicamente esté claro, se resiste a la vulneración de derechos; por lo que, los médicos y personas naturales estamos adscritos a ello.

Cabe destacar, que ha ocurrido un hecho notorio en contra de la citada ley, donde la justicia peruana ha autorizado la eutanasia para un caso que lo ha solicitado, marcado un precedente para el futuro de la población, de esta forma el 22 de febrero de 2021 la Corte Superior de Justicia de Lima declaró que no se aplicase el artículo 112 del Código Penal para el caso de Ana Estrada Ugarte y ordenó al Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud y EsSalud respetar la decisión. Se abarca mejor el caso en cuestión en el apartado referente al dolor y sufrimiento; sin embargo, es pertinente aclarar que las personas en el Perú - que antes debían abstenerse al artículo 112 de la norma sustantiva penal - ahora tienen una puerta abierta hacia el reconocimiento legal de la eutanasia; donde por el momento cada caso deberá solicitarlo individualmente ante la justicia peruana.

Actualmente, se están sustentando diversos puntos de vista acerca del fenómeno de la eutanasia. De hecho, se señalan cómo serían los protocolos de intervención médica, tomando como ejemplo a países donde se ha logrado despenalizar; por otro lado, también existen diversas iniciativas para la creación de hospicios y hogares, la especialización en los cuidados paliativos, grupos de autoayuda, etc. Con ello, se busca trabajar en la humanización de los enfermos terminales y ayudar a acortar la distancia entre la vida, la muerte y el trato médico.

Frente a estos discursos podríamos cuestionarnos si la comprensión de la dignidad se convertiría en un factor determinante para la aceptación o no de la eutanasia. Para sus defensores, la dignidad humana del paciente se basaría en la libertad para elegir la propia muerte; para sus detractores, estaría en contraposición de un derecho a la muerte; ya que, sería un asunto exclusivamente divino.

Adicionalmente, es importante preguntarnos si el suicidio es tan malo como cuando se habla del homicidio. De hecho, la tradición de la Iglesia ha mantenido una postura de total rechazo a la decisión del suicida. Este acto, es una decisión gravísima, pues se convierte en un rotundo rechazo al amor a sí mismo y una renuncia a las exigencias de justicia y caridad para con las personas.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ¿Cómo se presenta la eutanasia en la realidad peruana frente a la postura ética y antropológica de los derechos del hombre en la visión antropológica de Manuel Martínez-Sellés?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cómo se presentan las consecuencias sociales de la eutanasia en la realidad peruana?
- ¿Cómo se presenta el sentido del dolor y del sufrimiento en la realidad peruana?
- ¿Cómo se presenta la calidad de vida, la vida digna y la muerte digna en la realidad peruana?
- ¿Cómo se presentan los cuidados paliativos en la realidad peruana?

1.3 Justificación de la investigación

1.3.1 Justificación teórica

La investigación en curso nació de la tarea de dar a conocer la antropología de Manuel Martínez-Sellés frente al polémico tema de la eutanasia y la búsqueda de su implementación en el Perú. Siempre hay un caso origen y ese quiso ser el de la señora

Ana Estrada, un caso emblemático en el que se puso el tema sobre la mesa para su debate, pero curiosamente la señora Ana no se aplicó la eutanasia que tanto solicitó y se autorizó judicialmente, y es que el misterio de la vida, así como el de la enfermedad y del sufrimiento, no tienen ideología; poner a la persona de cara a una temida realidad que requiere de un acompañamiento sutil prudente y delicado, la muerte.

1.3.2 Justificación social

La eutanasia es un tema relevante en la actualidad por cuanto el debate de los derechos humanos ha generado que la sociedad discuta nuevas formas de derechos sobre las necesidades básicas en cuestiones de la salud. Y es deber de Estado visualizar el panorama completo que abarca los aspectos negativos y positivos en el que se incurriría; para ello, debe considerar los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, pero siempre desde la ética y la antropología pues estos últimos colocan a ser humano como prioridad en el progreso.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Analizar la eutanasia en la realidad del Perú desde la postura ética y antropológica de Manuel Martínez-Sellés.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir las consecuencias sociales de la eutanasia en la realidad peruana.
- Mostrar el sentido del dolor y del sufrimiento en la realidad peruana.
- Describir la calidad de vida, la vida digna y la muerte digna en la realidad peruana.

— Identificar los cuidados paliativos en la realidad peruana.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Según Velásquez (2018), en su tesis “La eutanasia como enfrentamiento al sentido de la existencia en el enfermo terminal” para optar el grado de maestro en Filosofía del Derecho y Teoría Jurídica, subrayaba que “la eutanasia enfrenta al hombre con el sentido de su existencia cuando esta se encuentra opacada por intensos sufrimientos y dolores insoportables causados por la enfermedad terminal” (p.6). Es la misma enfermedad y sus implicancias que colocan al enfermo terminal en el conflicto de terminar con su vida y renunciar al sufrimiento. La vida debe ser vivida con gozo; sin embargo, cuando esta está sometida a situaciones donde la calidad es pobre e insoportable, es legítimo valerse del derecho a evitar el sufrimiento. Es por ello que, la eutanasia es un tema complejo, delicado y difícil en un panorama conservador; puesto que la vida es algo sagrado y por ello nadie tiene derecho a decidir acabar con ella.

Según Gonzáles (2020) en su tesis “Aplicación de la muerte digna en el Ecuador en enfermedades terminales: propuesta de ley eutanasia en el COIP” para optar el grado de Abogacía, empleó el enfoque cualitativo, explicativo y analítico. Refiere que en el proceso de la historia de la humanidad el tema de la eutanasia ha sido planteado de diversas maneras. En muchos países, la muerte digna es vista como una manera de morir sin padecer física y emocionalmente. Los convenios y tratados internacionales tienen en cuenta el derecho a la vida como algo fundamental.

Según Guachichulca y Vásquez (2020), en su tesis “Propuesta para resolver el problema social y jurídico de la eutanasia en Ecuador” para optar la especialidad en Derecho, emplearon el enfoque cualitativo con alcance descriptivo. La aceptación de la eutanasia ha variado en el tiempo, pues en muchos pueblos se daba como costumbre tal práctica llegando a que se convierta en norma. Como consecuencia, los cambios ideológicos, respecto al sentido de la vida, han favorecido las reformas en el tema de la penalización de la norma durante la historia. Ahora, la realidad social es muy dinámica y

presenta constantes cambios, y en muchos casos, se contraponen a los derechos del ser humano, la vida y la dignidad.

Según Parada y Patiño (2020), estudiaron desde la filosofía del Derecho emplearon el enfoque cualitativo. Sostienen que muchas personas (entre ellos, niños y jóvenes) fallecen pidiendo la aplicación de tal método y, lo que es aún más grave, fallecen con dicho procedimiento. La eutanasia en su mayoría es producto de la crisis moral que existe en las familias, de la confusión acerca de la dignidad de cada persona. La eutanasia ha ocasionado polémicas a nivel mundial, especialmente en Colombia. El ámbito religioso, moral, y ético, influye mucho en las decisiones de todos los ciudadanos.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Según Orrego (2019), en su tesis “Autopercepción del verdadero sentido de la vida en los estudiantes del quinto grado del nivel secundario de una institución educativa de Ciudad Eten” para optar el grado de doctor en Educación Secundaria empleó el enfoque cualitativo con alcance descriptivo. Afirmaba que el homicidio y el suicidio son muertes prematuras. El asesinato se puede reconocer en sus diferentes formas como el aborto, infanticidio - en la etapa de la niñez, homicidio o en la enfermedad grave (eutanasia). Entre estos tipos de violencia, se encuentra como grave la eutanasia, porque causa la muerte a alguien que está enfermo. El paciente debe saber que su finalidad es vivir. Los frutos de la ignorancia como del egoísmo es atentar contra una vida enferma, tanto de la propia vida como de la ajena. Por eso, la aplicación de la eutanasia es indignante, pues consideran que la vida se reduce a una poca cosa.

Según Baca (2017), en su tesis “La eutanasia y el derecho a morir dignamente para su despenalización” para optar el grado de Abogado, empleó el enfoque cualitativo, donde decía que la despenalización de la Eutanasia con respecto al sistema penal ha sido un

motivo de debate académico y no se encuentra un consenso entre los juristas actualmente. La eutanasia es conocida también como muerte asistida o morir en la felicidad. Para el favorecimiento de su despenalización se basan en pruebas sobre el derecho a elegir y la tolerancia. El concepto de vida digna es disponer de todo derecho y no tener tormento alguno.

Según Castillo (2018), en su tesis “Análisis jurídico y social del homicidio piadoso en el Perú y argumentos para su despenalización en nuestra legislación nacional” para optar el grado de Abogado, empleó el enfoque cualitativo con alcance descriptivo-explicativo. Afirmaba que la evolución de la vida y del hombre han traído muchos cambios con respecto a la forma de entender los fenómenos humanos, sociales, económicos y demás. El tema de la eutanasia ha tenido presencia a lo largo de la historia; pero, por otra parte, no existe consentimiento respecto a su aceptación como un acto de caridad, pues implica ir contra la religión, los derechos humanos, los valores, y hasta contra las leyes que hacen ver su prohibición.

Según Sánchez (2018), en su tesis “La posibilidad de legalizar la eutanasia en el Perú” para optar el grado de doctor en Derecho, empleó el enfoque cualitativo y cuantitativo. Aseveraba que la eutanasia mantiene características muy peculiares: la intervención del personal médico, la de un familiar, el consentimiento de forma activa o pasiva y la búsqueda del alivio al paciente terminal. Morir con dignidad significa morir con lo necesario: asistencia médica, medicamentos para los síntomas, morir en un entorno privado, sin generar curiosidad pública y morir rodeado de los seres queridos. Eso significa morir con dignidad, no apresurar el proceso natural de la muerte.

2.2 Bases teóricas

A continuación, desarrollamos el trasfondo teórico de la eutanasia dentro del pensamiento de Manuel Martínez- Sellés y las cuatro subcategorías que delimitan el

objeto de estudio: las consecuencias sociales, el sentido del dolor y sufrimiento, la calidad de vida y los cuidados paliativos.

2.2.1 Consecuencias sociales

Es evidente el agravio social que se puede avizorar a la hora de admitir la eutanasia como válida e incluso hasta “razonable”. De hecho, cuando se apela a la naturaleza social del ser humano, no se puede interpretar este fenómeno como una acción aislada o inofensiva para los demás. Según Zurriarán (2019) refiere que este fenómeno no sería exclusivamente una “decisión individual”, sino que tendría además una importante “repercusión social”.

Así pues, para abordar las repercusiones que tiene la eutanasia en la sociedad es importante desarrollar cuatro niveles de afectación que se identifican en la propuesta de Martínez- Sellés: primero, a nivel antropológico; segundo, a nivel ético; tercero, a nivel médico y, por último, a nivel legislativo.

En primer lugar, en relación a las implicancias antropológicas, uno de los puntos de reflexión se da acerca de la concepción del ser humano que se tendría a posteriori; es decir, si se renovara la eutanasia, se fomentaría que el ser humano no fuese valorado por su ser; sino por su capacidad de producir, lo cual sería contraproducente para el concepto de dignidad humana. En ese sentido, Martínez-Sellés (2019) señala que la vida humana debe vivirse en plenitud al margen del deterioro del cuerpo y sin establecer escalas de valores en cuanto a qué productivo resulta ser este hombre para la sociedad, la dignidad no se pondera.

Asimismo, existe la necesidad de afrontar las condiciones sociales que se presentan y no facilitar la muerte. Según, De la Torre (2019), las personas no quieren morir; sino vivir de otro modo, solo que por diversos factores llegan a una intención de

solicitar la eutanasia. Estos factores se pueden resumir en abandono, aislamiento, engaño, falta de sentido de comunidad, falta de empatía, desaliento, falta de cuidados paliativos, falta de cordialidad; también el temor a ser una carga para los demás, especialmente en la parte familiar, el agotamiento, la falta de respeto a la vida frágil y vulnerable, y la falta de capacidad para manejar el sufrimiento. En efecto, con esta pluralidad de causas la solución debe caracterizarse por su complejidad, mas no por una cuestión “fatalista”.

Ahora bien, queda claro que una de las alteraciones fundamentales que se consigue con la eutanasia, es al derecho de la vida. Así, Martínez- Sellés (2019) advierte que de ser posible su aprobación, se daría paso a otros fenómenos de corrupción antropológica. Precisamente, en el contexto actual, el alcance negativo que está teniendo el sí a la eutanasia, consiste en cuatro aspectos (Martínez-Sellés, 2019): Primero, la pendiente resbaladiza; segundo, la falta de autodeterminación real; tercero, la reducción de cuidados paliativos y, por último, la deformación del sentido médico.

Con respecto a la pendiente resbaladiza, esta se resume en la forma escalonada que se darán las excepciones a la regla, por la cual, ya no serán solo personas con enfermedad avanzada, sino cualquier persona que pierda el gusto por la vida. De hecho, cada día se perderá el gran valor de la vida y la responsabilidad del estado por protegerla.

Con respecto a la autodeterminación real, esta se resume a una percepción progresiva de ser un “estorbo para la sociedad”, “algo descartable”. En este sentido, se agrava las sensaciones de soledad, depresión y molestia de un enfermo terminal.

Con respecto a la reducción de cuidados paliativos, consiste en que, si el ser humano a cierta edad deja de ser productivo para la sociedad y por la cual solicita morir, es para el Estado más conveniente invertir en protocolos de eliminación, mas no en protocolos de cuidado. Invirtiendo así, la escala de valores en una sociedad, ya no es la vida la que importa; sino cuánto me puede ofrecer esa persona estando vivo.

