

884609



ESCUELA SUPERIOR DE CIENCIAS JURIDICAS

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
NUMERO DE INCORPORACION 8846-09.

**LA PRACTICA ADISTANASICA EN MEXICO:
INCLUSION DE LA FIGURA DEL INDIVIDUO
CON MUERTE CEREBRAL COMPROBADA
DENTRO DEL ARTICULO 345 DE LA
LEY GENERAL DE SALUD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
SERGIO CANALIZO GARCIA

ASESOR DE TESIS: JOSE MIGUEL GONZALEZ SANCHEZ
REVISOR DE TESIS: JORGE ALBERTO TELLO ESCAMILLA

NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

DICIEMBRE, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora. Tiempo de nacer, y tiempo de morir..."

Eclesiastés o El Predicador 3:1-2

"*Nadie puede tomarle a otro su morir.* Cabe, sí, que alguien 'vaya a la muerte por otro', pero esto quiere decir siempre sacrificarse por el otro *en una cosa determinada.* Tal 'morir por...' no puede significar que con ello se le haya tomado al otro lo más mínimo de su muerte. El morir es algo que cada 'ser ahí' tiene que tomar en su caso sobre sí mismo. La muerte es, en la medida en que 'es', esencialmente, en cada caso, la mía..."

Martin Heidegger,
tomado de su obra
El Ser y El Tiempo

"¿A cuántas muertes tenemos derecho cada uno? Porque la vida es siempre la misma, pero la muerte..."

Jaime Sabines,
extraído de *Yuria (1967)*,
II. Juguetería y Canciones.
Once y Cuarto, (fragmento)

"Definitivamente, cuando veo las noticias o me pongo a observar el entorno, llego a pensar que sí, estamos evolucionando en muchas cosas, principalmente en tecnología: las máquinas cada vez son más perfectas. Pero desgraciadamente social, cultural y humanamente, estamos retrocediendo. Si antes nos dominaban nuestras propias limitaciones naturales, ahora nos están dominando nuestras propias creaciones, lo que es aún peor."

Tania Monroy

A ti, Dios, Padre, Hermoso Señor. Gracias por ser el Alfa y el Omega en cada cosa que he hecho y que ha ocurrido en mi vida hasta ahora, y por darme el mejor regalo que me has podido otorgar: Tu Amor infinito, Tu Misericordia revivificante y Tu Paz que sobrepasa todo entendimiento, a través de darme a conocer al mejor amigo que he podido tener y que tendré hasta que muera, Tu Hijo, Jesucristo, Rey de Reyes y Señor de Señores, de quien recibo la fuerza para ser, estar y seguir adelante, y quien tiene Su Trono eterno en mi corazón; y a través del aliento de vida y de esperanza que me das cada mañana que despierto y cada noche que me acuesto con Tu Precioso Espíritu Santo, de quien mana la sabiduría. Tu Promesa se ha cumplido en mi vida, Señor. Todo lo has hecho hermoso y perfecto en el tiempo preciso. Y es por Ti, y sólo por Ti, que estoy aquí, tu humilde siervo, en este momento de éxito. Mas Tuya, y sólo Tuya es la Victoria, mi Señor. Gracias, por siempre, y por todo, todo. ¡Gracias! ¡Te Amo, mi Señor! A ti la Honra, la Gloria, el Poder y la Alabanza de mi corazón y de mi alma, por siempre... Amén.

A ti, Mamita, en quien el Amor de Dios se vuelve práctica cotidiana y la sabiduría se vuelve frases, que como perlas, adornan cada día de mi vida y la engrandecen desde siempre y para siempre. Gracias por enseñarme, más que nadie, lo que significa, "perseverar". Pero por sobre todo, gracias por el mejor regalo que una madre le ha podido dar a un hijo: que tú, Luz María, seas mi madre, la mejor. Se lo pudiste dar a otro mejor que yo, y sin embargo, me los diste a mí.
I love you Mom... forever...

A ti, Pa', en quien la amistad que nos enseña Jesucristo en su palabra se vuelve *facta, non verba*, perenne e infinitamente. Gracias por tener para mí el mayor amor del Universo: dar tu vida por mí, en vida, y por ser, al igual que Jesucristo, mi mejor amigo, mi maestro, mi hermano mayor y mi mayor hermano, mi ejemplo, y mi fuerza. Gracias por enseñarme tantas, tantísimas cosas, pero por sobre todas, que el mayor éxito de un hombre no es tener el éxito de los hombres, sino ser un verdadero hombre, como lo eres tú. Hoy, más que nunca, Dad, you are my Hero. Te Amo, por siempre...

A ti, Lore, en quien la palabra "hermana" pierde su significado de diccionario, y toma el significado que Dios le ha dado en Su Palabra y en el Universo de Su infinito Amor. Gracias por todo lo que me has dado a lo largo de treinta años, y por ser mi mayor y más grande ejemplo de lo que es ser un ser humano excelente. Nadie, después de mis papás, se ha preocupado, y me ha cuidado y apoyado tanto como tú. ¡Thank you, Sister! Por siempre, Te Amo...

A ti, José, mi único cuñado y el mejor que se puede tener, a quien respeto tanto y a quien agradezco el enseñarme lo que es dar, a través ver el amor que les das a tu esposa, a tus hijos y a tu familia. Eres único. Te quiero mucho, Jouseph. Gracias, también, a toda la familia De Larrañaga Monjaraz.

A ustedes, mis pequeños-grandiosos y hermosos sobrinos. José Andrés (Big Brother), Ilse (pinteta) y Rafa (Dafa), ustedes, la mayor-pequeña bendición de mi vida, y mi más grande-pequeña fuente de pequeñas-inmensas alegrías. Gracias por existir. Su Tito los ama muchísimo, por siempre...

A ti, Cecilia, mi Cecilia, mi Pequea Peaza, hoy por hoy, mi mayor amor, mi más grande motivo y mi motivación mayor; mi más grande inspiración, el crisol de mis metas cumplidas y por cumplir; mi amiga, mi compañera en todo y para todo, mi maestra, mi ejemplo, mi apoyo, mi ayuda; mi nueva y eterna familia hecha juntos, y mi nueva vida, vivificada y felizmente compartida; mi más especial bendición, y la más grande y hermosa promesa de Dios hecha realidad en su justo tiempo. Gracias, infinitas gracias, por todo, absolutamente todo, siempre, y por el siempre. Gracias por ser quien eres, y por todo y todos los que te hacen ser quien eres. Gracias a toda tu familia, sin excepción. En breve, gracias por ti, por tu existir, por tu caminar hacia delante, siempre adelante, por caminar a mi lado y conmigo. ¿Cúmu ti lu cuintu? De la manera más simple: a ti, en el lugar más especial e importante, dedico esta obra y mis éxitos venideros. Por siempre TE AMO, y por siempre, soy tuyo...

A Ustedes, a todos y cada uno sin excepción, de la familia Canalizo, y a todos y cada uno, sin excepción, de la familia García. Gracias, porque, en mucho, soy el crisol de lo que son todos y cada uno de ustedes.

In Memoriam: A mis abuelitos paternos, Francisco y Chela, y a mis abuelitos maternos, Nacho y Luz. Gracias, viven en mí para siempre. Y a todas aquellas personas, sin excepción, que han pasado por mi vida y que ahora se han adelantado en el camino, gracias. Allá nos vemos.

A todos mis compañeros de la Generación 2000 de la Escuela Superior de Ciencias Jurídicas, por lo bueno, por lo malo, por estar, por no estar, en fin, por todo, no importando qué ni cómo, pero por sobre todo, por ser parte de la más padre generación de la ESCIJUR. Gracias, en orden alfabético, a ti Angie, Angie Peña, Chucho, Cinthya, Clau, Compadre Mendoza, Feny, George, Guillermo Carbajal, Janette, Leslie, Letty, Mariana, Mercedes, Morsa, Moy, Naye, Nelva, Pache, Paquito Gallina, Ramón, Toño; a todos los que empezaron y no siguieron y que no recuerdo sus nombres, y a todos los que empezaron y no terminaron con nosotros y de cuyo nombre tampoco me acuerdo; a todos los de generaciones arriba y abajo, de un lado o de otro; a todos aquellos que por mi brillante memoria estoy olvidando y que fueron parte de mi vida en la ESCIJUR, a todos ustedes, muchas gracias.

A todos mis maestros y compañeros de clase de todo mi pasado y futuro académico, sin excepción, y en especial, a todos y cada uno de mis maestros de la Licenciatura en la Escuela Superior de Ciencias Jurídicas: gracias por su sabiduría, sus conocimientos compartidos, su dedicación, y paciencia. Gracias por ser, en gran parte, el origen del profesional que soy hoy. Gracias a ustedes, mis sínodos, por compartir conmigo mi examen profesional.

A mis amigos, cuates y conocidos pasados, presentes y futuros, también, sin excepción: gracias por haber formado, formar y porque formarán parte, en poco o en mucho, para bien o para mal, de lo que he sido, soy y seré como ser humano, como hombre, como

profesionista, como mexicano y como habitante del Planeta Tierra. Gracias.

Gracias muy en especial, a Enrique y Lulú, a Fer Mariné y familia, a Gaby Ramírez, Laura Rodríguez y familia, a Gloria Mendoza, a toda “La Banda”, sin excepción, a Luis Vidal; a la Familia Pérez y a la Familia Peña, sin excepción; a Tania Monroy y familia, a Erika Paola, y a todos los integrantes originales de “El Juridiquito”; a Elisa y Rodolfo (El Bonner), a Marikita y a Román; y a tantos otros que, sin intención, olvido nombrar, y que también se han ganado este lugar especial en los presentes agradecimientos, pero sobre todo, en mi corazón. Gracias.

A todos mis jefes y compañeros de mis pasados, presentes y futuros trabajos, sin excepción. Gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, junto con sus Pumas. Azul y Oro, por siempre. Gracias.

A ti, mi México. Aquí nací, y aquí moriré, trabajando en y por ti. Gracias por encunarme en esta tierra bendita de Dios.