Con respecto a la deformación del sentido médico, esta versa en el fin último del trabajo de los médicos, la vida. Aquella, es deformada por la búsqueda de la muerte y, por ende, una contradicción profesional que altera el juramento hipocrático realizado por los doctores en sus comienzos.

Por lo tanto, la eutanasia atenta contra el derecho a la vida y su valor intrínseco. Ahora bien, es la misma sociedad que tendrá que afrontar los efectos negativos de la eutanasia, bien por enfermar o envejecer como parte natural del desarrollo de la vida.

En segundo lugar, en relación a las implicancias éticas que concursan ante la normalización de la eutanasia, Gimbel (2019) reconoce que tiene una alta carga moral por los serios problemas o peligros que aquejaría la sociedad. De hecho, existen muchos grupos sociales vulnerables como son los ancianos, enfermos y discapacitados que se verían comprometidos en cuanto a su revalorización dentro de su entorno.

Según Martínez- Sellés (2019) la finalidad de la eutanasia es terminar con una vida enferma; es decir, el objetivo que se busca es la muerte de la persona que está padeciendo. En efecto, se trata de un homicidio por compasión. Así pues, frente al concepto de este fenómeno, la realidad ética que se ve deformada es la dignidad de la persona. Entonces, a partir de la aceptación de la eutanasia como medio legal para solicitar acabar la vida de una persona se contrae que el respeto por la vida y su dignidad está basado en condiciones que enmarcan su calidad de vida.

Por otro lado, se tiene en cuenta que tras una pérdida del sentido ético del caso (Martínez- Sellés, 2019) la formulación de las leyes buscará ya no el respeto de los derechos de las personas; sino las solicitudes de algunas minorías. Para ello, es importante reconocer los principios universales que propone Martínez-Sellés (2019), los cuales se toman de la bioética. Primero, el de beneficencia, por la cual se busca el mayor beneficio que se le pueda dar a la persona; segundo, el de no maleficencia, por la cual se busca

causar el menor daño posible a la persona incluyendo la minimización de los riesgos; tercero, el de autonomía, por la cual se propone el respeto por las personas y sus libertades; por último, el de justicia, donde se busca una equitativa distribución de los recursos bien sean económicos, técnicos y humanos entre los enfermos, fundados en la imparcialidad.

En tercer lugar, en relación a las implicancias médicas, corresponde señalar que Zurriarán (2019) resalta la relación médico- paciente que también se vería comprometida como consecuencia social tras la aceptación de la eutanasia. Esta relación, responde a la misma naturaleza de la medicina, que es defendida por la personalidad de Martínez Sellés; ya que, tiene dos hijos estudiando Medicina, y espera que a las nuevas generaciones de médicos y profesionales sanitarios se les siga transmitiendo la importancia de prevenir la enfermedad y cuidar a quienes la padecen.

Por otro lado, se documenta información del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2011) que ha elaborado un “Código de Deontología Médica” en el cual establecen disposiciones pertinentes con el ámbito de la eutanasia. Adicionalmente se destaca la creación de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos que promueven iniciativas para que cada vez sean mayoritarios la asistencia médica integral para las personas con una enfermedad terminal.

Por último, en relación a las implicancias legislativas se advierte que las consecuencias se orientan a que cualquier tipo de personas estén dispuestas a acabar con sus vidas como ya es realidad en diversos países: el más significativo está en Holanda, por ser el país pionero en la legalización de la eutanasia. Además, están Canadá y Colombia; el caso de suicidio asistido en Suiza, Alemania, Japón y en algunos estados de EE.UU.

Ahora bien, una legislación en favor de la eutanasia inspira a que las personas y todos los involucrados tengan como fin último terminar con el dolor, el cual se trata de evitar a cualquier precio, y en el caso particular ese precio es la vida misma, de allí que tal acción puede llegar cometer ciertas injusticias; es por ello que para Martínez-Sellés (2019) la eutanasia implicaría “un riesgo para los más débiles”, pero ¿quiénes son los más débiles? aquellos que están en peores circunstancias de salud, los que se hallan en una situación económica inestable o hasta los que dependen de la decisión de un familiar en torno a su salud.

Con respecto a los que están en peores circunstancias de salud, Martínez- Sellés (2019) reconoce que estos pacientes “pueden verse coaccionados, silenciosa e indirectamente” en favor de la eutanasia, que como ya se mencionó, el dolor aunado a una infravaloración como ser humano puede crear un sesgo sobre lo que puede ser o no puede ser lo mejor para sí mismo, confundir entre lo bueno y lo malo, entre la vida y la muerte.

Con respecto a los que están en situación económica precaria, estas se ven obligadas a buscar otros medios para lograr llevar un balance en el tratamiento establecido, así vemos como personas impulsan campañas para recibir donaciones, ayudas sociales de ONG, ingresar al servicio asistencial público; sin embargo, este escenario hace que la persona y sus familiares se sienta en desesperación por el día a día, por encontrarse en una situación de insostenibilidad, que por razones obvias aumenta la posibilidad de ir en favor del deceso.

Cabe mencionar que la situación de pobreza en el Perú es del 50%. De hecho, el Instituto Nacional de Estadística e Informática en su último informe sobre la pobreza en el Perú en 2009 desarrolló un “Mapa de Pobreza Provincial y Distrital” donde se demuestra en detalle una marcada brecha regional donde de los 1 mil 836 distritos, el

16,9% son los menos pobres (310 distritos); el 29,1% (534 distritos); el 33,6% (617 distritos) y el 20,4% e (375 distritos) con un porcentaje de pobreza de 75,0% (p. 41).

Con respecto a los que dependen de la decisión de un familiar en torno a su salud Martínez-Sellés (2019) entiende que se puede generar una desconfianza generalizada por diversos factores como sugestión del propio cuidador, intereses familiares como la herencia, violencia intrafamiliar o netamente egoísmos.

Como podemos observar, la posición de Martínez-Sellés frente a la eutanasia es negativa, porque tras un ordenamiento jurídico que aprueba la eutanasia, aceptaría una ley de doble filo, pudiendo inclusive hacer más daño del que se quería reparar. De hecho, presentamos a continuación el claro ejemplo de los Países Bajos, en la región holandesa que en 2002 legalizó la eutanasia mediante la “Ley de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio” que permite el deceso tanto a los adultos como a niños y adolescentes, y enumera requisitos distintos para ambas categorías, en donde veremos superficialmente a los adultos.

Los requisitos parten de la petición voluntaria y meditada, por lo cual debe evidenciar su libre solicitud y pleno consentimiento; el dolor insoportable y sin posterior mejora, por lo cual ni los especialistas ni los tratamientos pueden percibir un progreso en la salud del paciente; la información al paciente de su situación, por lo cual corresponde a que el paciente conozca todo el proceso y las consecuencias de su decisión; si ya no existe otra solución razonable, por la cual ya se ha probado todos los posibles tratamientos enfocados a mejorar el bienestar de la persona; por último, la consulta de un médico independiente y matar con el máximo cuidado y esmero profesional posible, por la cual se trata de asegurar la opinión médica y realizar el proceso lo más cuidadosamente posible.

Por lo tanto, el impacto de las consecuencias sociales se reduce cuando existe este tipo de control proporcionado por el Estado y se perfecciona cuando existen mecanismos de penalización por cualquier infracción, así vemos que al especialista se les exige intentar todas las intervenciones que puedan realizar y que se evidencia que de hecho fueron sin respuesta satisfactoria. Para la persona, la vida se ha vuelto intolerable toda vez que el dolor se ha apoderado de sus actividades diarias y que ambos serán evaluados por un tercer especialista para obtener un grado más alto de objetividad, todo esto antes de que el Estado, por medio de los organismos de salud, pueda fallar a favor o en contra de la eutanasia en esa persona.

2.2.2 El sentido del dolor y del sufrimiento

Ambos temas (dolor y sufrimiento) son en donde los médicos se encuentran en constante lucha, una vez que se han hecho cargo de un paciente parte de su trabajo es dilucidar qué está causando su dolor, pero sobre todo mitigar y evitar que vuelva a reaparecer, en general todas las enfermedades subyacen con un dolor y cada una tiene distintos matices que los vuelven tolerables y en el peor de los casos insoportables.

Según, Bayés (2003) señala que el sufrimiento es “una respuesta negativa inducida por el dolor y también por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos afectivos y otros estados psicológicos” (p. 70). Adicionalmente, Cassel (2009) afirmó que el sufrimiento se caracteriza por cinco aspectos: es personal, en cuanto que afecta a la totalidad de la persona; es individual, en cuanto que el sufrimiento depende de cada individuo; es un conflicto con uno mismo, en cuanto que existen diversas reacciones al sufrimiento; implica la pérdida de un objetivo fundamental, en cuanto se tiene la atención en la raíz del sufrimiento; por último, es solitario, en cuanto que nace en el individuo y no se comparte.

Ahora bien, es posible una distinción entre dolor y sufrimiento; sin embargo, muchos profesionales sanitarios han puesto mayor esfuerzo en comprender y tratar el dolor de los pacientes y no en entender el sufrimiento (Ramos-Ponzón, 2020). Es por ello que para abordar el sufrimiento, es importante conocer la interpretación de diversas disciplinas, una de ellas es la psiquiatría. Hernández y Jouve (2020) señala que la vida de cada ser humano está tocada por el dolor, el sufrimiento y la muerte. De hecho, la psiquiatría se ha interesado por estudiar y comprender el sufrimiento, y que no es extraño que la eutanasia haya sido una opción para aliviar un sufrimiento insoportable.

Sin embargo, para este autor, el dolor, el sufrimiento y la muerte son hechos propios de la vida misma, y no es válida la consideración de la muerte como un derecho (eutanasia). Cada vida humana posee su dignidad y, por tanto, no cabe hablar de muerte digna.

Por otro lado, desde la psicología, Baum (2017) nos habla de la relación entre eutanasia, empatía, compasión y derechos humanos. Resalta también la ausencia de empatía ante el sufrimiento humano, lo que trastoca un acto de indiferencia y de crueldad la propuesta de la eutanasia como solución.

Con respecto al dolor, Martínez-Sellés (2019) reitera que no hay persona que sea ajena a ello, pero su resistencia hacia cualquier estímulo desagradable es cada vez menor por su excesiva búsqueda de lo placentero. En el caso de los enfermos, nuestro autor cree firmemente que el dolor puede transformarse en un valor positivo, siempre que la persona vea su situación como una oportunidad de comprender que es parte de la vida, de nuestra naturaleza, y que tiene la oportunidad de aprender a vivir con ese dolor.

Según Luigi Ferrajoli (2007) cuando explica sobre el “dolor sufrido” refiere que este nace en nosotros por el hecho de ser humanos. De hecho, tenemos certeza que en cualquier momento el dolor nos puede afectar bien sea genéticamente, o por nuestro

entorno, o por el mero hecho de envejecer, donde nuestro cuerpo es susceptible a cada uno de esos estímulos.

Para entender mejor el verdadero sentido del dolor y sufrimiento, haremos alusión a un reciente caso muy famoso en el Perú sobre eutanasia, el caso de Ana Estrada que recientemente ha conseguido una respuesta positiva por parte de la jurisdicción de la Corte Superior de Justicia de Lima. Para este avance en el proceso de Ana Estrada, se ha visto conveniente exponer cómo su dolor ha erosionado el goce y disfrute legítimo de su derecho a la vida digna.

Ana, psicóloga de 46 años, sufre una enfermedad degenerativa conocida como polimiositis, para ella es traumatizante vivir con dicha enfermedad. Ha pasado por múltiples cirugías y procedimientos de emergencia para poder respirar y alimentarse. De momento, para Ana, el dolor tanto físico como psicológico que vive la ha hecho sentir que su dignidad humana está siendo vulnerada, por no poder vivir de la manera en la que vivía antes de su recaída.

Por esto, recientemente se ha intensificado la fuerte tendencia de discutir la legalización de la eutanasia como una forma que restaure la dignidad de las personas enfermas cuando ya ha intentado y fallado todos los procedimientos que puedan mitigar o al menos controlar su enfermedad.

Por todo esto, el principal régimen que todo Estado debe procurar es el de evitar que el dolor se apropie de la vida de las personas y que este a su vez genere sufrimiento. Esta es una posición de prevención frente a la amenaza que suponen las enfermedades; puesto que, no se puede determinar si existe mérito en practicar un acto eutanásico si no existe un entorno propicio para el alivio del dolor.

En este sentido, la medicina, como parte de su búsqueda por acabar con el dolor, toma de la ética las bases en la cual se cimienta la manera más idónea del tratamiento del

dolor propiciado por las enfermedades, y esto se constituye en cuatro principios básicos: el respeto por la persona, la beneficencia, la maleficencia y la justicia.

Cada uno de estos principios han sido incluidos en las áreas de la esfera político y social que pretenden aliviar el dolor que van desde un marco legal que reconozca en principio los derechos básicos de salud, la adecuada formación de los profesionales sirviéndose de la medicina como carrera al servicio de las personas y no como plan lucrativo y al sensibilizar a las personas y a la sociedad en general sobre sus derechos con respecto a la salud que forma parte del deber de información y prevención de enfermedades por parte del Estado.

Al hacer referencia al ordenamiento normativo, en la legislación peruana se promulga el respeto y protección del derecho universal de la salud en el artículo 7 de la Constitución para todo el territorio nacional, además, en la Ley general de la salud el Estado se responsabiliza por la salud pública (título preliminar, apartado V) cuya obligación principal es prestar una adecuada cobertura de servicio sanitarios de calidad a la población mediante el progreso de la investigación científica y tecnológica (título preliminar, apartado VI, XV).

De modo que se basa en principios éticos de autonomía cuando establece que para cada usuario de los servicios de la salud se respete su personalidad, dignidad e intimidad de justicia al establecer la no discriminación en razones de la enfermedad que pueda afectar a la persona (art. 15); de beneficencia por exigir a las personas procurar el mejoramiento, conservación y recuperación de la salud del paciente a su cargo (art. 16); y de no maleficencia al prohibir toda práctica que menoscabe o dañe la salud de las personas (art. 17). Esto incluye el ejercicio negligente, imprudente e imperito de los profesionales, que pueda provocar el daño (art. 36).

Así mismos, y reconociendo a su sociedad como un amplio territorio indígena, en Perú se ha ratificado El Convenio Internacional de N° 169 de la Organización Mundial del Trabajo en representación de los pueblos indígenas y tribales, y ratificado como ley nacional mediante Resolución Legislativa N° 26253 donde se compromete a:

Prestar servicios de salud adecuado y accesibles a los pueblos indígenas (art. 25); donde se aplique regímenes de seguridad social sin ningún tipo de discriminación (art. 24); tales servicios deben estar suficientemente cerca de los pueblos indígenas, en tanto que serán de índole comunitario, mientras que su administración deberá tomar en cuenta condiciones de tipo económicas, geográficas, sociales y culturales (art. 25.2); El Estado, además, deberá tomar en cuenta sus opiniones sobre medidas que pretenda llevar a cabo y que les afecte directamente (art. 6.1 literal a) estableciendo los medios adecuados de participación (art. 6.1 literal b); y en el ámbito de la autonomía, se les otorga el derecho a decidir sobre sus propias prioridades. (art. 7)

De esta forma el Estado, mediante la regulación nacional, prevé el bien común de la salud a todas las esferas de la sociedad, en tanto que el derecho a la salud es el primer eslabón para atenuar el impacto del dolor en la sociedad y poder generar alivio en el mayor número de ciudadanos posibles.

Por otra parte, es importante cuando se fijan espacios de formación ética de los profesionales de la salud; ya que, ellos son los que tienen el contacto directo con los enfermos y los únicos calificados para diagnosticar. Tomando lo expresado por Ramos-Pozón (2020), los especialistas destinan sus esfuerzos en remediar el dolor físico de los pacientes, sin tomar en cuenta la trascendencia del sufrimiento que tiene que ver con cuestiones subjetivas que como hemos analizado, las personas enfermas no solo se ven

afectadas físicamente, sino que confluyen otros factores (sociales, económicos, psicológicos) que los puede llevar al sufrimiento.

Y justamente las personas que solicitan la eutanasia lo hacen porque se encuentran en un estado dominado ya no solo por el dolor; sino por el sufrimiento, a consecuencia de que se vuelven conscientes que no pueden hacer nada para dominar su dolor (Ana Estrada) que está erosionando su integridad y la prolongación de su vida.

De allí que se espera cultivar en los profesionales de la salud una ética basada en el cuidado que nace en la perspectiva del desarrollo moral de las personas para comprender el avance de su sufrimiento cuando se encuentran en un estado de dependencia, lo que los vuelve vulnerables.

En principio el cuidado de los agentes sanitarios hacia sus pacientes parte de la normativa que le exige su trabajo, siguiendo los protocolos y estándares establecidos para tales fines, pero pocas veces se atiende ese cuidado desde el punto de vista moral, donde se deja de ver al paciente como un cuerpo adolorido y se empieza a apreciar como una persona que es capaz de expresar sentimientos y emociones y que además tiene expectativas. Esta diferencia de percepción puede crear un cambio positivo en la actividad médica creando un impacto de tolerancia en los pacientes, especialmente aquellos sumergidos en una enfermedad incurable.

Para Martínez-Sellés (2019), manifiesta que el sufrimiento que vive una persona a causa de su enfermedad es una excelente oportunidad para dar un ejemplo pragmático de superación personal al intentar luchar con su nueva dependencia al catalogarla como un “reto más” pero como ya estudiamos el carácter individual del sufrimiento radica en que cada persona tenga una respuesta diferente, y aunque muchos intenten aprender a vivir en dependencia, terminan sucumbiendo ante el sufrimiento. Y es que justamente, el paciente en solitario ya atiende una lucha interna de modo que la diferencia puede llegar

a crearla las personas de la cual este depende, bien sea un familiar, los médicos, enfermeros, psicólogos, etc.

En tanto que un tratamiento apoyado no solo en la búsqueda de la cura sino en la relevancia que tiene un cuidado basado en la ética, donde la actividad técnica es importante, pero comprender las metas personales y las expectativas de vida del paciente (necesidades reales), permiten otorgarles una verdadera autonomía que puede ayudar a crear una relación horizontal entre paciente-médico y generar más apego al lado de la vida.

2.2.3 La calidad de vida: la vida digna y la muerte digna

En relación a la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) ha especificado las condiciones que deben existir para un desarrollo personal, dicho de otro modo, las exigencias para una calidad de vida: un entorno físico de calidad (respetando los derechos económicos, sociales y culturales), medio ambiente sano resaltando actividades de desarrollo sostenible a largo plazo, buenas relaciones en la comunidad de cooperación, una participación democrática de las personas en todos los niveles, la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas, la posibilidad de acceder a entorno físico y sociocultural como educación, cultura, esparcimiento, etc., permitir la conexión con la cultura ancestral de las comunidades y un sistema de salud pública gratuito y de calidad.

De acuerdo con García (1999) la calidad de vida hace referencia a diversos aspectos como “materiales (físicos biológicos, económicos), psicológicos (satisfacción, bienestar, felicidad) y socioculturales (participación democrática, educación, cultura)” (p.16). De hecho, la calidad de vida procura que los factores económicos, políticos, socioculturales, socioambientales y biológicos sean recursos controlables, viables y

adecuados. De manera que la calidad de vida procura trazar el máximo grado de igualdad de oportunidades, disminuyendo las diferencias actuales en disponibilidades de recursos.

En relación a la muerte digna, Gempeler (2015) refiere que es un tópico complejo y controversial sobre el cual existen diferentes percepciones. Así, establece que para algunos pensadores

se trata de la disposición de la propia vida, basados en el principio de autonomía —como en el caso del suicidio asistido o la eutanasia—; mientras que para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor, de forma serena, acompañado y reconciliado consigo mismo y con los demás. (p. 179)

Para el autor, la muerte por sí misma tiene un sentido diferente en cada persona, dependiendo de factores tanto exógenos como endógenos: edad, tradiciones, cultura, religión, entre otros. Y que, además, es inevitable; por lo que su nivel socioeconómico, cultura, origen, educación, etc., no cambia el hecho de la muerte. Una objeción de la forma en que se despliega los cuidados paliativos radica en la poca convivencia con los enfermos, de allí que se suele establecer pocas horas de visitas aunque el enfermo se encuentre en agonía.

Se critica el hecho de que se intente concebir que la muerte se sosiegue y se disimule ante la sociedad; llevando a que las personas no experimenten de primera mano el significado de la muerte según sus valores y que, por ende, no se conciba la muerte “como parte del proceso normal de la vida” (p.180). Se resaltan varios elementos para lograr una muerte digna, entre ellos, y el más importante es el retorno a la herramienta más efectiva y antigua de la medicina: hablar y comunicarse con los pacientes; es decir, dialogar sobre sus aspiraciones de cómo quieren vivir en su tiempo restante. En otras palabras, se quiere que las personas en constante trato con el enfermo practiquen la empatía como herramienta fundamental que permite una muerte digna.

Para Durán (2004) desde el punto de vista sociológico, la aspiración o deseo de una buena calidad de vida se prolonga de modo natural en la aspiración a una buena “calidad de muerte” y los factores para considerarla como tal son a) sin dolor; b) inconsciente, durmiendo; c) rápido, aunque no por accidente; d) acompañado por familiares o amigos íntimos; e) a edad avanzada; f) en casa; g) sin estigma y h) con bajo coste para los demás.

Al respecto, Quesada (2020) sostiene que a nivel internacional, no existe un tratado que recoja expresamente la muerte digna como un derecho humano a ser protegido por el Estado. En el Perú este derecho está bajo pena de prisión, como en el caso de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, que representa también al delito de homicidio piadoso o auxilio al suicidio.

Por lo tanto, Martínez-Sellés (2019) repasa que la calidad de vida en un individuo se apoya en la felicidad, bienestar y la satisfacción que este percibe de su vida misma, y que será determinante en su motivación diaria, que incide en su funcionamiento e impresión que tenga hacia la vida, que incluye en general sus expectativas, deseos y preocupaciones que perciba en su entorno.

Ahora bien, para medir la calidad de vida en las personas es importante considerar las dos dimensiones de Levine y Croog (como se cita en Carné, 1989): Primero, la funcionalidad, enfocado en las interacciones del individuo con el medio que lo rodea; aquí se tiene en cuenta el aspecto social, físico, emocional e intelectual. Segundo, la percepción, donde se incluye la satisfacción y la sensación de bienestar.

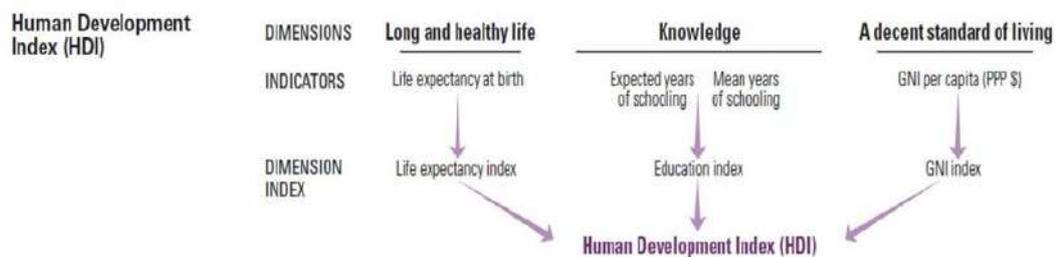
Por otra parte, Ardila (2003) infiere que la calidad de vida de las personas puede determinarse dividiendo los niveles subjetivos de los objetivos: en un rango subjetivo incluye la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida, mientras que en un rango objetivo toma en cuenta el bienestar material,

las relaciones armónicas con el ambiente, las relaciones armónicas con la comunidad y salud objetivamente considerada. Esta distinción lo hace considerando que la calidad de vida alude a la satisfacción general en concordancia con la realización personal que ha llegado cada individuo.

La medición de la calidad de vida se ha vuelto importante para todas las naciones; por lo que, desde 1990 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha impulsado un índice de desarrollo humano que procura determinar el estado de la calidad de vida dentro de los países. Es interesante observar que para la ONU, el desarrollo de un país gira entorno de las personas y sus capacidades; ya que, en sus estudios ha podido constatar que si bien dos países pueden tener el mismo ingreso nacional bruto obtienen resultados diferentes en el desarrollo humano.

Figura 1

Dimensiones del índice de desarrollo humano



Nota: *Dimensiones del Índice de desarrollo humano elaborado*. (PNUD, 1990).

<https://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>

En este sentido, para el PNUD un nivel alto de calidad de vida dependerá de tres dimensiones generales a saber: una vida larga y saludable, estar bien informado y tener un nivel de vida digno.

La salud es evaluada producto de la esperanza de vida al nacer, luego la información radica en la educación de las personas y se mide con base a la escolaridad de los adultos de 25 años en adelante y la escolaridad ideal de los niños en edad de ingresar a la escuela. Finalmente, se fija el nivel de vida con base al ingreso nacional bruto per cápita. La sumatoria de cada una de estas dimensiones proporciona el índice de desarrollo humano.

En el caso de Perú, el Informe sobre Desarrollo Humano (IDH) de 2020 valora el desarrollo dentro de la sociedad peruana durante el año 2019, el cual se estimó en 0.777, que significa un desarrollo humano alto. Así mismo, al comprobar la evolución del Perú en esa última década (1990-2019), se evidenció que el IDH de Perú tuvo un incremento del 26.8% aumentado de 0.613 a 0.777, durante ese mismo periodo.

La esperanza de vida al nacer aumentó en 10.6 años, los años promedio de escolaridad aumentaron en 3.1 años y los años esperados de escolaridad aumentaron en 3.1 años mientras que El INB per cápita de Perú creció en torno a un 147.9%. (p. 3)

Vemos que para Perú, la tendencia ha sido de mejora progresiva para su población hasta el punto de llegar a una categoría de desarrollo alta para la salud, educación e

ingresos en toda la región. La calidad de vida entonces, importa como parte del progreso de un país donde a mayor bienestar de la población, mayor incremento en las capacidades productiva de tal país, que incide no solo en el desarrollo económico sino también social.

Cada una de estas tres áreas especificadas por el PNUD (salud, educación e ingresos) forman un balance de bienestar en el individuo; sin embargo, es inevitable que parte de la población pueda verse afectada por problemas de salud, ya sea de forma natural como la vejez o sufrir una enfermedad sea transmisible o no trasmisible, que nos importa por el tema de la eutanasia.

De modo tal que, se ha empezado a ser relevante la calidad de vida relacionado a la salud toda vez que la aparición de una enfermedad cambia completamente la forma en que una persona acostumbra a desplegar su cotidianeidad.

Por esta razón, Martínez-Sellés (2019) intenta aclarar que entre dignidad y calidad de vida existe diferencias que tiende a generar confusión para los fines de la eutanasia; puesto que, se procura proteger la decisión de morir afirmado que la dignidad ha sido afectada, pero la realidad es que lo que se encuentra afectado es el goce de ciertos derechos humanos que se fundamenta en la dignidad. La calidad de vida puede variar en el tiempo, mientras que la dignidad se mantiene siempre; ya que nace en el ser humano y se mantiene por el hecho de serlo.