A todo aquél que, por el momento, no se encuentre nombrado y que ha sido, es y será, de alguna u otra forma, parte de mi vida y de mi existir: mi más sincero reconocimiento y agradecimiento.

Y muy en especial, a ti. Sí, a ti, ya que entre nosotros, sin conocernos, nace desde ahora un interés en común: el interés que hoy te hace sostener este trabajo en tus manos y que me hizo a mi escribirlo. Espero que esta investigación pueda serte de utilidad a ti y a quienes les hables del presente trabajo. Gracias por abrir estas páginas y por compartir esta experiencia conmigo.

***EN FIN, A TODOS, POR SIEMPRE, GRACIAS.
SIN USTEDES, NO SERÍA LO MISMO...***

Sergio Canalizo García.
Diciembre, 2004.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	XII
CAPITULO I BREVIARIO DE CONCEPTOS FUNDAMENTALES UTILIZADOS EN EL PRESENTE TRABAJO	1
A) PREÁMBULO	1
B) ADISTANASIA	3
1. Definición etimológica	3
2. Definición formal	3
3. Otras definiciones de Adistanasia	4
4. Tipos de Adistanasia	6
a) Adistanasia en sentido amplio (<i>Adistanasia latu sensu</i>)	6
b) Adistanasia en sentido amplio (<i>Adistanasia strictu sensu</i>)	8
C) EUTANASIA	9
1. Definición etimológica	9
2. Definición formal	10
3. Tipos de eutanasia	11
4. Diferencia entre eutanasia y adistanasia	12
D) VIDA HUMANA	13
1. Definición etimológica	13
2. Definición formal	14
3. Algunas consideraciones acerca de la definición formal de vida humana	16
4. Otras definiciones de vida humana	19
E) MUERTE	20
1. Definición Etimológica	20

	Pág.
2. Definición formal	20
3. Algunas otras definiciones de muerte	21
F) EL OBJETIVO PERSEGUIDO CON LA ENUNCIACIÓN DE LOS CONCEPTOS ANTERIORES	23
CAPITULO II GENERALIDADES SOBRE EL CONCEPTO Y EL ESTADO BIOLÓGICO - MÉDICO DE MUERTE CEREBRAL	29
A) PREÁMBULO	29
B) DIVERSAS DEFINICIONES DE MUERTE CEREBRAL	32
C) DIVERSOS CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUERTE CEREBRAL	37
D) ALGUNAS OPINIONES ACERCA DE LA DIFERENCIA ENTRE ESTADO COMATOSO Y MUERTE CEREBRAL	41
E) COMPROBACIÓN DE LA MUERTE CEREBRAL	44
F) RELACIÓN ENTRE LA MUERTE CEREBRAL Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS	50
CAPITULO III ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: LOS ALBORES DE LA PRÁCTICA ADISTANÁSICA EN MÉXICO	54
A) PREÁMBULO	54
B) EL ARTÍCULO 345 ANTERIOR A LA REFORMA DEL AÑO 2000: SU TEXTO Y CONTEXTO LEGAL, Y SU RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 345 ACTUAL	55
C) LA INICIATIVA DE DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: LOS MOTIVOS DE UNA INNOVACIÓN	58
D) LA APROBACIÓN DE LA INICIATIVA DE DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: 22 DÍAS DE ESTUDIO, 22 DÍAS SIN CAMBIOS	63
E) LA VOTACIÓN DEL DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: EL PENÚLTIMO PASO...	67
F) LA PUBLICACIÓN DEL DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: ¿EL FIN DEL CAMINO?	68

	Pág.
CAPITULO IV	
ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: LA POSIBILIDAD DE LLEVAR A CABO EN MÉXICO LA ADISTANASIA <i>STRICTU SENSU</i> A PARTIR DE DICHO ARTÍCULO, Y LA PROBLEMÁTICA QUE GENERA LA APLICACIÓN DEL MISMO CON SU TEXTO ACTUAL	70
A) PREÁMBULO	70
B) TEXTO BASE	71
C) ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE	71
1. La posibilidad de llevar a cabo en México la práctica de la adistanasia <i>strictu sensu</i> a partir de dicho Artículo	71
2. Problemática que genera la aplicación en México del Artículo 345 de la Ley General de Salud con su texto actual	77
a) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es superficial, en cuanto no precisa que, en el caso de que el individuo con muerte cerebral comprobada se trate de un donante orgánico o multiorgánico, el mismo deberá contar hasta el momento del trasplante, con los medios artificiales indispensables para mantener el buen funcionamiento de los órganos a trasplantar.	79
b) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es ambiguo en cuanto deja duda acerca de quién o quiénes deberán realizar el acto de prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.	85
c) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es ambiguo en cuanto deja duda acerca de quién o quienes deberán realizar el acto de prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.	93
d) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es inexacto, en cuanto no precisa un procedimiento específico y perfectamente delimitado a través del cual se llevará a cabo el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.	100
e) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es superficial ya que, siendo un caso específico de muerte el que trata en su texto, no cuenta con un certificado propio.	138

	Pág.
f) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es superficial ya que, a pesar de señalar una actividad relacionada con la muerte, no contempla la posibilidad de incurrir en posibles responsabilidades y/o ilícitos cuando es errónea o dolosamente aplicado, y por ende, tampoco contempla las sanciones que pueda conllevar este hecho.	145
g) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es ambiguo ya que deja duda si su texto considera al paciente con muerte cerebral comprobada como un cadáver o no.	149
h) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es incompleto en las personas que solicitan o autorizan que se prescindan los medios artificiales de los que habla el propio Artículo: El papel del Estado frente al retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.	154
CAPITULO V. INCLUSIÓN DE LA FIGURA DEL INDIVIDUO CON MUERTE CEREBRAL COMPROBADA DENTRO DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD: SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y/O SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN EN SU PERSONA DE LA ADISTANASIA EN ESTRICTO SENTIDO	160
A) PREÁMBULO	160
B) EL <i>LIVING WILL</i> O TESTAMENTO EN VIDA	164
1. Breviario histórico: el <i>Living Will</i> en diversos países del mundo	165
2. El <i>Living Will</i> en México: tan lejos, tan cerca.	177
C) EL DOCUMENTO DE MUERTE TOTAL	191
1. Creación del documento a proponer	191
2. Características de fondo del documento propuesto	196
3. Características de forma y formalidades que debe revestir el documento propuesto	206
CONCLUSIONES	218
ANEXOS	225
BIBLIOGRAFÍA	229

INTRODUCCIÓN

“Nuestro sistema de salud no está a la altura de los nuevos desafíos [...] es urgente emprender juntos un ejercicio de creatividad jurídica para encauzar las nuevas realidades.”

Vicente Fox Quesada
3º Informe de Gobierno
1º de septiembre, 2003

Desde hace varias décadas, y cada vez más en la actualidad, las personas de diferentes partes del mundo tienen, entre otras muchas, una preocupación y un propósito en común: el cuidado de su salud y el mejoramiento de la misma. Por ello, una significativa parte de la población científica y médica del planeta se ha abocado a trabajar de manera preponderante en este segundo objetivo. De tal suerte, el mejoramiento de la salud humana se ha ido logrando a través del constante descubrimiento, estudio, comprensión, tratamiento y prevención de nuevas y viejas enfermedades; lo anterior, a su vez, ha contribuido en el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías de diagnóstico y curación, en la investigación y creación de medicamentos más eficaces, y en ámbitos afines como la cirugía, la rehabilitación y la nutrición.

A pesar de la finalidad humanitaria que persigue con los adelantos e innovaciones que ha tenido, el campo de la salud mundial, en general, se ha visto afectado por la soberbia, la presunción, el egocentrismo, y por la seguridad exagerada en los adelantos científicos y en la tecnología; es decir, se ha infectado de los males morales y sociales de nuestra época que no sólo dañan a la ciencia médica, sino a muchas más disciplinas del conocimiento humano.

En esta tesitura, por desgracia, debe reconocerse que la práctica médica de la actualidad ha trastocado y degenerado su apreciación del ser humano, tratándolo, en un gran número de casos, como un mero objeto de

experimentación, como un elemento más de trabajo, desenvolvimiento o prestigio profesional, o en el peor de los casos, como un medio más de obtención de recursos económicos, olvidándose con ello del verdadero espíritu de la práctica médica: el total y único compromiso de atender con humanidad tanto la salud como el término de la vida del paciente.

Las instituciones y profesionales de la medicina en México no han estado exentos de tener la misma apreciación desviada sobre la práctica médica. Y por su parte, el Derecho Positivo Mexicano, a pesar de sus intentos legislativos, no ha podido cumplir cabalmente con la meta de ser la ayuda idónea en el avance de cada uno de los temas que conciernen a la práctica médica en nuestro país, (entre ellos, la humanización en la atención de los pacientes), para que sean acordes con las necesidades reales de la población mexicana.

La investigación que ahora pongo a consideración de este Honorable Jurado, se aboca a uno de los temas científicos, médicos y de Derecho de Salud que ha ido tomando fuerza e importancia en todo el mundo desde hace algunos años, no siendo México la excepción: me refiero a la muerte cerebral.

Como en muchos otros casos, la labor legislativa en nuestro país referente a este tema, adolece de un estudio e investigación profunda que permitan plasmar de manera congruente en las Leyes y Códigos correspondientes, la realidad y las necesidades de la sociedad mexicana con respecto a la muerte cerebral; así pues, al no existir una legislación adecuada al respecto, no solo se deshumaniza el tratamiento jurídico de la muerte cerebral, sino que, más importante aún, se deshumaniza el

tratamiento médico que se da a tal condición, reflejándose ello en la atención que se da a los pacientes y a sus familiares a quienes les aqueja.

Por ello, el planteamiento que hago a lo largo de este trabajo tiene como objetivo el análisis del Artículo 345 de la Ley General de Salud y del tratamiento jurídico que se da actualmente a la muerte cerebral en México, a partir de la perspectiva humanitaria que comprende el concepto de Adistanasia, y poniendo especial énfasis en el principio básico de autodeterminación del ser humano para decidir acerca de su salud y de su propio cuerpo.