En término generales, no se ha podido formar una concepción que abarque la esencia de la dignidad humana. Solo se ha podido agrupar características que la distingan y aquellas que se toman de experiencias vividas a lo largo de la historia como consecuencia de las guerras sufridas en torno a regímenes totalitarios, que tomaba a la persona como un mero instrumento desprovistos de derechos, en tanto que la dignidad se

alzó como escudo de la humanidad asumiendo a esta como un fin en sí mismo, libres e iguales.

La posición de Martínez-Sellés frente a la eutanasia es pues concerniente al derecho a la vida y ratifica que ninguna persona deja de ser humana o deja de merecer respeto a su ser por el hecho de que una enfermedad erosione esta vida. En tanto que pretender acabar con la existencia de una persona por considerar que no se puede atender a cierto goce de bienestar es medir el derecho a la vida a través de “controles de calidad”.

Por consiguiente, la muerte digna nace en la persona que se dispone a enfrentar su padecimiento e intentar atenuar en lo posible tanto su dolor físico como su sufrimiento moral hasta el final de sus días, en tanto que las personas a su alrededor, médicos, familiares y demás terceros deben tomar en cuenta las necesidades del paciente en todos los ámbitos (físicos, psíquicos y espirituales) para lograr atenuar las dificultades en la vida cotidiana del enfermo.

2.2.4 Los cuidados paliativos

El debate de la eutanasia ha hecho que se discuta sobre mejores métodos en la lucha contra el dolor que beneficien a los pacientes suficientemente como para persuadirlos de su deseo de pedir una muerte rápida, un método que los haga sentir más cómodos, que puede mejorar su calidad de vida. En general, las enfermedades de mayor envergadura que sumergen a los pacientes en un dolor grave e irreversible generan otros sentimientos que apresuran su deseo de morir como lo son el miedo y la depresión que van desgastando emocionalmente a la persona.

Es por ello por lo que, la medicina ha optado por perfeccionar ciertas terapias que suavizan el impacto negativo en la vida del enfermo, los llamados cuidados paliativos. Según Porta (2014), se deben considerar como un derecho humano. Para desarrollar este

punto, se cita la Declaración Universal de los Derechos Humanos que fue promulgada el 10 de diciembre de 1948 como un documento fundamental para argumentar tal situación.

El derecho a la salud y a los cuidados paliativos procede en último término del derecho a la vida consagrado en dicha carta fundamental. El derecho a la salud se hace presente en pactos internacionales y territoriales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. Uno de los tratados más relevantes es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de allí que los cuidados paliativos pueda considerarse como una obligación correlativa para el Estado que debe ser garantizada.

Pereira (2016) indica que los cuidados paliativos “no solo dignifica a pacientes en situación de sufrimiento, sino que debe ser reconocido como un derecho humano bajo sistemas legales internacionales” (p.11). Para la región americana, el avance más importante radica en la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015 que obliga los Estados a incorporar los cuidados paliativos a las organizaciones de salud y atención a la población mayor.

Sánchez-Barragán et al. (2021) hacen un análisis bioético y biojurídico de la normatividad sobre cuidados paliativos en Perú. Se considera que los cuidados paliativos, como parte de los derechos en cuanto a la salud, se encuentran emparentados con el respeto de la dignidad humana, principio que se encuentra reconocido en nuestra Constitución Política del Perú, y calificado por el Tribunal Constitucional Peruano (2007), como se desprende en la sentencia del Expediente 10087-2005-PA donde define a la dignidad de la persona humana como un valor y un principio constitucional que reclama un trato digno por parte de los demás miembros de la sociedad, y prohíbe que la persona sea tratada como un instrumento de prueba y como objeto del Estado, siendo

“parámetro fundamental de la actividad del Estado y de la sociedad, así como la fuente de los derechos fundamentales” (p. 3).

Según la OMS (como se citó en Cisternas, 2021) la definición de cuidados paliativos es:

Cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas incorporados y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. La meta es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos atributos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. (p. 226)

Para las Américas, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores positiviza un concepto de “cuidados paliativos” en su artículo 2, bajo los siguientes términos:

El cuidado diligente, integral y de manera disciplinaria de pacientes cuya enfermedad no expresa un tratamiento curativo o sufren dolores de forma evitable, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Involucra una atención fundamental al control del dolor, de otros indicios y de las dificultades sociales, psicológicas y espirituales de la persona mayor. Implican al paciente, su entorno familiar y de aquellos que lo rodean. Certifican la vida y califican a la muerte como un desarrollo normal; no la apresuran ni retrasan. (p. 4)

Ahora bien, Taboada (2000) sintetiza seis principios que permiten actuar adecuadamente sobre tales problemas: primero, la inviolabilidad de la vida humana, por la cual se ratifica la importancia de la vida y la consideración de la muerte como una circunstancia normal, que no se acelera ni se pospone; segundo, la proporcionalidad

terapéutica, donde se busca la utilidad o inutilidad de la terapia; tercero, el doble efecto en el manejo del dolor y la aniquilación de la conciencia, por la cual se quiere que el bien buscado sea conforme al ocasional daño producido; cuarto, principio de veracidad, por la cual se trata de informar con exactitud al paciente; quinto, el de prevención, donde se tenga en cuenta una estrategia de respuesta ante posibles eventualidades; por último, el de no abandono, donde, se debe procurar siempre el bienestar de la persona pase lo que pase.

De esta forma, cuando se despliega la actividad paliativa en los pacientes se procura contrarrestar los sentimientos negativos en torno a la continuación de la vida por percibir un avance en su calidad de vida.

Por todo ello, desde la secretaría de la Organización Mundial de la Salud (2014) plantea la necesidad de generar políticas para iniciar de la forma más adecuada en la instauración de centros asistenciales en cuidados paliativos en cuatro áreas de la salud pública:

- a. Políticas relativas a los sistemas de salud: Se intenta integrar los cuidados paliativos dentro del presupuesto nacional y en todos los niveles de atención con una respuesta suficiente a los ciudadanos que lo necesitan basándose en el principio de cobertura sanitaria universal donde además de poder recibir atención básica debe, en caso de necesitarlo, poder acceder a la asistencia paliativa de forma eficiente y eficaz.
- b. Políticas destinadas a reforzar y ampliar la dotación de recursos humanos: De modo que se tiene que expandir la formación debida en cuidados paliativos de todos los profesionales que presten sus servicios en el área de salud incluso personas que quieran formar parte de un voluntariado, así mismo la población

necesita saber en qué consisten los cuidados paliativos, pues su desconocimiento aleja a las personas de tal servicio.

- c. Política farmacéutica: Se intenta garantizar que los medicamentos regulares y especialmente opioides, necesarios para tratar síntomas físicos y psicológicos, tenga suficiente disponibilidad para cubrir la demanda de pacientes del área de cuidados paliativos.
- d. Política de investigación: Que permita valorar el estado de los cuidados paliativos dentro del sistema de salud y tener una visión más clara de la mejor manera para prestar el servicio acorde con la demanda y las diferentes necesidades de los pacientes en relación a su enfermedad. (p. 8)

En cada una de estas áreas se plantean las bases para incluir progresivamente la atención paliativa en aquellos países que aún no cuentan con una cultura paliativa consolidada como es el caso de los países latinoamericanos.

Según el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (2012) nuestra sociedad peruana no aseguraba a la población asistencia paliativa en los servicios de primer nivel; es decir, los centros comunitarios de salud distribuidos para las comunidades y/o barrios que tienen un primer contacto con la sociedad no se encontraban equipados para ofrecer cuidados paliativos, ni mucho menos para cubrir la atención domiciliaria, y tampoco se ofrece residencia tipo hospicio.

En el segundo nivel de atención, entre red de hospitales generales, solo se identificó una unidad de cuidados paliativos en el hospital regional de Trujillo EsSalud, y finalmente para la atención de tercer nivel se prestaba el servicio en 7 unidades de cuidados paliativos: cuatro de ellos localizados en la capital Lima, uno en el Callao, uno en Trujillo y uno en Arequipa. Aunado a la baja cobertura, no existían equipo de apoyo hospitalario ni centros de día para cuidados paliativos.

En 2018 se dictó la Ley 30846 en la que se acuerda el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para tratar las enfermedades de manera oncológica y no oncológica y se presenta a su vez en julio del 2021 el documento técnico Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú (2021-2023) como primera respuesta directa al evidente déficit en cuidados paliativos en la región.

En nota de prensa del portal web del gobierno peruano, para el 2019, el Ministerio de Salud informó que fueron integrados los servicios de cuidados paliativos para pacientes oncológicos, apenas en 22 establecimientos de salud solo en Lima.

Sin embargo, Sánchez–Barragán citando el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (2021) demuestra que

este primer paso ha resultado insuficiente para el Estado peruano pues se estima que en los próximos años se incrementara el número de personas mayores de 60 años de tal forma que “para el 2050, sería 8,7 millones de personas (21,8% de la población total en el 2050)” (p. 125), además de las 150.105 personas que necesitan cuidados paliativos, solo accede el 6,5% de ellas al servicio. (p.127)

Por estos motivos, el objetivo general planteado por el plan de gobierno nacional para ofrecer los servicios paliativos apropiadamente, por lo dispuesto en el documento técnico de 2021 mencionado con anterioridad, busca fortalecer la respuesta del sistema nacional de salud ante la demanda de los cuidados paliativos mediante la implementación de acciones en el presupuesto nacional, en los recursos humanos y en los tres niveles de atención pública. De modo que plantea integrar cuidados paliativos desarrollados adecuadamente en cada nivel asistencial de la siguiente manera:

- a. Cuidados paliativos básicos, dirigidos a pacientes en atención primaria que no requieren especialistas para atender la patología que sufren.

- b. Cuidados paliativos intermedios, reciben en atención aquellos pacientes referidos del nivel de cuidados paliativos básicos (sistema referencia/contrarreferencia) por enfermedades limitantes, con exacerbación de dolor si es el caso, distrés social y/o emocional que requieran acudir a un EESS.
- c. Cuidados paliativos especializados, se asignan a aquellos pacientes cuya enfermedad presenta una alta complejidad de modo que urge el trato directo con especialista en cuidados paliativos, en coordinación con los proveedores de tales cuidados del nivel básico e intermedio igualmente mediante el sistema de referencia/contrarreferencia.
- d. Cuidados paliativos domiciliarios, donde se lleva la asistencia paliativa al domicilio del paciente, para reforzar el apoyo tanto a este último como a sus familiares y cuidadores, para ello es necesario la cooperación entre los tres niveles de asistencia si es necesaria, pues se asignará como hemos observado en el marco de referencias/contrarreferencia.

El gran número de personas que necesitan en la actualidad cuidados paliativos y las próximas a necesitar en el mediano plazo; ponen en urgencia al Estado peruano, pues este tipo de asistencia es la principal respuesta de los Estados ante la misiva que impone la eutanasia, que ofrece un estímulo en la calidad de vida de las personas cuya salud se ve afectada.

Así lo demuestra Martínez- Sellés (2019) considerando el estudio realizado por la Sociedad Americana de Oncología Clínica donde se evidencia que la falta de cuidados paliativos trae como consecuencia directa un alza en la petición de eutanasia y suicidio asistido, donde se constató que hubo un 46 % de pacientes con acceso a cuidados

paliativos que cambió de opinión en cuanto al suicidio asistido, mientras que solo 15 % de los pacientes que no recibían asistencia paliativa cambiaron de opinión, de modo que la asistencia paliativa influyó positivamente en ese grupo de pacientes.

Además, dicho autor recomienda no esperar fases avanzadas en la enfermedad que padece una persona y reducir gradualmente las medidas curativas al mismo tiempo que se aumentan las paliativas. Además, tener los mecanismos adecuados para realizar una evaluación integral tanto de lo físico como de lo emocional que permitan una valoración adecuada y se evite sobreestimar la expectativa de vida de cada paciente.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1 Eutanasia

Según la Real Academia Española, la eutanasia consiste en “causar o cooperar a la muerte de una persona, ante su solicitud libre y responsable, para poner fin a un sufrimiento insoportable derivado de una enfermedad o estado de padecimiento graves” (s.p.). En la misma línea, Vilches (2001) señala que la eutanasia “la sitúa en el nivel de las intenciones y procedimientos usados en procesos irreversibles de muerte”, asimismo, independiente del momento en que “se ejecute la decisión, lo importante es que hay una intención de apurar un proceso que es irreversible” (p. 179).

Para Ossorio (1986) eutanasia significa “muerte sin sufrimiento físico; en especial, la que así se provoca de modo voluntario” (p. 134). La OMS define la eutanasia como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. La eutanasia es la obra mediante la cual trata de evitar sufrimientos a personas próximas a su muerte, de forma deliberada por medio de un médico tratante.

Torres (2005), coincide con sus antecesores respecto a la idea de la privación, por ello señala que es

la privación de la vida de otra persona realizada por razones humanitarias, a requerimiento del interesado que sufre una enfermedad terminal incurable o una situación de invalidez irreversible según el estado actual de la ciencia médica y desea poner fin a sus sufrimientos. (p.34)

Ortega (2015) señala:

El ser humano debe pensarse como ser integral, verse como un fin, en y para sí mismo; debe percibirse como un universo de vida, en actividad permanente de autoconstrucción y de comunicación; implica un reconocimiento de sí mismo, como sujeto de derechos y deberes, con capacidad (conocimiento, conciencia y práctica) de reconocer al otro, porque su vida se da en un espacio de relaciones sociales que exige interacción, respeto y solidaridad. (p. 24)

Camaño (2012) indica que

la Eutanasia no persigue diagnosticar, ni tratar de prevenir una enfermedad, sino que es una acción ejecutada con el propósito intencionado de causar la muerte de una persona para evitar el dolor y/o sufrimiento, lo que excede la naturaleza y objetivos de un acto médico. (p. 192)

2.3.2 Clasificación de las eutanasias

Los pensadores sobre el tema de la eutanasia clasifican a esta en siete tipos:

eutanasia activa, eutanasia pasiva, eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria, ortotonasia, distanasia y adistanasia.

Sobre la eutanasia activa, Fernández (2000) señala que se refiere a actos ejecutivos que acortan la vida del paciente y se dirige a producir el hecho jurídico de la muerte, concurriendo en un “dolo directo”.

Respecto a la eutanasia pasiva, Fernández (2000) infiere que se aplica de una manera artificial a través de medios que encaminan a que llegue el momento de su muerte, tales como ventilación asistida, reanimadores, tratamiento en unidades de vigilancia intensiva, etc. Las dos clases de la eutanasia activa y pasiva, son dos formas que el paciente con apoyo de los médicos utiliza como medio para poder dar fin al sufrimiento debido a una enfermedad, especialmente terminal.

La eutanasia voluntaria, según Muñoz (2017), se hace a petición de la parte interesada (enfermo o paciente), expresada a través de su libre discrecionalidad y desenvolvimiento por una persona con plena capacidad jurídica que se encuentra con todos sus sentidos, es decir, tiene íntegro conocimiento de su obrar para la toma de decisiones.

Por otro lado, la eutanasia no voluntaria se refiere a la tipología en la cual el paciente desconoce el procedimiento que se le va a hacer; debido a que, no tiene noción de lo que esto significa. Sobre esto Muñoz (2017, p. 52) puntualiza que: “el paciente no tiene conocimiento sobre los procedimientos, sobre la realidad, por ende, su voluntad es mínima o nula, por lo que no podrá distinguir entre una buena o mala decisión”. El mismo autor continúa señalando que esta tipología se da cuando el paciente antes y después de estar en un acontecimiento específico indica que no desea que se le realicen tales procesos

eutanásicos, por lo que se cometerá un delito cuando se la realizará sobre estos sujetos.” (p. 55).

La ortotanasia significa “no interrumpir al paciente su fallecimiento, la distanasia que tiene lugar a tratamientos terapéuticos” (Martínez, 2020, p. 35). A su vez, Sánchez (2018) indica que también la eutanasia pasiva equivale a no retrasar el fallecimiento de la persona, permitiendo que éste ocurra sin intervención o ayuda. Algunos consideran que la ortotanasia intenta interrumpir tratamientos que mantienen a uno en vida.

La adistanasia es la interrupción artificial de poder quitar todo elemento o medio respiratorio al enfermo para que se termine su subsistencia. Sánchez (2018) señala como “ensañamiento terapéutico” a la aplicación consciente de tratamientos desproporcionados al enfermo que se encuentra en etapa terminal. Martínez (2020) se refiere a ella como la “cesación de la prolongación artificial de la vida dejando que el proceso patológico termine con la existencia del enfermo” (p. 35).

2.3.3 Muerte digna

La muerte según Ossorio (1986, p. 473) se refiere a “cesación de la vida”. Separación del alma y el cuerpo, en las dos acepciones, meramente biológica una espiritualista o religiosa la otra”. La muerte es la consecuencia producida por la eutanasia, es el objeto buscado mediante esa práctica.

Guerra (2013, p. 77) refiere que:

Sobre el aspecto de la muerte, concretamente, los instantes previos, conocidos como agonía, hubo culturas que sacralizaron la etapa, dando relevancia a la misma y procurando expedir el paso siguiente (la muerte) con drogas y venenos como parte de un ritual que les ayudaba a tener una buena muerte (eutanasia).

Los conceptos de morir con dignidad o derecho a una muerte digna han propiciado muchas rencillas y existen puntos de vista muy diferentes; por tanto, para hablar de muerte digna es necesario según Gempeler (2015) precisar que la muerte por sí misma “tiene un significado diferente en cada persona, dependiendo de la edad, las tradiciones, la cultura, la religión, entre otros”; además, es una situación inevitable que pasará toda persona, pues tarde o temprano tendrá que enfrentarla, aparte de su nivel socioeconómico, cultura, origen, educación, etc. Así mismo, sobre la definición de muerte digna, este no es un tema que solo se refiere al ámbito de la medicina; sino un “tema social y cultural”; debido a que, “no puede haber un concepto único de muerte digna y lo que debe primar es el deseo y las necesidades básicas del paciente” (p. 179).

2.3.4 Dignidad humana

La dignidad humana significa para Lamm (2017) que un “individuo siente respeto por sí mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado”, así como también, involucra la necesidad de que todos los seres humanos “sean tratados en un pie de igualdad y que puedan gozar de los derechos fundamentales que de ellos derivan” (p.1). Se tiene dignidad en tanto somos “moralmente libres, por ser autónomos, con el mismo regimiento de ley igual que otros. La dignidad es fuente y fundamento de todos los derechos humanos e involucra un cambio en el concepto de persona que es un fin en sí misma.

A decir de Valls (2015), dignidad es un término abstracto que viene a sustantivar un adjetivo previo (digno) y que se diferencia de la percepción antigua a través de una mutación que tuvo a través de pensadores como Kant. En efecto, para el científico Peña (2021) dignidad humana es un concepto especialmente destacado por Kant y fue tomado en serio en el siglo XX como consecuencia de las experiencias vividas por la humanidad, donde regímenes totalitarios como el fascismo y el nazismo no

consideraban a las personas como sujetos de derechos, ni valoraban su dignidad, sino como meros instrumentos o medios de otros hombres desprovistos de su valor incuantificable de ser fines en sí mismos y negándoles su condición inherente y natural de seres libres e iguales. Este concepto se empieza a observar desde la Constitución Alemana de 1949 en su artículo 1 que se refiere a la dignidad humana como intangible y obliga al poder público a respetarla y protegerla; en la región latinoamericana, la Constitución Venezolana de 1999 señala en su artículo 3 al respeto de la dignidad, como un fin esencial del Estado.

En otro orden, el concepto de dignidad humana es “metajurídico, pero no ajurídico”. Persona y dignidad son “dos realidades inseparables, y toda persona merece ser tratada conforme a justicia, y particularmente conforme a los derechos que le son inherentes: los derechos humanos”. Al ser la persona humana el origen, sujeto y fin mismo del Derecho, todo el ordenamiento jurídico “debe reconocer y proteger socialmente la dignidad de la persona” (De la Fuente, 2011, p. 7).

2.3.5 Dolor

Para la Real Academia Española se entiende por dolor, en primer lugar, “Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”; en segundo lugar “Sentimiento de pena y congoja” (s.p.). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño” (s.p.). Actualmente, el entendimiento de dolor integra tres componentes o dimensiones: el componente sensitivo del dolor, que se refiere al potencial de acción generado desde los nociceptores; el componente cognitivo se asocia con el aprendizaje cultural, experiencias previas respecto al dolor y las conductas relacionadas; finalmente,

el componente emotivo-afectivo del dolor se relaciona con las emociones frente a un impulso doloroso y la manera en que estas influyen en la interpretación del mismo (Loyola, 2012, p. 4).

Según Ferrajoli (2007) existen “dos figuras del dolor sufrido y del dolor infligido –uno natural, el otro producto de los hombres-” (p. 195). Estas dos figuras del dolor ofrecen una adecuada clave de lectura de las formas o de las líneas de desarrollo del moderno Estado Constitucional de Derecho. Comenta el autor que “los derechos fundamentales son configurables como derechos a la exclusión o la reducción del dolor” (p. 195). Precisamente, la eutanasia como derecho se relaciona con esa interpretación del dolor bien como reducción o exclusión.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Enfoque cualitativo

La investigación parte de la metodología basada en la interpretación para representar el significado de los hechos que evoca una realidad considerando los eventos distintivos, señalando y dilucidando los problemas y responder las interrogantes. Así para Maanen (1983):

El método cualitativo puede ser visto como un término que cubre una serie de métodos y técnicas con valor interpretativo que pretende describir, analizar, descodificar, traducir y sintetizar el significado, de hechos que se suscitan más o menos de manera natural. (p. 58)

De este modo, el procedimiento utilizado implica la interpretación como técnica de análisis de datos no estructurados y/o teóricos para comprender la experiencia según el contexto cultural, ideológico y social.

3.2 Alcance descriptivo

Se busca analizar el valor de la eutanasia en la realidad peruana frente a la postura de los derechos del hombre en la visión ética y antropológica de Manuel Martínez-Selléz describiendo la situación actual en materia de derechos humanos, examinando el desarrollo real del avance social y económico en materia de salud del Estado peruano y considerando los beneficios y contraindicaciones bioéticas que podría significar la legalización de la eutanasia en el Perú desde la posición de Manuel Martínez-Selléz

3.3 Diseño de la investigación

La investigación que se presenta es de tipo documental o bibliográfica; ya que, tiene como fuentes libros y revistas que condensan la doctrina aplicable al objeto de estudio. En este tipo de investigaciones se desprende “un dato de una documentación, aunque se halle perfectamente clasificada y ordenada”, significando el desprendimiento de “un elemento dentro de una realidad que es mucho más compleja, ya que a veces trasciende” el propio contexto personal o profesional (Suárez, 2007, p. 48).

3.4 Descripción del ámbito de la investigación

La mencionada investigación se ajusta a criterios objetivos partiendo de un adecuado método documental y crítico que se pone en práctica a lo largo del trabajo y que concluye con las referencias consultadas. En ese sentido, se utilizaron técnicas de observación de tipo documental, presentación de forma resumida, resumen con carácter analítico y análisis crítico, presentando doctrina de autores de manera multidisciplinaria desde el derecho, la filosofía y la ética.

3.5 Categorías

Se pretende enmarcar un recorrido cualitativo que permita una visión ética clara de las consecuencias sociales de la eutanasia, el sentido del dolor y del sufrimiento dentro

de la sociedad, así mismo el significado de la calidad de vida, la vida y muerte digna y el desarrollo de los cuidados paliativos en la realidad peruana.

3.6 Delimitaciones

3.6.1 Temática

La presente investigación parte del estudio de la eutanasia desde una dimensión ética y antropológica como consideración de la vida humana en los límites de los derechos humanos abarcando aspectos de la realidad peruana con el fin de visibilizar la incidencia de la legalización de la práctica eutanásica en la nación.

3.6.2 Temporal

Se estudia la situación actual de la eutanasia como enfoque para establecer un análisis bioético adecuado en torno a los últimos acontecimientos que proponen su despenalización.

3.6.3 Espacial

La investigación se desarrolla sobre las bases de los límites geográficos de la nación peruana atendiendo a su población a nivel regional y local, específicamente en el área de la salud.

3.7 Limitaciones

La investigación se vio limitada a una visión ética y antropológica de un solo autor, el resultado final converge en la sociedad peruana por lo que no se recomienda aplicarla para otros países sin el debido ajuste cultural, social y económico.

3.8 Plan de recolección y procesamiento de información

Los datos fueron extraídos de las citadas fuentes documentales mediante fichas, en ellas se recolectó y seleccionó información según el esquema de contenido preestablecido en el proyecto. Además, debido al avance de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, las fichas se desarrollaron bajo medios electrónicos, los cuales permiten el procesamiento de datos, de una manera más rápida, eficiente y en favor de la protección del medio ambiente, lo cual es muy relevante y concuerda con la temática a tratar desde ese punto de vista.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

4.1. Tensiones en la propuesta peruana para la legalización de la eutanasia

El tópico de la eutanasia en el Perú ha tomado importancia recientemente a partir de la exposición que tuvo el caso de la Psicóloga Ana Estrada. Según Miro Quesada (como se cita en De la fuente, 2021) este caso se convierte en la primera ciudadana peruana en solicitar su “derecho a la muerte digna”. Ahora bien, frente a este debate entre admitir o no la existencia de un derecho a la muerte, es necesario admitir la complejidad del tema y las diversas tensiones entre los argumentos a favor y en contra. A la vez, entender algunas particularidades en la constitución política del Perú y en algunas generalidades que se presentan en el código penal peruano.

Es por ello, que en esta investigación, se proponen diversos niveles para desmenuzar ciertos argumentos que enmarcan la defensa de la eutanasia. Dichos argumentos han sido extraídos a partir de dos estudios: Por un lado, el de Mendoza, realizado en el año 2014, donde se apela al liberalismo jurídico para la aceptación del acto eutanásico. Por otro, el de Sánchez realizado en el año 2018, por la cual se propone un neoconstitucionalismo a la hora de defender la eutanasia. Cabe resaltar, que estos argumentos serán contrastados con la propuesta antropológica de Martínez- Sellés con el fin de esclarecer su pensamiento.

4.1.1. A nivel ético-antropológico

En este apartado se toman en cuenta dos cuestiones: primero, la cuestión de la dignidad por la cual se ve tergiversada el concepto de calidad e inclusive es ponderada por estándares cuantificables, que al comprometerse por la enfermedad del paciente deja sin efecto lo digno de la existencia, segundo, la cuestión de la libertad por la cual se sustenta el derecho máximo de la persona que alcanza hasta la exigencia de un derecho a morir dignamente. Se analizarán estos puntos por separado.

En primer lugar, con relación a la dignidad de la persona, el concepto de dignidad tiene diversas interpretaciones por parte de ambas posturas: los que defienden la eutanasia, parten en la mayoría de los casos de una concepción racionalista e inclusive historicista; por otro lado, los que están en contra manejan un sustento proveniente del realismo filosófico y no sólo teológico.