Así pues, en el Capítulo I, muestro y defino los conceptos básicos que trataré a lo largo de todo el trabajo, y que están íntimamente ligados con los temas que se verán en los siguientes Capítulos; así mismo, trataré de explicar la relación que guardan entre ellos mismos, así como el propósito jurídico que entraña el conocer tales conceptos.

En el Capítulo II, daré un panorama general acerca de las características esenciales que conforman la condición biológico-médica llamada comúnmente muerte cerebral; así también, intentaré resaltar la importancia jurídica que tal condición tiene tanto en la normatividad que, respecto de la misma, existe en nuestro país actualmente, como en la inclusión del individuo con muerte cerebral dentro del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente y en la formulación de mi propuesta jurídica de normar la práctica adistanásica en México.

En el Capítulo III, mencionaré los antecedentes legislativos del Artículo 345 de la Ley General de Salud actual, así como el proceso de creación y

aprobación de tal numeral para quedar plasmado en dicha Ley, tal y como ahora se le puede apreciar.

En el Capítulo IV explicaré la relación que guarda el Artículo 345 de la Ley General de Salud con respecto al concepto de Adistanasia en estricto sentido; además, será en este Capítulo donde analizaré a fondo el texto de tal Artículo y las diversas implicaciones que conlleva el aplicarlo con la redacción que actualmente tiene; así también, propongo varios puntos a considerar para modificar el numeral en mención, para hacerlo congruente con la realidad médica y jurídica actual de nuestro país, y para humanizarlo.

En el Capítulo V mostraré la necesidad de incluir la figura del individuo con muerte cerebral dentro del texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud, así como la forma en que esto puede ser posible.

Finalmente, expondré mis conclusiones que serán el crisol de las ideas y planteamientos tratados a lo largo del presente trabajo.

En verdad espero que el esfuerzo y, sobre todo, el espíritu humanitario con el que fue realizada esta investigación, se vean reflejados en la utilidad práctica que se le pueda dar a la misma y en el interés que el tema aquí tratado despierte en otras mentes, para que el mismo, al paso del tiempo, se enriquezca y perfeccione de manera útil, y congruentemente a las nuevas realidades que, respecto a la muerte cerebral, viva la población mexicana en el futuro.

CAPÍTULO I. BREVARIO DE CONCEPTOS FUNDAMENTALES UTILIZADOS EN EL PRESENTE TRABAJO.

“[...] si uno descubre algo que toca una fibra en su interior, es mejor tratar de indagar más al respecto.”

Nicholas Sparks, tomado de su
novela *El Mensaje en la Botella*

A) PREÁMBULO

Permitame el Honorable Jurado, ante cuya consideración pongo la presente investigación, homologar la misma con un viaje. Un viaje de conocimiento y exploración hacia uno de los territorios más interesantes del Derecho de Salud en nuestro país, y quizá, uno de los más inexplorados y olvidados. Me refiero al tratamiento legal que se da en México a la muerte cerebral del individuo. Es un viaje que en sí, desde su planteamiento, resulta ser invitante, por lo que promete ser interesante. Así pues, los invito a que me acompañen.

Este primer Capítulo es, precisamente, la playa y el puerto desde los cuales iniciamos nuestro viaje. Al adentrarnos en el mar, veremos que en esta primera parte de nuestro recorrido se compendian los conceptos que vendrán a ser los pilares de toda mi investigación y en los que se sustentan los puntos medulares del presente trabajo. En otras palabras, el desarrollo y entendimiento de los temas que veremos, (especialmente de aquellos tratados en los Capítulos que considero esenciales), se basan, en gran parte, en el conocimiento y discernimiento claro y preciso de los conceptos que comentaré en este Capítulo. De ahí la importancia que reviste el mismo, sobre todo si se considera, además, que la propuesta jurídica que haré en este trabajo de investigación, necesariamente deberá contener, (y de hecho contendrá), los conceptos en mención.

Así pues, este primer tramo del viaje comprenderá un encuentro con la terminología básica del tema central de la presente investigación, que si bien no es del todo conocida, está entre nosotros, de manera casi imperceptible, esperando hacer su aparición en el momento menos esperado. Por otro lado, si para algunas personas les es familiar dicha terminología, descubriremos que rara vez es entendida claramente y utilizada de manera congruente, y por ende, las confusiones entre los conceptos que la misma maneja, suelen ser bastante frecuentes. Conoceremos, pues, qué es la Adistanasia, qué es la Eutanasia, y que diferencias existen entre ambos conceptos. Nos adentraremos un poco en la filosofía de lo que significa estar vivos, y más aún, de lo que significa estar vivos como seres humanos, para culminar conociendo un poco acerca del final de esa vida, es decir, de la muerte del ser humano. Todo lo anterior dará la pauta para enfocar el propósito jurídico al que pretendo llegar con estos conceptos.

A lo largo de este Capítulo, mi metodología se basará en mostrar tales conceptos, para después analizarlos con base en lo que ciertos autores refieren sobre ellos y a la apreciación que tengo de los mismos. De tal suerte, veremos las definiciones esenciales de cada concepto, comenzando, cuando así se amerite, por las definiciones etimológicas de las palabras que conforman los conceptos, pasando por las definiciones formales de algunos de ellos, es decir, las definiciones que nuestras leyes contemplan respecto de los mismos. Veremos algunas opiniones de los autores expertos en cada uno de los conceptos en los que me enfocaré y, dado el caso, veremos cómo se dividen y qué diferencias existen entre los conceptos y/o entre cada una de esas divisiones. Así pues, vayamos adelante.

B) ADISTANASIA

¿Adis... qué? Yo también me hice la misma pregunta la primera vez que escuché el término. A diferencia de la Eutanasia, este término es de reciente creación y por lo tanto, es muy poco empleado en el hablar cotidiano del grueso de la población. Además, la literatura que del mismo existe es limitada y escasa. No obstante ello, trataré de desarrollar el concepto lo más ampliamente posible. Comenzaré por las raíces de la palabra misma, es decir, por la definición etimológica.

1. Definición etimológica

Adistanasia. Palabra compuesta de los prefijos griegos α (a), que significa *no*, y $\delta\iota\varsigma$ (dis), que significa *dificultad, obstáculo, etcétera*, y de la palabra griega $\theta\alpha\nu\alpha\tau\omicron\varsigma$ (thanatos), que significa *muerte*. Así pues, la palabra Adistanasia significa, esencialmente, “[...] no-poner-obstáculos-a-la-muerte [...]”¹

2. Definición formal

En el caso en particular, no aparece en nuestra legislación el término *adistanasia* expresamente definido. Por lo tanto, a continuación expondré una definición que, a mi parecer, es la más acertada, y que encierra los conceptos de lo que es la adistanasia. La definición a la que me refiero es la del autor Víctor M. Pérez Valera, que dice:

¹ PÉREZ VALERA, Víctor M., *Eutanasia. ¿Piedad? ¿Delito?*, 2ª ed., Edit. Jus, México, 1989. 310 pp.: pp. 35 y 37.

La adistanasia consiste en “[...] respetar el proceso natural de morir [...]”², dejando de proporcionar a un individuo los medios que sólo conducen a retrasar su muerte ya inminente.

A pesar de que no existe una definición formal de esta palabra en nuestra legislación positiva, en un apartado posterior, veremos que existen, a mi criterio, al menos dos tipos de adistanasia, de los cuales, uno de ellos resultará ser la definición formal de adistanasia, misma que no se plasma en la Ley como definición de *adistanasia*, si no que dicha definición se infiere del texto de la Ley.

3. Otras definiciones de Adistanasia

Existen distintos autores que han referido tácitamente en sus obras el término adistanasia, sin que alguno haya definido el concepto de manera expresa o específica, a excepción de Víctor M. Pérez Valera. Así pues, en este espacio, me limitaré a enunciar lo que esos autores han escrito sobre este tema.

Pérez Valera cita en su obra al Dr. René Biot, el cual refiere que:

“[...] si nos encontramos en presencia de un organismo arruinado por una enfermedad consuntiva, y que se extingue como una lámpara que no tiene aceite, la cuestión es diferente. En tal caso, al querer prolongar la vida se prolonga la desdicha [...]”³

² *Ibidem*, pág. 37.

³ *Idem*.

Así también, con un análisis más profundo, Gonzalo Higuera sostiene que:

“[...] se puede prescindir de los medios distanásicos⁴ extraordinarios y ordinarios cuando estos ya no son verdaderamente eficaces para recobrar la salud.”⁵

Algunos autores han llevado sus apreciaciones de la adistanasia al tema específico de la pérdida permanente e irreversible de la conciencia. Así, el propio Papa Pío XII, en el año de 1957, hablaba claramente de que “[...] no se puede imponer a nadie la reanimación [...]”⁶

Por otra parte, el autor ruso Kautzky propone como criterio importante para prolongar una vida humana,

“[...] la probabilidad de un desarrollo libre y sensato de dicho ser humano, mismo que está íntimamente ligado a la recuperación de la vida consciente.”⁷

Por último, el famoso *Bill of Rights* de los Estados Unidos de Norteamérica, (Carta de los Derechos de los Enfermos Hospitalizados) es un documento que defiende la adistanasia, al proclamar “[...] el derecho de los pacientes a no prolongar irracionalmente su vida.”⁸

⁴ El propio Higuera, define la *distanasia* como la “ [...] práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación, utilizando para ello, no sólo los medios ordinarios, sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia.”

PÉREZ VALERA, Victor M., *Op. cit.*, pág. 35.

⁵ *Ibidem*, pág. 37

⁶ *Ibidem*, pág. 38.

⁷ *Idem*.

⁸ *Idem*.

4. Tipos de Adistanasia

A mi criterio, existen dos clases o tipos de adistanasia, mismas que pueden conformarse a partir de las definiciones que de dicho término he expuesto hasta este momento.

a) Adistanasia en sentido amplio (Adistanasia *latu sensu*)

Este tipo en específico se refiere a la adistanasia en sentido general, y que es *el no poner obstáculos a la muerte*. En el caso concreto, no ponerle obstáculos a la muerte de un ser humano, o como lo dice Pérez Valera, respetar el proceso natural de muerte de un individuo, dejando de proporcionarle los medios que sólo conducen a retrasar su muerte ya inminente.

Al decir que es adistanasia en sentido general, intento decir que este tipo de adistanasia no se preocupa por la forma de realización de la misma o por las situaciones que rodean al individuo que está próximo a morir. Así pues, puede considerarse adistanasia el dejar de suministrarle medicamento a un enfermo de SIDA, el cual inminentemente morirá de todas formas, se le proporcione tales medicamentos o no. Simplemente, en este caso, la adistanasia consistiría en dejar que la enfermedad, incurable por cualquier medio, siga su curso natural, hasta que finalmente le sobrevenga al individuo la muerte, misma que llegará mucho antes de lo que hubiese llegado si la medicación correspondiente no se suprime, y, tal vez, con menos afectación física y psicológica para el enfermo,

que de otro modo sufriría una larga agonía que finalmente le llevaría al mismo desenlace irremediable.

Este tipo de adistanasia es sumamente peligrosa en su utilización, ya que la concepción de la misma en la mente de quien lo ocupa, puede muy fácilmente confundirse con otros términos como *Eutanasia*, *Eutanasia Pasiva* o *Asistencia al Suicidio*, e inclusive puede llegar a ser en la práctica aun más inhumana, antiética e inclusive ilegal que la propia distanasia o la eutanasia misma.

Para soslayar los problemas conceptuales y prácticos que representa la adistanasia en sentido amplio, y atendiendo a que la adistanasia debe ser, sin lugar a dudas, una práctica humanitaria, existe un segundo tipo de adistanasia, mucho más humano, y sobre todo, mucho más apegado a la realidad de aquellos individuos que presentan circunstancias especiales de muerte. Este tipo de adistanasia tiene que ver, en gran medida, con aquellos individuos en quienes se presentan la pérdida de las funciones que permiten la conciencia y el contacto con el mundo exterior que tenemos todos los seres humanos, a partir de nuestras capacidades físicas y mentales. Cabe señalar que este tipo de adistanasia es el resultado que arrojó el análisis hecho a las opiniones que al respecto tienen ciertos autores que hablan del término, enfocándolo al tema específico de la pérdida permanente e irreversible de la conciencia, así como de mi propia aportación conceptual.

b) Adistanasia en sentido estricto (Adistanasia *strictu sensu*)

Visto lo anterior, se puede decir que la adistanasia en estricto sentido se define como *la práctica que realizan una o más personas de no poner obstáculos de índole alguno o de terminar definitivamente con aquellos existentes, que impiden el desarrollo del proceso natural de la muerte de un ser humano, como ser material, para que ésta sea total, cuando por la situación irremediable y sin lugar a dudas irreversible de salud física de aquél, dicha muerte total es inminente e inevitable cuando no existen dichos obstáculos.*

A reserva de que con detenimiento me enfoque al análisis de este tipo de adistanasia en un Capítulo posterior, desde este momento puedo comentar que la anterior definición no es confundible con los términos con los que suele asociarse la adistanasia en sentido amplio, ya que este tipo de adistanasia, al decir que es una *práctica que se enfoca a no poner obstáculos a la muerte de un individuo para que la misma sea total*, se aboca única y exclusivamente a una premisa dentro de la realidad individual y social del ser humano contemporáneo, y que es el acaecimiento de la pérdida total, irremediable y permanente de la conciencia en el individuo, lo que comúnmente se denomina *muerte cerebral*, tema que es medular en el presente trabajo y que necesariamente se entrelaza íntimamente con el tipo de adistanasia que acabo de definir.

Y hablando de definiciones... Hace unos cuantos párrafos mencioné que un tipo de adistanasia de los dos que se hemos visto,

vendría a ser, finalmente, la definición formal de adistanasia que maneja nuestro Derecho positivo. Pues bien, la definición de Adistanasia *strictu sensu* es la definición formal del concepto *Adistanasia* que se encuentra actualmente en nuestra legislación mexicana, la cual propiamente aparece plasmada en el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, aunque de manera inferida y no expresa. Pero no adelantaré acontecimientos, ya que este hecho será ampliamente comentado en un Capítulo posterior.

Con lo anteriormente expuesto, se puede tener un panorama general, (pero suficiente), para comprender el concepto de adistanasia que manejaré a lo largo del presente trabajo. Ahora, pasemos a conocer otros conceptos que también serán de utilidad en esta investigación.

C) EUTANASIA

No es la primera vez que este controvertido tema es tratado, así que existen tantas definiciones de la palabra como autores que han escrito sobre el tema. Pero por principio de cuentas, definiré el término desde sus raíces.

1. Definición etimológica

La mayoría de los autores opinan en sus monografías de manera similar, (por no decir idéntica), acerca de la definición etimológica de esta palabra. El término *eutanasia* deriva de dos voces griegas: *eu* que

significa *bien* y *θανάτος* que significa *muerte*, refiriéndose así a “[...] la muerte tranquila, sin violencia, sin dolor, apacible, es decir, a la muerte buena [...]”.⁹

2. Definición formal

Tal y como sucedió en el caso de la adistanasia, no aparece en nuestra legislación positiva, el término *eutanasia* expresamente definido. Por lo tanto, nuevamente expondré una definición que, a mi parecer, es la más acertada, y la que encierra los conceptos de lo que es la eutanasia. La definición a la que me refiero es la del autor Ricardo Royo-Villanova y Morales, que dice:

“Es la muerte dulce y tranquila, sin dolores físicos ni torturas morales, que puede sobrevenir de un modo natural en las edades más avanzadas de la vida, acaecer de un modo sobrenatural como gracia divina, ser sugerida por una exaltación de las virtudes estoicas o ser provocada artificialmente, ya por motivos eugenésicos, bien con fines terapéuticos, para suprimir o abreviar una inevitable, larga y dolorosa agonía, pero siempre previo el consentimiento del paciente o previa una reglamentación legal.”¹⁰

Esta es la definición que, a mi parecer, es la más acertada del término eutanasia y que pudiésemos considerar como formal a falta de una definición expresa del término que ahora nos ocupa. No obstante lo anterior, existe dentro de la legislación positiva penal, un acercamiento

⁹ Royo-Villanova, refiriéndose a la etimología de la palabra Eutanasia, dice: “La palabra Eutanasia deriva del latín <<euthanasia>> (eu, bien, y tanatos, muerte).” Nótese que emplea la frase *deriva del latín*, y no *deriva del griego*. ROYO-VILLANOVA Y MORALES, Ricardo. *El Derecho a Morir Sin Dolor. El Problema de la Eutanasia*. Col. “Biblioteca de Ideas y Estudios Contemporáneos”, Edit. M. Aguilar Editor, España, 1929, 248 pp.; pág. 19.

¹⁰ *Ibidem*, pág. 28.

legal, (y solo un acercamiento), a una definición formal de eutanasia. Así pues, el Artículo 127 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal enuncia que:

"**Artículo 127.** Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años."¹¹

Este, sin duda, innovador Artículo dentro de la legislación penal del Distrito Federal, conlleva muchas implicaciones de diversa índole. Sin embargo, por no tratarse del tema central de este trabajo, no ahondaré en un análisis o en una crítica del mismo, así como tampoco de la definición del Maestro Royo-Villanova. Sirvan, pues, definición y Artículo al Honorable Jurado, solo como una mera referencia dentro del marco conceptual que trataré en el presente trabajo.

3. Tipos de eutanasia

"**ACTIVA:** Proporcionar conscientemente la muerte a una persona gravemente enferma por medio de una acción positiva, como una inyección de morfina u otras sustancias letales.

PASIVA: No proporcionar a un moribundo una terapia que prolongue su vida. Por ejemplo, no conectarlo a un respirador artificial. También es eutanasia pasiva retirar a un enfermo los medios extraordinarios que lo mantienen con vida.

ACTIVA INDIRECTA: El médico administra al paciente una sustancia analgésica, por ejemplo, morfina, para calmar sus

¹¹ NUEVO CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. Publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 16 de julio de 2002. Artículo 127, (vigente al año 2004).

dolores aún a sabiendas de que ésta acción puede indirectamente acortar su vida." ¹²

4. Diferencia entre eutanasia y adistanasia

Como se puede apreciar, la definición de eutanasia pasiva y la definición de adistanasia *strictu sensu* son en extremo similares, casi idénticas, y es por eso que se ha dado por mal llamar a la práctica adistanásica, *eutanasia pasiva*. Sin embargo, como se ha visto, entre la eutanasia y adistanasia, entendidas como conceptos generales y no específicos, existen claras diferencias, destacando principalmente el cómo y en qué situaciones se aplica el término, tanto práctica como conceptualmente.

Así, entendamos pues, en sentido amplio y de manera conceptual, (y sobre todo práctica), primeramente a la *eutanasia*, como una *acción positiva o negativa, consciente y deliberada, tendiente a provocar la muerte de un ser humano, de manera pronta e indolora, con el espíritu piadoso y el fin humanitario de acortar y acabar definitivamente con su agonía y con el dolor que irremediablemente sufre antes de morir*, y en segundo lugar, entendamos a la *adistanasia* como *el simple respeto del proceso natural de muerte de un ser humano sin que exista una acción humana de por medio para provocar o apresurar la misma, o para retrasarla inútilmente*.

¹² FERNÁNDEZ, Juan, "Eutanasia. ¿Homicidio? ¿Muerte Digna?", en *Cambio 16 América*, n. 18, 26 de abril de 1993, 16-29 pp.: pag. 18.