De los defensores de la eutanasia, el término mantiene un origen racionalista; es decir, la realidad de la dignidad no reside por el hecho de la misma existencia de la naturaleza humana; sino por el ejercicio de la razón, que es universal a todos los hombres (Páramo, 2021). De esta forma, se toma en cuenta la exclusividad de la persona, pero no por el hecho de ser una realidad intrínseca; sino por el añadido que le da la razón a la hora

de entender a esa persona como digna. De hecho, desde el punto de vista jurídico, Sánchez (2018) refiere en la concepción de dignidad una triple característica: como razón de ser, como fin y como límite. Aparentemente, no existe ningún problema con esta concepción; sin embargo, a la hora de establecer parámetros a la dignidad se considera que la dignidad de la persona existe en cuanto al “deber ser” del hombre le permita.

A lo largo de la historia se han dado diversas luchas sociales para el reconocimiento de diversos derechos, tales como algunas regulaciones laborales, inserción de la mujer a campos que no estaban permitidos antiguamente, etc. No obstante, la intención en estos reclamos sociales, no se puede entender en medidas de aumentar la dignidad de la persona; sino en asegurar una calidad de vida de los seres humanos. Entonces, cuando Sánchez (2018) dice que “la dignidad se articula en derechos para que exista cabalmente” (p. 158), se promueve un entendimiento de la dignidad como directamente proporcional al reconocimiento de los derechos; es decir, a mayores derechos reconocidos, mayor es la dignidad del ser humano.

Esta noción ha permitido que la cuestión de dignidad aterrice en un plano historicista; por la cual, en cada época, surja un afán por la búsqueda de “derechos” con el motivo de aumentar la dignidad de la persona. Sin embargo, no se tiene en cuenta, que la vía adecuada es a la inversa; importa que la dignidad de la persona se conserve intacta para que los derechos que se promuevan vayan de acuerdo a lo que por naturaleza exige el ser humano. Es por ello por lo que, muchas de estas luchas sociales apelan al respeto por la dignidad, pero desde un concepto de persona propio de la edad moderna con implicancias subjetivistas que van en contra de la propia naturaleza.

El concepto que se maneja de dignidad es uno de los argumentos en contra de la eutanasia; ya que, parte de un contexto filosófico realista y no solamente teológico. Es sorprendente cómo se trata de menospreciar los argumentos por el hecho de ser

considerado “muy religioso”. Debido a esto, es importante aclarar que el argumento teológico (haber sido creados a imagen y semejanza de Dios) considera el carácter personal de Dios y para definir lo que significa “persona” se tomó en cuenta la noción de Boecio (como se citó en Páramo, 2021); por el cual “la persona es sustancia individual de naturaleza racional” (p. 8).

En este sentido, se enfatiza en el término sustancia. Alvira et al. (1982) lo entienden como “lo subsistente, esto significa que no es otra cosa, sino en sí misma, al contrario de los accidentes, que para ser necesitan apoyarse en un sujeto, que es precisamente la sustancia” (p. 54). Por tal motivo, la realidad del ser humano es que es “sustancialmente digno”, por lo que sus circunstancias actuales (accidentes) no pueden menoscabar tal dignidad, metafísicamente hablando.

Por consiguiente, el pensamiento de Martínez- Sellés (como se citó en Páramo, 2021) aborda la dignidad humana como una realidad independiente a la calidad de vida donde, no se puede hablar de una disminución de la dignidad mientras que algunos indicadores como bienestar social, económico, de salud, etc., están ausentes. Esta idea busca responder a la cuestión de fondo que surge en esta discusión: ¿existe la dignidad del ser humano al margen del ser humano? Al menos, en este nivel se logra percibir que dentro de este argumento se respeta la dignidad como categoría de sustancia, como lo que es; y no como un simple concepto que se dice del hombre, que puede verse comprometido a diversas tendencias de pensamiento de cada época, como la que estamos viviendo ahora.

En síntesis, es claro que existe un punto en común, pues ambas posturas consideran relevante la dignidad de la persona, de hecho, en base a ella se defiende la aceptación o rechazo de la eutanasia; no obstante, se encuentran diferencias en el origen del concepto de dignidad de la persona. Por un lado, se tiene una comprensión racionalista

donde el hombre es la medida de todas las cosas; por otro, una concepción metafísica de lo que realmente es la persona donde su dignidad es su substancia y la calidad de vida, sus accidentes.

En segundo lugar, en relación a la libertad, los temas giran en torno al respeto de la autonomía del paciente y a su derecho de desarrollar libremente su personalidad. Por un lado, los que defienden la eutanasia manifiestan que el paciente es plenamente libre de decidir su destino final, esta capacidad, es lo que le hace plenamente digno. Adicionalmente, se considera que existe la plena libertad para que la persona busque su desarrollo con tal que no afecte o comprometa los derechos de las demás personas.

Por otro lado, dentro de los argumentos en contra, se presenta al principio de autonomía, no como un factor determinante para la aceptación de la eutanasia; ya que, puede verse comprometido en dos sentidos: primero, que esa decisión no acompaña plenamente la responsabilidad personal y social; segundo, que esa decisión, además de ser irresponsable, no es objetiva; ya que, se ve inmersa en diversos factores físicos y emocionales que afrontan los enfermos terminales. Adicionalmente, se entiende la libertad como la consecución del bien ético, como consecuencia de la exigencia de la conciencia del hombre y a lo que responde la ley natural y divina.

Con respecto a defender la eutanasia en relación con el principio de autonomía, Mendoza (2014) propone retomar la distinción de dos libertades identificadas por Isaiah Berlin en sus ensayos acerca de la libertad: en uno de ellos se considera la libertad negativa y libertad positiva. En cuanto a la libertad negativa, se entiende a una libertad sin interferencias; es decir, a la capacidad del hombre para poder hacer esto o aquello. En cuanto a la libertad positiva, se considera la autodeterminación de la persona para conseguir un fin propuesto por sí mismo o por la sociedad.

Ahora bien, es claro que la libertad negativa es la que envuelve la defensa de la eutanasia, pues no admiten ningún obstáculo ante la decisión de la persona a “morir dignamente” y rechazan la libertad positiva por la cual consideran que sería una libertad contaminada por un paternalismo de parte del Estado, problema que se abordará en el siguiente apartado.

Por lo tanto, el principio de autonomía estaría resguardado por la libertad negativa. De hecho, Berlín (como se citó en Mendoza, 2014) refiere que “soy libre en la medida en que ningún hombre ni ningún grupo de hombres interfieren en mi actividad. En este aspecto, la libertad política es, simplemente, el espacio en el que un hombre puede actuar sin ser obstaculizado por otros” (p.107). En otras palabras, es el paciente quien debe tomar una decisión libre de obstáculos e interferencias; sugerir al paciente, ya implicaría un impedimento al ejercicio de su libertad negativamente hablando.

Además de esta concepción de libertad, se tiene en cuenta también el derecho al libre desarrollo. Esto es propuesto por la *Constitución política* de nuestro país donde se asegura que el tipo de libertad promovida es la libertad negativa, por lo cual se tiene en cuenta todas las conductas posibles, con tal que no vulnere las libertades de las demás personas. Dentro de ello, el desarrollo en todas las esferas de la personalidad se convierte en una cláusula residual de libertad (Mendoza, 2014).

Con respecto a rechazar la eutanasia, se parte de una concepción positiva de libertad. De hecho, es contraproducente defender la eutanasia, con una propuesta de libertad que en el fondo no define una experiencia realmente libre. En efecto, si una persona, a raíz de su capacidad de elegir es libre; cabe la posibilidad que tome decisiones equivocadas y se formule un juicio que le lleve a pensar que la real libertad es la que lleva al error e inclusive a actuar mal. Por consiguiente, es importante que la definición de una libertad debe estar acompañada con algo más allá de la sola posibilidad de elección. Si

realmente queremos que el hombre sea libre, es importante decretar qué es lo que le hace libre y qué no.

Según Giussani (2008), la libertad “es una satisfacción total, la realización plena del yo, de la persona, su perfección completa. Es decir, la libertad es la capacidad del fin, la cabida de la totalidad, la capacidad de la felicidad” (p.128). Así pues, el sentido de la libertad, como la satisfacción de un deseo, es la que nos compromete como seres humanos a profundizar en el deseo real del paciente terminal.

Según Martínez- Sellés (como se citó en Páramo, 2021) “cuando un enfermo que sufre pide que lo maten, en realidad está pidiendo casi siempre que le alivien los padecimientos” (p. 9). Entonces, al hablar del paradigma de la autonomía, si bien es cierto, la autonomía implica una decisión sin influencias, en estos casos tan complejos, la decisión del enfermo terminal no puede comprenderse de forma aislada; es decir, la decisión, debe ir acompañada de una seria reflexión médica, de una responsable actitud del paciente y una apertura real de los familiares. De otra forma, lo que se busca con esta “autonomía” del paciente es magnificarla a tal grado que pueda generar conflictos a nivel de comunicación tanto con el médico y con los parientes (Martínez- Sellés, 2019).

Asimismo, se aclara que dentro de esta postura, no se pretende mantener una actitud indiferente al dolor y sufrimiento del paciente terminal. Lo que diferencia una propuesta de otra, es que no se plantea la muerte directa; sino el acompañamiento al paciente de forma que se asegure una muerte digna y se respete su autonomía. Según Páramo (2021), en la mayoría de los casos el paciente pide la eutanasia no por el dolor físico; sino por la vivencia del sufrimiento.

En síntesis, si para los que defienden la eutanasia, la libertad negativa es la más adecuada para el respeto de las demás conductas humanas; los que la rechazan consideran que la libertad positiva es aquella que verdaderamente define la libertad; porque responde

a las exigencias elementales de la persona: su deseo de felicidad y verdad. Entonces, todo tiene su origen en la concepción de libertad: para algunos matar al paciente lo haría más libre y digno, mientras que para otros dignificar y respetar la libertad del paciente versaría en un acompañamiento merecidamente humano.

4.1.2. A nivel legislativo

Para este nivel, el fenómeno de la eutanasia en nuestro país no tiene cabida, jurídicamente hablando. El debate ha surgido a partir de la interpretación tanto de la constitución política de nuestro país como del código penal. A partir de ello, se tiene las siguientes posturas: por un lado, los que defienden la eutanasia aseguran que el estado tiene un comportamiento paternalista para con sus ciudadanos, además que defienden el derecho a morir dignamente a partir de una visión neoconstitucionalista y liberalista; por otro lado, los que rechazan la eutanasia, si bien es cierto son conscientes que en la constitución y en el código penal existen algunos puntos por aclarar; proponen la inviabilidad de un derecho a la muerte mediante el respeto a lo que ordena la constitución del país.

En primer lugar, en relación con la interpretación de la constitución que hacen los que defienden la eutanasia, se resalta la visión del liberalismo político (Mendoza, 2014); por lo que se busca una sociedad justa e igualitaria donde se respeten las libertades de la persona. De hecho, existen algunos elementos en la constitución que son comunes a la propuesta liberalista como son: el respeto a la dignidad de la persona, el respeto por el libre desarrollo de la personalidad, la libertad religiosa, etc. Ahora bien, dentro de las directrices de una sociedad liberal, estaría sustentado el derecho a la muerte y a la libre elección del morir.

Frente a ello, toda medida que trate de limitar las libertades de la persona será considerada como paternalista por parte del Estado. De hecho, tanto Dworkin y Garzón

(como se citó en Mendoza, 2014) llegan a la conclusión de que los supuestos del paternalismo versarían en:

Las medidas que incorporan una prohibición o mandato jurídico que interfiere con la libertad de una persona cuando ello es necesario para evitar un daño en la persona a la que se coerciona directamente o en aquella con la que ésta interactúa aún en contra de la voluntad del beneficiado. (p.123)

Ahora bien, como no está explícito el derecho a morir dignamente en nuestra *Constitución política*, es importante un enfoque neoconstitucionalista para que los ciudadanos tengan mayores recursos a la hora de interpretar y salvaguardar sus derechos. En este sentido, el neoconstitucionalismo se entiende como una relectura de la carta magna considerándola como instrumento limitador de la propia ley, además que se tenga en cuenta la actividad judicial como un equilibrio entre el criterio, ética e intereses de la mayoría (Sánchez, 2018).

En segundo lugar, en relación con la interpretación de la constitución a partir de los que están en contra de la eutanasia, se tiene en cuenta que no es lógico hablar de un derecho a la muerte, teniendo una institución que asegure la cuestión de la dignidad y el derecho a la vida; sin embargo, las discusiones vuelven a surgir a partir de un mal entendimiento de la sustancialidad de la dignidad y el verdadero sentido de la libertad, como lo hemos visto anteriormente.

Así pues, cuando se apela en numerosos casos este “derecho a la muerte” se habla de una apelación a un derecho constitucional inexistente. Según De la fuente (2021) afirma que esta apelación se puede ver sustentada en el artículo tres de la constitución peruana, por la cual se aseguran también los derechos innominados, es decir, aquellos que no fueron nombrados explícitamente; no obstante, se debe atribuir como criterio

fundamental, para alegar un derecho innominado, todo aquello que respete la dignidad de la persona; en efecto, un “derecho a la muerte digna” no estaría en orden a este criterio ya formulado.

Según Martínez- Sellés (2019) en el momento que se ignore el sentido de la dignidad de la vida, es cuando se inicia una mala interpretación de la muerte; es decir, a partir de una consideración muy egoísta de la vida, llena de placeres y disfrutes, cuando se enfrenta la realidad del sufrimiento, la muerte se convierte en necesaria. Esto es parte de una visión muy instrumentalista de la persona y por tanto no digna. La vida implica experiencias complejas, pero una posición liberalista hace que el hombre trate de liberarse de todo aquello que pueda señalarle incomodidad o fastidio, es la realidad de los que promueven la eutanasia.

En síntesis, el derecho a morir dignamente afronta en la realidad peruana una disyuntiva: ¿realmente la constitución política en su artículo número tres, incluye este derecho?, ¿de quién depende esta correcta interpretación? Ahora bien, para los que defienden la eutanasia es necesaria una postura de liberalismo político y de neoconstitucionalismo, mientras que para los que la rechazan importa entender bien la dignidad para comprender el sentido de la muerte.

4.1.3. A nivel médico

En este nivel de la discusión es importante abordar las opciones que se proponen como solución. Por el lado de los defensores de la eutanasia, se tienen varios protocolos para implementarla en el País; por el lado de las que la rechazan, no se propone la muerte como solución; sino que se promueve la necesidad de políticas paliativas para los enfermos terminales. Veamos a continuación, algunos detalles de cada propuesta.

En primer lugar, los que argumentan a favor de la eutanasia proponen que nuestro país siga modelos de protocolos eutanásicos de Colombia. Como refiere Sánchez (2018) la práctica de la muerte digna consiste en determinados requisitos:

Primero, la persona debe estar en la capacidad de manifestar el deseo morir.

Segundo, la formación del comité (médico, abogado y psiquiatra/psicólogo).

Tercero, la posibilidad que tiene el paciente para retractarse en su decisión.

Cuarto, la celeridad en el acto eutanásico.

Quinto, el respeto a la voluntad del enfermo terminal y la aceptación de las condiciones en que quiere finalizar su padecimiento.

En segundo lugar, los que argumentan en contra de la eutanasia proponen el énfasis en la especialización de los cuidados paliativos. Según Martínez Sellés (2021) es importante que estos cuidados, para paliar el sufrimiento, sean accionados precozmente y no cuando la fase de la enfermedad está muy avanzada. Adicionalmente, se fomenta la integralidad de estos cuidados paliativos; por la cual no se centre desde el factor físico solamente; sino en una preparación psicológica y afectiva. En este sentido, se habla de los cuidados paliativos como la única muerte digna.

Así pues, teniendo ambas propuestas de solución, se cree que es más conveniente acompañar dignamente al paciente enfermo que procurarle la muerte. Aquella elección, responde no a un criterio religioso y/o moral; sino a un criterio ético que es el de la benevolencia. Quizás se puede pensar que teniendo al paciente sufriendo, estaríamos procurando un bien al realizarle la eutanasia; sin embargo, sucede todo lo contrario. Con los cuidados paliativos, se toma en cuenta su verdadero deseo de cada paciente, que en el lecho de la muerte, quiere ser considerado especialmente digno, porque lo sigue siendo.

4.2. Conclusión

Administrar el deceso de una persona por eutanasia va en contra de las competencias en materia médica. Su despenalización alterará la relación entre los pacientes y el sistema de salud en general. Se concluyó que tal práctica va en contra de los códigos tradicionales de ética médica y, por tanto, de los fines últimos de la medicina como es el resguardo de la vida. Su principal altercación radica en la desconfianza de los pacientes hacia los médicos, al sistema de salud y a sus propios familiares y/o cuidadores, lo cual se intensifica si concurren diferentes condiciones en la situación personal de cada individuo como su situación socioeconómica, su relación con las personas de su entorno familiar (buena o mala) y la propia percepción que se tenga de sí mismo. Se requiere un trato con dignidad que amerita igualmente la confianza y seguridad que una persona tiene de que estarán con él hasta el final de sus días y lucharán para proteger su derecho a la vida.

Vinculado a esto, se confirmó que la dignidad de la persona no desaparece por estar enfermo, pues el ser humano tiene un valor propio en sí mismo por el hecho de nacer, en tanto que la salud de cualquier individuo, si bien es muy significativa, no es el valor absoluto que define al ser humano. De allí que la dignidad en la muerte merece un entorno digno para el ser humano, evitando en la medida de lo posible el dolor y el sufrimiento, recibiendo el consuelo de las personas cercanas y tener el máximo honestidad de los médicos donde, tomando en cuenta el plan de vida del enfermo, este pueda tomar las mejores decisiones.

El resguardo principal que el Estado debe procurar es la defensa de los derechos que nacen alrededor de la salud y la vida, pues la protección y promoción del derecho a la salud desemboca en la pretensión de aminorar el impacto del dolor y del sufrimiento

en la sociedad y poder alcanzar el alivio o al menos atenuar el padecimiento en el mayor número de ciudadanos posible.

Finalmente, se opina que estimular la legalización de la eutanasia cuando no existe un acceso óptimo en los cuidados paliativos se incurre en una falta directa en las obligaciones del Estado, pues no se puede determinar si existe mérito en practicar un acto eutanásico si no existe un entorno propicio para el alivio del dolor y justamente la asistencia paliativa busca mejorar la calidad de vida de los pacientes frente al desahucio que implica una enfermedad, incluyendo no solo su dolor físico; sino sus necesidades emocionales, psicológicas, espirituales y hasta sociales que puede cambiar la opinión de los pacientes, quizás no de todos pero de un considerable porcentaje, frente a la eutanasia. Por lo que se deben primero implementar, a nivel nacional y local los cuidados paliativos, antes que legitimar la eutanasia

4.3 Recomendaciones

La aplicación de la eutanasia en el territorio peruano debe plantearse cuidadosamente desde las necesidades sociales y culturales del pueblo peruano desde un punto de vista ético. Las convicciones personales de las personas deben ser consideradas plenamente pues son ellas las que determinan el estatus de calidad de vida. La dimensión subjetiva que abarca la calidad de vida relacionado a la salud amplía el panorama sobre la enfermedad y su tratamiento.

Es pertinente una legislación adecuada vinculada a los cuidados paliativos, en este sentido formular políticas, leyes, reglamentos y programas que aborden cuidadosamente la asistencia paliativa y su ejecución tomando en cuenta los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos. El Estado debe recurrir a los expertos en la materia

incluyendo universidades, organismos de la sociedad civil, instituciones nacionales y privadas de investigación que aborden el diseño, planificación y ejecución adecuada de un sistema asistencial incluyente en materia paliativa.

En el mismo sentido, impulsar la cooperación con los demás países para recolectar datos y desarrollar indicadores para determinar el diseño de estrategias de políticas públicas en relación a los cuidados paliativos y el sistema de salud en general.

Disponer de un presupuesto a la salud adecuado que incluya la adquisición de fármacos, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura, prevención y control de enfermedades, asistencia social, y expansión de centros de cuidados paliativos.

En el despliegue de recursos humanos, crear espacios de formación ética y técnica más desarrolladas para los profesionales de la salud en cuidados paliativos, los cuales deben desplegarse en un nivel primario dirigido a estudiantes y profesionales en general, profundizar en un nivel intermedio dirigido a profesionales que estén en contacto frecuente con personas con enfermedad avanzada, en estado terminal, etc. y en una formación avanzada donde se incluya a aquellos profesionales asignados específicamente a servicios asistenciales en cuidados paliativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altisent, R.; Porta, J.; Rodeles, R.; Aguilar, J.; Muñoz, J.; Aguirre, A.; Núñez, J.; Rivas, F.; Vilches, Y. y Sanz, J. (2002). Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Medicina paliativa*, 9 (1), 37 – 40.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7354691>
- Alvarez-Gayou, J.L, (2014), Investigación cualitativa. *Archivos Hispanoamericanos de sexología*, (5), (117-123)
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e2.html>
- Andara, L. (2020). *Fundamentos de Derechos Humanos*. Universidad de los Andes.
<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/47375>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (82), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Baca, H (2017). *La eutanasia y el derecho para morir dignamente para su despenalización* [tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú].
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/460/Baca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baum, E. (2017). Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. *Revista de Bioética y Derecho* (39), 5 – 21.
<https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/17712/20419>
- Bayés, R. (2003). *Evaluación del sufrimiento en pacientes con quimioterapia del Instituto Cubano de Oncología y Radiobiología* [tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/bitstream/10803/322812/1/cnr1de1.pdf>

- Bedrikow, R. (2020). La eutanasia desde la perspectiva de la bioética y la clínica ampliada. *Revista Bioética*, 28 (3), 449-54. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283406>
- Brouwer M, Kaczor C, Battin MP, Maeckelberghe E, Lantos JD, Verhagen E. (2018). Should pediatric euthanasia be legalized? *Pediatrics* 41 (2), 13 - 43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29317518/>
- Camaño, J. M. (2012). *Breve historia de la eutanasia*. Aproximación al concepto. Repositorio Comillas, <http://hdl.handle.net/11531/17642>
- Carné, X (s.f.) *Medición de la calidad de vida*. <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136643.pdf>
- Cassel, E. (2009). *La persona como sujeto de la medicina*. Víctor Grifols i Lucas. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/46683/1/cuaderno19.pdf>
- Castillo, B. (2018) *Análisis jurídico y social del homicidio piadoso en el Perú y argumentos para su despenalización en nuestra legislación nacional* [tesis de licenciatura, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo]. http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2091/T033_47219578_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cisternas, M. (2021). Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI". *Utopía y Praxis Latinoamericana*. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 26 (93), 225 – 241. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/35596/37841>

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2011) *Código de Deontología Médica*. [https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-](https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf)

[03/codigo_deontologia_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf)

Código de Ética y Deontología (2020). *Modificación mediante Resolución N° 088–CN–CMP–2020*. Recuperado de:

<https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/01/CODIGO-DE-ETICA.pdf>

Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores. (2015). *Proyecto de Resolución*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/convencion_interamericana_sobre_la_proteccion_de_los_derechos_humanos_de_las_personas_mayores_-_texto_oea_0.pdf

Corte Superior de Justicia de Lima (2021). *Sentencia Resolución N° 6*.

https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/93e30b8041b800909d49bd5aa55ef1d3/D_Sentencia_Ana_Estrada_250221.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=93e30b8041b800909d49bd5aa55ef1d3

De la Fuente, R. (2011, noviembre). *La protección de la vida y la dignidad de la persona humana en el Derecho peruano*. [tesis de licenciatura, Universidad de Piura].

https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/1632/Proteccion_de_la_vida_y_dignidad_de_la_persona_humana.pdf

De la Torre, J. (2019). Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (11), 1-23. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.004>

Dieterlen, P. (2001). *Algunas consideraciones sobre la eutanasia*.

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/172/14.pdf>

- Durán, M. (2004). *La calidad de muerte como componente de la calidad de vida*. REIS.
<https://digital.csic.es/handle/10261/10787>
- Essalud. (1997). *Ley No 6842 - Ley General de Salud del Estado*.
<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>
- Ferrajoli, L. (2007). *Derecho y dolor*. *Isonomía* (27), 195 – 204.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/is/n27/n27a8.pdf>
- García, E. (1999). *Derechos humanos y calidad de vida*.
https://eprints.ucm.es/id/eprint/8606/1/DERECHOS_HUMANOS_Y_CALIDAD_DE_VIDA.pdf
- García, A. (s.f.) *La dignidad humana: núcleo duro de los derechos humanos*.
https://ti.unla.edu.mx/iusunla28/reflexion/La%20Dignidad%20Humana.htm#_ftn17
- Germán, R. (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de bioética*, 30(98), 23-34. <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/23.pdf>
- Gempeler, F. (2015). Derecho a morir dignamente. *Universitas Médica*, 59 (2), 178 – 185. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231040432006.pdf>
- Gimbel, J. (2019). *El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas* [tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-DeryCSoc/Jfgimbel/GIMBEL_GARCIA_Jose_Francisco_Tesis.pdf
- González, M. (2020). *Aplicación de la muerte digna en el Ecuador en enfermedades terminales: propuesta de ley eutanasia en el COIP* [tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14027>

- Guachichulca, J.C. y Vásquez, C. (2020) *Propuesta para resolver el problema social y jurídico de la eutanasia en Ecuador* [tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/54887>
- Gutiérrez, J. y Garcés, G. (2017). *La Eutanasia como Derecho de los Enfermos Terminales en el Ecuador* [tesis de licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8174/1/T-UCE-0013-Ab-004.pdf>
- Hernández, G. y Jouve, N. (2020). ¿La eutanasia como opción ante el sufrimiento? Una mirada desde la Psiquiatría. *Apuntes de Bioética*, 3(1), 33-46. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.386>
- Human Development Index (s.f.). *United Nation Development Programme*. <https://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
- Lamm, L. (2017). *La dignidad humana*. <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/30>
- Loyola, P. (2012). *Interacción experimental de gabapentina con nortriptilina en dolor orofacial inducido* [tesis de licenciatura, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112829/Tesis%20Pablo%20Loyola%20Romero%202012%20%28edicion%20%20final%29%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, J. (2020). *Concepción y Realidad de la Eutanasia en la Comunidad de Rioblanco* [tesis de licenciatura, Universidad Santo Tomás]. <https://repository.usta.edu.co/jspui/bitstream/11634/29206/1/2020juancarlosmartineztovar.pdf>
- Martinez-Selles, M. (2019), *Eutanasia, un análisis a la luz de la ciencia y la antropología*. <https://revista.latorredelvirrey.es/LTV/article/view/224/201>

- Mendoza, S. (2017). *Aporte del concepto ético de la filosofía de Fernando Savater al código de ética del profesional de contaduría pública, emanado en la ley 43 de 1990* [tesis de licenciatura, Universidad del Valle]. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/13144/0593756.pdf?sequence=1#:~:text=Para%20Savater%20la%20%C3%89tica%20ser%20ser%20humano%20y%20otras%20no.>
- Ministerio de Salud (2021). *Plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021–2023*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-plan-nacional-de-cuidados-pal-resolucion-ministerial-no-939-2021-minsa-1977161-6/>
- Monge, A. (2000). Vida indigna o muerte digna ¿eutanasia? *Actualidad penal*, 48. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/64089/Vida%20indigna%20o%20muerte%20digna%20%C2%BFeutanasia.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-sp.pdf
- Orrego, E. (2019). *Autopercepción del verdadero sentido de la vida en los estudiantes del quinto grado del nivel secundario de una institución educativa de Ciudad Eten* [tesis de licenciatura, Universidad Santo Toribio de Mogrovejo]. http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/2265/TL_OrregoC_hafloqueJorge.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortega Díaz, J. A. (2015). *Eutanasia: De delito a derecho humano fundamental* [tesis de licenciatura, Universidad Santo Toribio de Mogrovejo].