Con estos conceptos generales, y a pesar de que en específico la eutanasia pasiva y la adistanasia en estricto sentido son en su definición casi iguales, haré su separación conceptual de la siguiente manera: la *eutanasia pasiva* será la acción de retirar los tratamientos médicos y/o los medios mecánicos extraordinarios de un paciente moribundo y desahuciado, apresurando su proceso natural de muerte, y la *adistanasia* strictu sensu, será la acción de retirar los tratamientos médicos y/o los medios mecánicos extraordinarios de un paciente quien ya ha sido declarado clínicamente muerto, y que mantiene sus órganos funcionando a través de dichos medios y tratamientos extraordinarios de sostenimiento vital. En breve, el objetivo inmediato de la *adistanasia en estricto sentido* es permitir al paciente morir completamente, a diferencia de la *eutanasia pasiva*, la cual tiene como objetivo inmediato acortar el tiempo para que acontezca la muerte del individuo.

D) VIDA HUMANA

Si he de hablar en el presente trabajo sobre uno de los aspectos de la vida de los seres humanos, es decir, de la *muerte humana*, necesariamente tendré que hablar del concepto *vida humana*. Definiré, pues, a continuación cada palabra que integra el concepto para después definir a éste en su conjunto.

1. Definición etimológica

Comenzaré por la palabra *vida*.

La palabra vida proviene del latín *vita* que significa, "[...] la fuerza substancial de los seres orgánicos, por medio de la cual actúan éstos."¹³

A continuación, la definición etimológica de la palabra *humana*. Proviene del latín *humanus* que quiere decir "[...] relativo o perteneciente al hombre como género, o lo que es propio de él."¹⁴

Ahora procederé a unir ambas palabras, que juntas, darán un entendimiento etimológico más claro y más conciso del concepto.

Así pues, se tiene que la etimología de la frase *vida humana*, sería *vita humanus*, que querrá decir, por consiguiente, *la fuerza substancial, relativa, perteneciente, o propia del hombre, por medio de la cual actúa éste*.

2. Definición formal

Nuestra legislación habla acerca de la vida en numerosos Artículos de diversos ordenamientos, pero no se detiene a definirla expresamente; aún menos se detiene a analizar el concepto de *vida humana*. Pero resulta ser que, el legislador, al hablar de *vida*, se refiere por lo general y tácitamente, a la *vida humana*, ya que, por principio, el Derecho solo se da entre humanos; fue creado por humanos, para practicarse, para

¹³ ANÓNIMO, voz "vida", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo XVIII, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

¹⁴ ANÓNIMO, voz "humana", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo IX, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

ejecutarse y para regular, controlar y proteger las conductas y relaciones que existen entre los seres humanos. Insisto en que, *por lo general*, nuestra legislación se refiere a la vida en esta tesitura, ya que existen casos excepcionales, como sucede con el Derecho Ecológico, en donde el concepto *vida* se amplía más allá de la *vida humana*. Así pues, las normas de Derecho Ecológico protegen primordialmente a la fauna, a la flora y al medio ambiente, e indirectamente, con la protección de toda esta parte de la vida natural, protegen la vida del ser humano, lo que finalmente redundará en una regulación de la conducta de éste último con respecto a los entes naturales que le rodean y que ya he mencionado.

Pero permítanme regresar al razonamiento de que la legislación mexicana infiere que el concepto *vida* debe entenderse como *vida humana*. Para ejemplificar lo anterior, el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal vigente, tiene todo un Título en el que habla de los delitos contra la vida y la integridad corporal. En los Capítulos y Artículos de este Título, se hace referencia a la vida humana, (materialmente hablando), o por lo menos esa es mi muy personal interpretación. Sin embargo, y en atención a la definición etimológica que he presentado del concepto *vida humana*, el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal no menciona nada acerca de alguna *fuera substancial* que permita al hombre actuar.

3. Algunas consideraciones acerca de la definición formal de vida humana

Es cierto que la parte física y material de la vida es esencial y básica para el hombre. Se traduce en una *fuera* que nos permite tener todas nuestras funciones orgánicas. En definitiva: es la parte que nos permite *estar* materialmente en este mundo. Pero hay otro tipo de fueras como la conciencia, la voluntad, el coraje, la determinación, que también son parte integrante de lo que llamamos y conocemos como *ser humano*, y que inmediatamente nos refieren a un aspecto más allá del simplemente fisiológico; nos refiere a una fuerza psicológica-moral; nos refiere, en una palabra, a lo que por eones hemos dado por llamar el ALMA.

El alma es también esencial y básica en la vida del ser humano. En gran medida, nos distingue de los demás animales y, la mayor parte del tiempo, nos permite *realmente* estar en este mundo. Es una combinación de cuerpo y mente; de materia con conciencia; es, en sí, una fuerza especial, distinta, pero motora y vital para el ser humano.

Si solo tuviésemos cuerpo, es decir, si solo contáramos con la parte física de nuestra humanidad, con la multitud de carencias que por sí sola tiene, en comparación con otros animales, el hombre hubiese desaparecido de la faz de la tierra hace mucho tiempo, o sería un animal muy distinto del que es ahora: un animal racional y espiritual.

Lo que nos ha hecho sobrevivir a lo largo de la cadena evolutiva y estar en la cima de la misma, ha sido, en gran parte, nuestra

inteligencia y razón; pero, a su vez, mucho han tenido que ver también nuestras capacidades espirituales, que van más allá de las físicas y de los simples razonamientos lógicos, son las que nos han hecho avanzar y evolucionar más rápido y de manera más exitosa.

Es por ello que el alma es un elemento importantísimo de la vida de todo ser humano; es la parte que nos permite autodeterminarnos, autoconcientizarnos y autoevaluarnos.

Hablar de este tema es estar de pié sobre dos mundos complementarios y, a la vez, distintos, como estar parados sobre la Tierra y sobre la Luna al mismo tiempo. La ciencia no ha podido determinar, medir, explicar y, en fin, comprobar tajantemente que el alma exista... y aún menos ha podido probar su inexistencia... Quizás el alma sea la inteligencia misma, pero también quizás, la inteligencia y el alma sean dos caras de la misma moneda: complementarias pero distintas. De cualquier modo, se debe aceptar que ninguna de las dos podría darse, si la parte física, material o corporal no existiera. Somos parte de un todo íntimamente relacionado: somos materia, razón y espíritu.

Todo lo anteriormente mencionado, tiene como fin el resaltar que el Nuevo Código Penal para el D.F., en su Libro Segundo denominado *Parte Especial*, en su Título Primero, llamado, a su vez, *Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal*, al Hablar de *Homicidio y Lesiones*, no contempla más que un tipo de vida, la fisiológica, es decir, el cuerpo humano, y, tácitamente, la mente humana, y, debería, de la misma forma, contemplar la vida espiritual. Sin embargo, no habla de la vida

con intención de explicar qué se entiende por dicho término y en lo que aquí nos interesa, no define expresamente el concepto *vida* y mucho menos el concepto *vida humana*.

Los siguientes Artículos ilustran lo dicho anteriormente:

"ARTÍCULO 123. Al que prive de la vida a otro, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión."¹⁵

Este Artículo solo se limita a exponer una de las tantas formas en que se puede terminar la vida, no explica lo que es.

"ARTÍCULO 130. Al que cause a otro un daño o alteración en su salud, se le impondrán:

VII. De tres a ocho años de prisión, cuando pongan en peligro la vida."¹⁶

"ARTÍCULO 135. Se perseguirán por querrela las lesiones simples que no pongan el peligro la vida y tarden en sanar menos de quince días..."¹⁷

A su vez, en varios Artículos de la Ley General de Salud y de sus disposiciones reglamentarias se habla de la terminación de la vida y de la certificación de la pérdida de la vida, y en los cuales se puede encontrar que para definir el concepto *vida*, se debe interpretar el contenido mismo de los propios Artículos; es decir, a través de definir a la muerte es como se define la vida. De este caso en particular hablaré más adelante en este Capítulo.

¹⁵ NUEVO CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL, *Op. cit.*, Artículo 123, (vigente a' año 2004).

¹⁶ *Ibidem*, Artículo 130, (vigente al año 2004).

¹⁷ *Ibidem*, Artículo 135, (vigente al año 2004).

4. Otras definiciones de vida humana

Eugenio Trueba hace referencia a la vida humana en su obra, definiéndola así:

"La vida es un bien superior y el hombre tiene derecho natural hacia a ella, así como un deber de respeto a la suya propia y a la de los otros. La vida se puede definir en función del instinto de conservación como poder interno de desarrollo y de resistencia a la destrucción."¹⁸

Para Recaséns Siches, la vida:

"[...] constituye nuestra propia existencia, la de cada uno; todo cuanto hacemos, deseamos, pensamos y se nos ocurre. [...] nos referimos a la vida en un sentido inmediato; y no, por consiguiente como biología. Las definiciones y puntos de vista biológicos son construcciones teóricas y, por tanto, mediatas, y no intuiciones inmediatas ni evidentes. Vivir es lo que somos y lo que hacemos; es lo que está más próximo a nosotros. Nuestra vida es todo lo que nos ocurre y hacemos cada instante [...] Vida es todo lo que hacemos; pero eso no sería vida si no nos diéramos cuenta de lo que hacemos. Es la vida una realidad de peculiarísima condición, que tiene el privilegio de darse cuenta de sí misma, de saberse. Pero este saberse no es un conocimiento intelectual, sino ese carácter de presencia inmediata de la vida para cada cual. Sentirse, darse cuenta, verse, es el primer atributo de la vida. La vida es, pues, intimidad con nosotros mismos, un saberse y darse cuenta de sí misma, y un asistir a sí misma y un tomar posesión de sí misma."¹⁹

¹⁸ TRUEBA, Eugenio, *Derecho y Persona Humana*, Edit. Jus, S.A., México 1966, 252 pp., pág. 202.

¹⁹ RECASENS SICHES, Luis, *Vida Humana, Sociedad y Derecho. Fundamentación de la Filosofía del Derecho*, 2ª ed. Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1945, 620 pp., pp. 58-59.

E) MUERTE

En este inciso mencionaré algunos de los aspectos más importantes de este concepto. Comenzaré por la definición etimológica.