<https://repository.usta.edu.co/jspui/bitstream/11634/29206/1/2020juancarlosmartineztovar.pdf>

Ossorio, M. (1986). *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales*.

https://www.academia.edu/33486702/DICCIONARIO_DE_CIENCIAS_JURIDICAS_POLITICAS_Y_SOCIALES_Manuel_Osorio

Pastrana, T.; De Lima, L.; Wenk, R.; Eisenchlas, J., Monti, C.; Rocafort, J. y Centeno, C.

(2012). *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP*.

https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/19_Peru.pdf

Peña, A. (2020). *Waldron, J. (2019)*. Democratizar la dignidad: estudios sobre dignidad humana y derechos. *Revista de Derecho*, 2, 167 – 169.

https://www.researchgate.net/publication/348849628_Waldron_J_2019_Democratizar_la_dignidad_estudios_sobre_dignidad_humana_y_derechos_Universidad_Externado_de_Colombia_Bogota_Pags_259

Peña, A. y Paco, O. (2002). *El concepto general de enfermedad*. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63_n3/concepto_general_enfermedad.htm

Pereira, I. (2016). *El abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos*. Dejusticia.

https://www.dejusticia.org/wpcontent/uploads/2018/05/Cuidados_Paliativos_2.pdf

Porta, J. (2014). Cuidados paliativos y derechos humanos. *Medicina Paliativa*, 21 (2),

45 – 47. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2014.03.001>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). *Informe sobre Desarrollo Humano 2020 La próxima frontera: desarrollo humano y el Antropoceno*.
<https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/es/PER.pdf>
- Quesada, J. (2020). La muerte digna bajo la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos. *THEMIS Revista de Derecho*, (78), 503-519.
<https://doi.org/10.18800/themis.202002.026>
- Ramos, A. (1996). *El Ethos y la Moral*. <https://1library.co/article/c%C3%B3digo-%C3%A9tica-profesional-contador-p%C3%ABlico-concepto-fernando-savater.yev2gn1z>
- Ramos-Pozón, S. (2020). Sufrimiento insoportable, salud mental y eutanasia. *Apuntes para las enfermeras. Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (58).
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.20>
- Real Academia Española (s.f.) *Español Jurídico*.
<https://dpej.rae.es/lema/eutanasia#:~:text=1.,o%20estado%20de%20padecimiento%20graves.>
- Robles, M. y Ramírez, R. (2010) *Mapa de pobreza provincial y distrital. El enfoque de la pobreza monetaria. Instituto Nacional de Estadística e Informática*.
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/mapa_pobreza_2009.pdf
- Romero, A. y Yurén, M. (2007). La ética y el ETHOS. *Reencuentro*, 49, 22 – 29.
<https://www.redalyc.org/pdf/340/34004904.pdf>
- Rubio, T. (2008). La antropología, una ciencia de conceptos entrelazados. *Gazeta de Antropología*, 24 (2). <http://hdl.handle.net/10481/6962>

- Sánchez, R. (2018). *La posibilidad de legalizar la eutanasia en el Perú* [tesis de doctorado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/2971/BC-TESTMP1789.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez-Barragán, R., Vassallo-Cruz, K. y Gonzales-Montenegro, K. (2021). *Análisis bioético y biojurídico de la normatividad sobre cuidados paliativos en Perú*. *Apuntes de Bioética*, 4(2), 124-140. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i2.692>
- Santos, W. (2020). *Legalización de la eutanasia en Chile, el derecho a una muerte digna*. <https://www.uncervantes.cl/wp-content/uploads/2021/01/TESIS-domingo-20-DE-DICIEMBRE-21.23-hrs.pdf>
- Suárez, N. (2007). *La investigación documental paso a paso*. Mérida. Universidad de Los Andes. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/15587/investigacion-pasopaso.pdf;jsessionid=FCEFFCA4E026E45FB7EEA732B40DD7F6?sequence=1>
- Taboada, P. (2000). *El derecho a morir con dignidad*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Guias-Manejo-Clinico-2002-Spa.pdf>
- Torre, J. (2019). Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (11), 1-23. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.004>
- Torres, T. (2015). *El derecho a la eutanasia: una perspectiva global de los derechos que asisten a pacientes en etapa terminal y su análisis en México* [tesis de maestría, Universidad Autónoma de Baja California Sur]. https://www.academia.edu/38975578/El_derecho_a_la_eutanasia_activa_una_visión_global_de_los_derechos_que_asisten_a_los_pacientes_en_etapa_terminal_y_su_análisis_en_México

- Valls, R. (2015). El concepto de dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho*, 278-285. <https://www.redalyc.org/pdf/783/78343122029.pdf>
- Vilches, L. (2001). Sobre la eutanasia. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1). <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/18561/19601>
- World Health Organization (2002) *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zacnich, R. (2019) *Informe de calidad del gasto público en Perú. Sociedad de comercio exterior del Perú*. <https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/reportes/informe-calidad-001.pdf>
- Zurriarán (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), 23-34. <https://medes.com/publication/141672>

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

LA EUTANASIA EN LA REALIDAD PERUANA FRENTE A LA POSTURA ÉTICA DE LOS DERECHOS DEL HOMBRE EN LA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE MANUEL MARTÍNEZ-SELLÉS				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	CATEGORÍAS DE ESTUDIO	METODOLOGÍA	
<p>¿Cómo se presenta la eutanasia en la realidad peruana frente a la postura ética de los derechos del hombre en la visión antropológica de Manuel Martínez-Sellés?</p>	<p>Analizar cómo se presenta la eutanasia en la realidad peruana frente a la postura ética de los derechos del hombre en la visión antropológica de Manuel Martínez-Sellés</p>	<p>Conceptual: En el libro: Eutanasia, un análisis a la luz de la ciencia y la antropología (Martínez-Selles 2019), el autor español plantea que la eutanasia proviene del griego: eu=bueno, thánatos=muerte. Aunque etimológicamente significa “buena muerte”, esto dista mucho de su significado actual, ya que el sentido etimológico ha dejado de tener uso social. La OMS la define como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro, con su consentimiento o no, para evitarle un sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere. Por lo tanto, la finalidad de la eutanasia es acabar con una vida enferma, la muerte ha de ser el objetivo buscado, ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia.</p>	<p>Enfoque</p>	<p>Cualitativo</p>
			<p>Alcance</p>	<p>Descriptivo</p>

PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SUBCATEGORÍAS		
¿Cómo se presentan las consecuencias sociales de la eutanasia en la realidad peruana?	Describir las consecuencias sociales de la eutanasia en la realidad peruana	las consecuencias sociales de la eutanasia	Diseño	Investigación documental
¿Cómo se presenta el sentido del dolor y del sufrimiento en la realidad peruana?	Mostrar el sentido del dolor y del sufrimiento en la realidad peruana	el sentido del dolor y del sufrimiento	Técnica e instrumento	Revisión documental /escala de observación
¿Cómo se presenta la calidad de vida, la vida digna y la muerte digna en la realidad peruana?	Describir la calidad de vida, la vida digna y la muerte digna en la realidad peruana	la calidad de vida, la vida digna y la muerte digna	Población y muestra	Todos los estudios relevantes con respecto a la eutanasia frente a la postura ética de los derechos del hombre en la visión antropológica de Manuel Martínez-Sellés
¿Cómo se presentan los cuidados paliativos en la realidad peruana?	Identificar los cuidados paliativos en la realidad peruana	los cuidados paliativos		

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Documentos revisados	Autor	Año	Fuente/Repositorio	Sumilla	Link / Texto
Libro: Eutanasia, un análisis a luz de la ciencia y la antropología	Martínez-Sellés	2019	Ediciones Rialp	Habiendo empezado este libro con los principales argumentos que parecen justificar la eutanasia, creo que es de recibo que termine resumiendo las evidencias por las que no debemos admitirla. Como empezamos con cuatro argumentos pro-eutanasia me ha parecido oportuno resumir los motivos por los que la eutanasia es inaceptable en cuatro puntos a) Pendiente resbaladiza b) Falta de autodeterminación real c) Reducción de los cuidados paliativos d) deformación del sentido médico	Martinez-Selles, M. (2019), Eutanasia, un análisis a la luz de la ciencia y la antropología. Ediciones Rialp
E- book Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida	Zurriairáin, Roberto	2017	Cuadernos de Bioética	La muerte es constitutiva a la naturaleza humana y por ello tiene que acontecer de forma natural. Pero hay dos realidades que, principalmente, la falsifican: la eutanasia y la obstinación terapéutica. Dos opciones erróneas que no aceptan la realidad humana de la muerte (la primera adelantándola y la otra retrasándola). Desde el punto de vista filosófico y ético ambas son rechazadas, porque atentan contra la dignidad humana al final de la vida. Aparte de estas, en este artículo también se rechaza las distintas denominaciones que recibe la eutanasia y que van, igualmente, en contra de la naturaleza humana al final de la vida. Por otro lado, no hay que confundir la eutanasia con la sedación. Las dos tienen como objetivo común evitar que el enfermo sufra y padezca dolor.	Cuadernos de Bioética XXVIII 2017/1ª

<p>E-book Eutanasia y bioética</p>	<p>Luis Miguel Pastor</p>	<p>2019</p>	<p>Cuadernos de bioética</p>	<p>El comienzo de 2019 nos depara en España diversas iniciativas parlamentarias que pretenden modificar el ordenamiento legal existente respecto al proceso de la muerte. La Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) presentó después de sus jornadas anuales dedicadas al tema Morir con Dignidad un comunicado a la opinión pública sobre la eutanasia: http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf. Este comunicado y los artículos que constituyen el tema de estudio de este número pretenden introducir una reflexión seria sobre lo que puede significar para una sociedad la legalización de la eutanasia.</p>	<p>Cuadernos de Bioética. 2019; 30(98): 11-17 DOI: 10.30444/CB.16</p>
<p>E-book Legalización de la eutanasia, lo que está en juego</p>	<p>Albert, Marta.</p>	<p>2019</p>	<p>Cuaderno de bioética</p>	<p>La tramitación parlamentaria de la Proposición de Ley de Eutanasia, presentada por el grupo parlamentario socialista, vuelve a situar en el centro del debate público el problema de la respuesta que, como sociedad, debemos dar al sufrimiento humano en el final de la vida. Lo que nos jugamos en este debate es mucho más que una u otra calificación jurídica para los actos conducentes a la muerte de un paciente a petición explícita de éste. Que la actuación eutanásica constituya una conducta prohibida, como hasta ahora, o una conducta debida, como se propone en el texto en discusión, supone, como es fácil comprender, su importancia.</p>	<p>Cuadernos de Bioética. 2019; 30(98): 19-21 DOI: 10.30444/CB.17</p>
<p>E-book El valor y la dignidad de la vida terminal. prolegómenos filosóficos para una crítica de la eutanasia</p>	<p>Sánchez, Ignacio</p>	<p>2019</p>	<p>Cuadernos de bioética</p>	<p>La actitud que se adopte sobre la licitud de la eutanasia depende de la posición que se mantenga acerca del valor y la dignidad de la vida humana terminal. Los debates morales en nuestro tiempo adolecen de una anomalía derivada de la falta de posiciones básicas compartidas por los que intervienen en ellos. Sin embargo, no es imposible, aunque sí difícil, mantenerlos. Sobre la dignidad</p>	<p>Cuadernos de Bioética. 2019; 30(98): 43-53 DOI: 10.30444/CB.20</p>

				de la vida humana disputan, al menos, dos actitudes. Para una, la dignidad de la vida depende del mantenimiento de alguna cualidad decisiva, como la autonomía, la autodeterminación o la ausencia de sufrimientos intensos. Para otra, la dignidad, inherente a la persona desde su nacimiento hasta su muerte, no depende de ninguna cualidad o propiedad. Para ella, el sufrimiento no constituye una negación de la dignidad de la vida. Esta última resulta filosóficamente más correcta. En cualquier caso, no debe dejarse de lado la distinción entre la moral y el derecho.	
<p>PIRHUA:</p> <p>Eutanasia ¿existe derecho a morir? El caso de Ana Estrada</p>	<p>Fuente-Hontañon, Rosario</p>	<p>2021</p>	<p>Repositorio Universidad de Piura</p>	<p>Desde hace unos años ha saltado a los periódicos, a los medios de comunicación, casos emblemáticos relacionados con la eutanasia, en países como Holanda, Estados Unidos, Reino Unido, Italia, España, y Chile, entre otros¹. Los nombres de Ramón Sampederro (1998), Terry Schiavo (2005), Eluana Englaro (2009), Brittany Maynard (2014), y Valentina Maureira (2015), entre otros, fueron noticia y todos tenían en común que, ante la enfermedad y el sufrimiento pedían una muerte digna en aras de su autonomía de la voluntad.</p>	<p>De la Fuente, R. (2021). La eutanasia: ¿existe un derecho a morir? El caso de Ana Estrada. Gaceta Constitucional, (157), 36-49.</p>