1. Definición etimológica

La palabra *muerte* proviene del latín *mors, mortem*, que significa "[...] la cesación de la vida o separación del cuerpo y del alma."²⁰

2. Definición formal

Así como sucede con el concepto de vida, nuestra legislación no se refiere a la muerte de manera expresa, sino que hace referencia a la pérdida de la vida, ya sea para la comprobación de ésta, o para la certificación de la misma.

Así pues, la Ley General de Salud dice en su Artículo 343 lo siguiente:

"ARTÍCULO 343. Para los efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral; o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a. La ausencia completa y permanente de la conciencia;
 - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral; y

²⁰ Nótese que aquí se vuelve a referir el concepto de alma. ANÓNIMO, voz "muerte", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo XII, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

d. El paro cardíaco irreversible." ²¹

Así pues, en una interpretación de dicho artículo, se puede rescatar que la Ley General de Salud define a la muerte como *pérdida de la vida* y define, a su vez a ésta, como el concurso de lo señalado en las fracciones e incisos del numeral citado.

Acerca de la primera Fracción del Artículo transcrito, versará el siguiente Capítulo y en general, todo el presente trabajo, por lo que en este momento no entraré en detalles al respecto.

3. Algunas otras definiciones de muerte

Desde un punto de vista religioso, y el cual prevaleció durante muchos siglos, la muerte es la separación del alma y del cuerpo; y desde un punto de vista médico, la muerte es considerada, por lo menos, por José Alcocer Pozo y Mario Alva Rodríguez, como "[...] la abolición completa, definitiva e irreversible de las funciones vitales." ²²

A su vez, estos autores agrupan las funciones vitales de la siguiente manera:

- "Funciones de la vida de relación:
 - Motilidad
 - Sensibilidad: Tacto
Dolor
Temperatura
 - Reflejos

²¹ LEY GENERAL DE SALUD. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 07 de febrero de 1984. Artículo 344. (vigente al año 2004).

²² JOSÉ ALCOCER POZO, Mario Alva Rodríguez, *Medicina Legal. Conceptos Básicos*, Edit. Limusa, México, 1993. 172 pp., pág. 75.

- Órganos de los sentidos
- Funciones cerebrales: Inteligencia
 - Memoria
 - Voluntad
 - Autocrítica
- Funciones de la vida vegetativa:
 - Respiración
 - Circulación
 - Metabólicas
 - Glándulas de secreción: Endocrinas
Exocrinas." ²³

Esta definición de muerte complementada con la agrupación de las funciones vitales antes vistas, puede considerarse clásica.

Alfonso Quiroz Cuarón dice:

"En realidad, la muerte es una sucesión de muertes, y es por eso que resulta más un pronóstico, siempre inevitable y fatal, que un diagnóstico. El organismo no muere de golpe, simultáneamente."²⁴

La definición apenas citada será imprescindible tenerla en cuenta para comprender el sentido jurídico del presente trabajo.

Una última definición de muerte, esta vez, de parte de las autoras argentinas María Teresa Bergoglio De Brouwer De Koning y María Virginia Bertoldi De Fourcade:

²³ *Ibidem*, pag. 76. (Nota: Los puntos con señalamiento de *mano* y de *paloma en recuadro* son de un servidor).

²⁴ QUIRÓZ, CUARÓN, Alfonso, "¿Cuándo Estamos muertos?", en *Criminalia*, Año XXXV, n. 2, 28 de febrero de 1969, 170-172 pp., pág. 171.

"Pero... ¿qué es la muerte?"

Cada individuo, en la búsqueda de su respuesta se verá influido por sus propios valores, creencias y prejuicios, sin poder dejar de lado los condicionamientos sociales. El tema está cargado de connotaciones filosóficas, religiosas y emocionales."²⁵

F) EL OBJETIVO PERSEGUIDO CON LA ENUNCIACIÓN DE LOS CONCEPTOS ANTERIORES

Hasta ahora tenemos solo conceptos: definidos, explicados, pero... ¿qué importancia pueden tener? ¿Cómo servirán en este trabajo de índole jurídica? ¿De qué manera pueden conformar el pilar sobre el cual se sostendrá mi propuesta jurídica?

Mi objetivo al mostrar todos estos conceptos, es, primeramente, que los mismos se vean reflejados, (y así lo intentaré plasmar en Capítulos subsecuentes), ya sea de manera directa o indirecta, en normas jurídicas individuales, en una de la cuales, específicamente en el Artículo 345 de la Ley General de salud vigente, deberá estar incluido, no solo el concepto de *muerte*, sino el de *muerte cerebral* para que finalmente pueda ser incluido dentro de dicho numeral el individuo con muerte cerebral comprobada; en segundo lugar, que tales normas jurídicas, en conjunto, conformen un marco legal en torno al tema de la muerte cerebral y de la práctica adistanásica, marco legal que, necesariamente, deberá ser completo, (es decir, que adolezca lo menos posible de lagunas legislativas y que trate de abarcar todos los aspectos en torno a este tema), y ser acorde a la realidad histórica actual de la sociedad

²⁵ MARÍA TERESA BERGOGLIO DE BROUWER DE KONING, María Virginia Bertoldi de Fourcade, *Trasplantes de Órganos. Entre Personas. Con Órganos de Cadáveres*, Edit. Hamurabi, Argentina, 1983. 392 pp.: pág 286.

mexicana con respecto a la muerte cerebral y a la práctica adistanásica; además, deberá ayudar a justificar la inclusión, como ya lo dije antes, del individuo con muerte cerebral dentro del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente; y en tercer lugar, que tal conjunto de normas pueda ser incluido de manera coherente y útil dentro de un sistema de Derecho como lo es el Derecho Sanitario Mexicano.

Para dar un mayor sustento al objetivo que persigo al enunciar los conceptos materia del presente capítulo, me auxiliaré de lo que ciertos doctrinarios han escrito acerca de las normas jurídicas, y su integración en marcos legales que conforman sistemas jurídicos o sistemas de derecho, como lo es el Derecho Sanitario.

Primeramente, el maestro Eduardo García Maynez, refiriéndose a la definición de la palabra *norma*, dice que:

“La palabra *norma* suele usarse en dos sentidos: uno amplio y otro estricto: *lato sensu* aplicase a toda regla de comportamiento, obligatoria o no; *strictu sensu* corresponde a *la que impone deberes y confiere derechos*.”²⁶

Mi intención de plasmar los diversos conceptos que hasta ahora he mencionado en el presente Capítulo en normas, es hacerlo en las del tipo que imponen deberes y confieren obligaciones, es decir, en *normas jurídicas*.

²⁶ GARCÍA MAYNEZ, Eduardo, *Introducción al Estudio del Derecho*, 44ª ed., Edit. Porrúa, México, 1992, 446 pp.: pag. 4.

Es Miguel Villoro Toranzo quien no solo nos aporta su definición de norma jurídica, sino que muestra sus elementos, en uno de los cuales se pueden incluir los conceptos vistos hasta ahora:

“La norma jurídica es el resultado final mínimo (el máximo es el sistema de Derecho) de las cuatro actividades de la Ciencia del Derecho. La norma jurídica es la formulación técnica de un esquema construido conforme a una valoración de Justicia dada por el legislador a un problema histórico concreto. Si analizamos cualquier norma jurídica, tendremos que descubrir: a) datos jurídicos que constituyen el problema histórico concreto; b) una valoración de Justicia pronunciada ante dichos datos; c) la construcción de una solución conforme a esa valoración; y d) las palabras o locuciones, más o menos técnicas, que formulan dicha construcción.”²⁷

Como se puede ver, es precisamente en el último elemento de toda norma jurídica en la que aparecen plasmados los conceptos, palabras o locuciones técnicas que formularan, o como lo dice el autor, construirán la propuesta de solución al problema histórico concreto de manera justa a través de imponer obligaciones y conferir derechos.

En lo que concierne al presente trabajo, los conceptos que he manejado a lo largo de este Capítulo, deberán ser, como lo he dicho antes, y en la misma línea de pensamiento de Villoro Toranzo, los pilares de la construcción de la propuesta jurídica, (contenida en normas jurídicas individuales), que ayuden a entender, primeramente, la práctica adistanásica en México, y a solucionar, finalmente, el problema histórico concreto, que, para el caso, representa la inclusión del individuo con muerte cerebral comprobada dentro del Artículo 345 de la Ley General

²⁷ VILLORO TORANZO, Miguel, *Introducción al Estudio del Derecho*, 10ª ed., Edit. Porrúa, México, 1993, 508 pp., pág. 313.

de Salud vigente, y dentro del sistema de Derecho concreto que es el Derecho Sanitario Mexicano.

Ahora bien, para entender lo que significa un *sistema de Derecho* Villoro Toranzo explica que:

"[...] el Derecho no se compone únicamente de 'disposiciones aisladas por las cuales el legislador aplica inconsistentemente un principio'. Los esquemas jurídicos vienen a ser unos hilos que religan la situación real concreta con la solución justa; estos hilos forman un verdadero tejido que es el sistema de Derecho."²⁸

Por lo tanto, los conceptos abstractos apegados a la realidad histórica actual que la sociedad mexicana vive con respecto al tema de salud, conjuntados en normas jurídicas que solucionan de manera justa los problemas generados de dicha realidad, conforman el sistema de derecho denominado como Derecho Sanitario Mexicano, del cual, la realidad acerca del tema de la práctica adistanásica y de la muerte cerebral, (y la legislación en torno a dichos temas), forman parte, junto con los conceptos abstractos que en específico he plasmado a lo largo del presente Capítulo y que, a su vez, están apegados a la realidad histórica actual concreta de la sociedad mexicana, en lo que a tales temas se refiere.

Por último, mencionaré que el Derecho Sanitario Mexicano tiene su base Constitucional en el Segundo Párrafo del Artículo 4° de nuestra Carta Magna, y la creación de normas jurídicas justas apegadas a la realidad de la sociedad mexicana en materia de Salud, y por ende, en materia de práctica adistanásica y en materia de muerte cerebral, a partir

²⁸ *Ibidem*, pág. 241.

de conceptos técnicos como los enunciados en este Capítulo, que construyan la solución de la problemática que tal realidad genera, competarán al Congreso de la Unión, según la Fracción XVI del Artículo 73. A continuación, transcribiré tales numerales constitucionales:

“Artículo 4°.

Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.”²⁹

“Artículo 73. El Congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.”³⁰

Es tiempo de analizar un concepto más elaborado, y por tanto más específico, a partir de uno que he tratado en el presente Capítulo. Se trata de un tipo especial de muerte, la cual tiene sus propias implicaciones tanto médicas como jurídicas, situación que me hace tratarla aparte en el Capítulo siguiente. Me refiero a la muerte encefálica, mejor conocida como muerte cerebral, concepto que será esencial en la construcción de mi propuesta jurídica con respecto a la practica adistanásica en México y a la inclusión del individuo con tal condición en el texto del Artículo 345 de la Ley General Salud vigente. Dicho sea de paso, la explicación que daré sobre la muerte cerebral en el

²⁹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Promulgada el 05 de febrero de 1917. Artículo 4°, (vigente al año 2004).

³⁰ *Ibidem*. Artículo 73, Fracción XVI, (vigente al año 2004).

Capítulo por venir será desde el punto de vista médico y, por lo tanto, el tratamiento del tema lo haré manera genérica. Esto se debe a que, como en cualquier otra cuestión de índole médica, la explicación de este tipo de muerte, desde la perspectiva de la medicina, necesariamente conlleva el incluir en dicha explicación una carga de términos y conceptos propios de esta ciencia y que le atañen al concepto a tratar, los cuales, en muchas ocasiones, son difíciles de asimilar y comprender para aquellas personas ajenas a la jerga médica. Por ello, en esta investigación en específico, se verá el tema de la muerte cerebral sin profundizar demasiado en la terminología científica que implica el tratarla desde este ángulo en especial.

CAPÍTULO II. GENERALIDADES SOBRE EL CONCEPTO Y EL ESTADO BIOLÓGICO - MÉDICO DE MUERTE CEREBRAL

“¿Es esta la muerte o acaso hay dos? No es la muerte. Es la pesadilla de la muerte en vida, que hiela la sangre en las venas.”

Samuel Taylor Coleridge (1772-1834)

A) PREÁMBULO

Aunque en la actualidad el concepto de muerte cerebral es ampliamente conocido y aceptado, incluso en el medio no médico³¹, es de sorprender que dicho concepto es relativamente nuevo. Esto se debe a que:

“Con la introducción de los medios artificiales de sostenimiento vital, y la prolongación de la vida a través de los mismos, (destacando para ello la utilización de medios tecnológicos como lo es el respirador o ventilador artificial, o el desarrollo de nuevos antibióticos, marcapasos cardiacos y otros que modificaron el pronóstico de enfermedades que antes eran mortales), surgieron situaciones que obligaron a los expertos a plantearse diversas cuestiones fundamentales, tales como la propia definición de ‘muerte’.”³²

En 1959, los científicos franceses Mollaret y Goulon describieron por primera vez un estado especial de coma:

“El último grado se caracterizó por pérdida total de la función motora, sensorial, tanto del estado de conciencia como de las funciones cerebrales superiores, así como de las funciones vegetativas.”³³

Observaron en 23 pacientes un estado de coma irreversible, (que llamaron “[...] *coma dépassé* – ‘más allá del coma’.”³⁴), con “[...]”

³¹ La aceptación de este concepto en nuestro medio jurídico, se representa a través de la inclusión del mismo en la legislación sanitaria vigente y que actualmente nos rige, situación que posteriormente analizare a detalle.

³² ALEJANDRO MARFIL RIVERA, Héctor Jorge Villareal Velázquez, *et al.*, “Diagnóstico de muerte cerebral en pacientes donadores de órganos”, en *Medicina Universitaria*, Volumen 3, Número 12, julio-septiembre 2001. 141-144 pp.: pág. 141.

³³ GULLERMO DÁVILA GUTIÉRREZ, Laura Flores Dinorin, *et al.*, “Criterios para el diagnóstico de muerte cerebral en México”, en *Acta Pediátrica de México*, Volumen 19, Número 2, marzo-abril 1998. 69-75 pp.: pág. 70.

³⁴ <http://www.geocities.com/geocities/muerech.html>

electroencefalogramas isoeleétricos³⁵ y ausencia de reflejos del tallo cerebral.”³⁶ “De esta manera, nace el primer intento por definir este nuevo estado de muerte [...]”³⁷ y a partir de que estos autores aislaron el

“[...] síndrome de coma sobrepasado [...] se difundió y profundizó en los medios científicos los conocimientos relativos a la llamada ‘muerte cerebral’, ‘muerte encefálica’, ‘muerte neurológica’ o ‘muerte del sistema nervioso central’.”³⁸

Pero, ¿qué significa realmente la muerte cerebral? ¿Cómo se define y que criterios se utilizan para determinarla?

“Más de 40 años han pasado desde que los neurólogos franceses ofrecieron al mundo este nuevo concepto para definir el momento de la muerte de un individuo, y aun continúan las discusiones sobre este tema, mismo que es tratado desde todos los puntos de vista: filosófico, médico, legal, religioso, etc.”³⁹

Como mostraré en Capítulos posteriores, la importancia que representa en el presente trabajo de índole jurídica el conocer los mínimos pormenores que rodean al concepto de muerte cerebral, radica en que a tal acontecimiento biológico-médico, por ser un tipo especial de muerte, necesariamente debe dársele un tratamiento jurídico. Siguiendo esa línea de pensamiento, el Congreso de la Unión de los Estados

³⁵ “ISOELÉCTRICO, CA. (del gr. *isos*, igual; y de *eléctrico*). adj. *Fis.* Uniformemente eléctrico por completo; que tiene el mismo potencial eléctrico.” Para el caso que nos ocupa, el *electroencefalograma* es un aparato electromecánico que muestra, a través de una gráfica, la actividad eléctrica del cerebro del paciente al cual está conectado o, en su defecto, indica una ausencia total de actividad cerebral. El término *isoeleétrico o plano* se refiere a una línea recta horizontal que es trazada en el papel para gráficas o en el monitor con los que cuenta el aparato mencionado, sin que dicho trazo presente variación alguna durante un determinado espacio de tiempo, es decir, no zigzaguea mostrando crestas y/o valles en ningún momento, sino que se mantiene inmóvil y completamente horizontal, lo que muestra la inactividad cerebral total de la persona a la que está conectado el aparato.
ANÓNIMO, voz “isoeleétrico, ca”, en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo IX, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

³⁶ ALEJANDRO MARFIL RIVERA, Héctor Jorge Villareal Velázquez, *et al. Loc. cit.*

³⁷ GULLERMO DÁVILA GUTIÉRREZ, Laura Flores Dinorín, *et al. Loc. cit.*

³⁸ MARÍA TERESA BERGOGLIO DE BROUWER DE KONING, María Virginia Bertoldi de Focardé, *Op. cit.*, pág. 300.

³⁹ MATEOS GÓMEZ, Humberto, “Concepto de muerte cerebral”, en *Archivos de Neurociencias*, Volumen 5, Número 4, 2000, pág. 165.

Unidos Mexicanos decidió legislar al respecto, y es por ello que, actualmente, el concepto de muerte cerebral ha sido incluido y normado dentro de la Ley General de Salud. No obstante ello, mi intención con la presente investigación es dejar en claro que el tratamiento jurídico que debe dársele a la muerte cerebral en nuestro país, debe ser tal, que le permita a nuestra legislación sanitaria vigente tener un marco normativo específico, delimitado y completo acerca de tal acontecimiento, y, sobre todo, congruente con la realidad que vive actualmente la sociedad mexicana respecto a la muerte cerebral, y con ello tener, además, un marco normativo con las mismas características, respecto de la práctica adistanásica en México.

Ahora bien, para comprender, primeramente, la normatividad que maneja actualmente la Ley General de Salud en lo que se refiere a muerte cerebral; para entender además el porqué, tanto el tratamiento como el marco jurídico descritos, deben existir de la forma que he comentado, y para que, finalmente, se pueda entender de manera lógica el tema central de esta investigación, es decir, la inclusión del individuo con muerte cerebral comprobada dentro del texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente y la formulación de propuestas jurídicas que permitan tener una normatividad en torno de la práctica adistanásica en México, es indispensable tener un conocimiento, por lo menos general, de lo que es la muerte cerebral. Lo anterior se puede lograr a través de saber:

- ☞ Las diversas definiciones que del concepto se han redactado a partir de la delimitación del mismo por parte de los mencionados científicos franceses;

- ☞ Los diversos criterios que se han tenido a lo largo de la historia para determinar el momento del acaecimiento de la muerte cerebral en el paciente;
- ☞ Las diferencias que existen entre el término "muerte cerebral" y "estado comatoso";
- ☞ Los diferentes métodos para la comprobación de la muerte cerebral; y
- ☞ La relación existente entre la muerte cerebral y el trasplante de órganos.

Como se puede apreciar, en el presente Capítulo abordaré los aspectos más relevantes de la muerte cerebral que actualmente se contemplan en la literatura tanto médica como jurídica, dejando por lo pronto a un lado las opiniones filosóficas y religiosas que aun hoy día genera este controvertido tema.

B) DIVERSAS DEFINICIONES DE MUERTE CEREBRAL

Permitame el Honorable Jurado dar una breve introducción a las diferentes definiciones que el término *muerte cerebral* tiene, introducción que corre a cargo de los autores del artículo *Criterios para el diagnóstico de muerte cerebral en México*:

"La muerte puede definirse como la cesación de las correlaciones interorgánicas funcionales que aseguran el mantenimiento de las condiciones físicas y químicas del medio interno de un ser; es el cese definitivo e irreparable de la vida. Desde el punto de vista clínico, este hecho coincide con la detención de las funciones vitales primordiales: la respiratoria, la circulatoria y la nerviosa, (trípode de Biclot). Sin embargo, en sentido biológico estricto, la muerte no es un hecho instantáneo,

bien definido en el tiempo, ya que más allá de la muerte clínica, persiste la vida en numerosos órganos, en especial, en los dotados de mayor autonomía: tejido conectivo, anexos cutáneos, espermatozoides, etc.; por lo tanto, hay diferencia entre muerte biológica y muerte clínica.

Con el advenimiento de la medicina crítica y los avances tecnológicos, han surgido problemas [...] para establecer el diagnóstico de muerte cerebral, que hoy en día se basa esencialmente en la pérdida irreversible de las funciones del cerebro.

Así pues, el concepto de muerte cerebral nace de la necesidad clínica para resolver cuatro puntos fundamentales:

1. Evitar sufrimientos innecesarios al paciente y a sus familiares, al médico y personal paramédico encargados de la atención de estos enfermos.
2. Disminuir los recursos médicos en pacientes que no son recuperables.
3. Derivar los recursos médicos hacia la atención de pacientes recuperables.
4. Posibilidad de obtener órganos bien perfundidos⁴⁰ para trasplante, previo consentimiento de los familiares y las autoridades del nosocomio.⁴¹

Los autores terminan su exposición diciendo, acerca del término *muerte cerebral*, que el mismo

"[...] no se refiere a un diagnóstico primario, sino que representa el estado final de afección neurológica de un sinnúmero de eventos: traumáticos, infecciosos, metabólicos, vasculares, neoplásicos⁴², etc."⁴³

⁴⁰ "PERFUSIÓN. (del lat. *perfusio*, -ōnem, de *perfundere*, verter, derramar, bañar) *Med.* Introducción directa y de modo continuo, de un líquido (sangre fresca, suero salado o azucarado, plasma, etc.) en el sistema circulatorio. La *perfusión* está indicada en los casos de choques traumáticos u operatorios, hemorragias, estados de deshidratación graves, quemaduras, etc.". En el caso en concreto, la frase *órganos bien perfundidos* se refiere a que los mismos estén correctamente irrigados por los líquidos necesarios para que los mismos sean viables para un trasplante. ANÓNIMO, voz "perfusión", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo XIII, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

⁴¹ GULLERMO DÁVILA GUTIÉRREZ, Laura Flores Dinorin, et al. *Op. cit.*, pp. 69-70.

⁴² "NEOPLASIA. (de *neo-* y el griego *πλασσι*, formación). *f. Pat.* Formación, generalmente anormal, de un tejido cuyas células sustituyen a las normales." ANÓNIMO, voz "neoplasia", en *Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado*, Tomo 5, Edit. Selecciones del *Reader's Digest* (Iberia), S.A., España, 1971. (8 Tomos).

⁴³ GULLERMO DÁVILA GUTIÉRREZ, Laura Flores Dinorin, et al. *Op. cit.*, pág. 70.

Con esta pequeña inducción a las consideraciones que previamente se deben tomar en cuenta para definir el término de muerte cerebral, pasaré propiamente a las diferentes definiciones que el término ha tenido y tiene. Cabe aclarar que no es mi intención entrar en una profundización y crítica de estas definiciones debido a mis limitados conocimientos médicos y en específico, neurológicos. Tan solo pretendo enunciarlas y presentarlas al Honorable Jurado para su conocimiento.

Primeramente, se debe saber que:

“En 1968, un Comité *Ad Hoc* de la *Harvard Medical School*, constituido por 10 médicos, un abogado, un teólogo y un historiador [...] fueron los primeros en usar este término, (en cierto modo, ellos acuñaron el término *muerte cerebral* de manera oficial) [...]”⁴⁴

Definieron al mismo como

“[...] un estado irreversible de total y permanente daño cerebral, caracterizado por la ausencia de receptividad, de movimientos y reflejos del tallo cerebral, la presencia de apnea⁴⁵ y causa conocida de coma, es decir, una pérdida total de las funciones cerebrales.”⁴⁶

La definición, como se puede ver,

“[...] incluyó como funciones cerebrales a las derivadas de las estructuras corticales, subcorticales⁴⁷ y del tallo cerebral, excluyendo a la médula espinal. Esto significa que gran cantidad de

⁴⁴ ALEJANDRO MARFIL RIVERA, Héctor Jorge Villareal Velázquez, *et al. Loc. cit.*

⁴⁵ “APNEA. (del gr. *ápnoia*, de *ápnoús*, que no respira; de *a*, privat. y *pneó*, respirar). t. Pat. Falta o suspensión de la respiración, asfixia”. ANÓNIMO, voz “apnea”. en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo II, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

⁴⁶ GULLERMO DÁVILA GUTIÉRREZ, Laura Flores Dinorin, *et al. Loc. cit.*

⁴⁷ “CORTICAL. (del lat. *cortex*, *corticis*, corteza). *Anat. y Bot.* Dicese de la capa más externa que rodea ciertos órganos, a manera de corteza. Por extensión, *subcortical* será por debajo de la capa que rodea ciertos órganos o por debajo de la corteza. De cualquier modo, en el caso concreto, se hace referencia a la corteza cerebral, y por ende, a las estructuras de y por debajo de dicha corteza. ANÓNIMO, voz “cortical”. en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo V, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos)

movimientos peculiares de origen medular pueden existir y persistir por periodos prolongados en pacientes con muerte cerebral.”⁴⁸

En 1976, la Conferencia de Reales Colegios Médicos del Reino Unido definió a la muerte cerebral como “[...] la pérdida completa e irreversible de las funciones del tallo cerebral.”⁴⁹, y publicó las guías para realizar la prueba del apnea.

Por otra parte, el autor norteamericano Fred Plum, define a la muerte cerebral de la siguiente manera:

“Ocurre muerte cerebral cuando el daño cerebral irreversible es tan extenso, que el órgano ya no dispone de potencial para la recuperación y no puede mantener la homeostasis⁵⁰ interna del cuerpo, por ejemplo, la función respiratoria normal o cardiovascular, el control normal de la temperatura, la función gastrointestinal normal, y así sucesivamente.”⁵¹

Por su parte, las autoras María Virginia Bertoldi y María Teresa Bergoglio, exponen lo siguiente, referente a la definición de muerte cerebral:

“[...] muerte cerebral [...] aquella condición en donde no existen evidencias discernibles de funciones cerebrales hemisféricas ni de funciones de los centros vitales del tronco cerebral, por un período prolongado y cuando es claro que ésta anomalía se debe a una patología estructural y no metabólica.”⁵²

⁴⁸ <http://www.geocities.com/gecanta/mucrecb.html>

⁴⁹ ALEJANDRO MARFIL RIVERA, Héctor Jorge Villareal Velázquez, *et al.*, *Loc. cit.*

⁵⁰ “HOMEOSTASIS *Fistol.* Propiedad de los organismos vivientes (especialmente el humano) de reaccionar frente a las variaciones del medio externo, de modo que su alcance siempre es un estado de equilibrio fisiológico.” ANÓNIMO, voz “homeostasis”, en *Hombre, Ciencia y Tecnología*, Tomo 5, Edit. Ediciones Océano-Éxito, S.A., España, 1986. (8 Tomos).

⁵¹ FRED PLUM, Jerome B. Posner, *Estupor y Coma*, tr. J González, 2ª ed., Edit. El Manual Moderno, México, 1982. 448 pp.: pág. 365.

⁵² MARÍA TERESA BERGOGLIO DE BROUWER DE KONING, María Virginia Bertoldi de Fourcade, *Op. cit.*, pág. 303.

Los autores Alcocer y Alva opinan:

"[...] muerte cerebral [...] término por demás equivoco [...] Lo correcto será hablar de *muerte encefálica*, pues incluye la afección de todas las partes del encéfalo, y no solo del cerebro, la que justifica dicho concepto. Como tal se entiende la pérdida total e irreversible de las funciones no solo del cerebro sino de todo el encéfalo."⁵³

En este orden de ideas, Humberto Mateo Gómez, Doctor de la División de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, opina:

"[...] *la muerte encefálica* es la ausencia irreversible de las funciones bioquímicas y electrofisiológicas del sistema nervioso, incluyendo al tallo cerebral, aunque pueden estar presentes algunos reflejos de origen espinal."⁵⁴

Estoy en completo acuerdo con la opinión de Alcocer y Alva, con respecto a que la forma correcta de llamar a la muerte cerebral es *muerte encefálica*. No obstante ello, en el presente trabajo referiré la muerte encefálica como muerte cerebral, ya que este último término, aunque se refiere a la muerte encefálica, es el que la Ley General de Salud maneja en su Artículo 345, y el cual es motivo de análisis en esta investigación.

A continuación presento algunos criterios que tanto autores como instituciones tienen acerca de la muerte cerebral o encefálica.

⁵³ JOSÉ ALCOCER POZO, Mario Alva Rodríguez, *Op. cit.*, pág. 104. (Nota: las cursivas son de u.a servidor).

⁵⁴ MATEOS GÓMEZ, Humberto, *Op. cit.*, pág. 166. (Nota: las cursivas son de un servidor).

C) DIVERSOS CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUERTE CEREBRAL

"Desde que en 1959, Mollaret y Goulon, por primera vez examinaron la cuestión de la muerte cerebral, muchos estudiosos han tratado de establecer criterios que permitan determinar minuciosamente e inequívocamente la muerte del cerebro o el cerebro a punto de morir, sin importar las medidas terapéuticas que en un momento dado se puedan tomar. Varios han sido los comités revisores que han tratado de establecer criterios clínicos y electroencefalográficos que sean apropiados para determinar la muerte cerebral."⁵⁵

"El criterio de Mollaret y Goulon se originó de la repetida observación de pacientes que presentaban sugestivos datos clínicos de ausencia de funciones de manera definitiva en el sistema nervioso, y que, a pesar de las medidas de sostén más avanzadas, no tenían recuperación y fallecían en un plazo que no excedía de los tres meses.

A partir de entonces, los criterios de muerte cerebral se han seleccionado y modificado de acuerdo con las características y necesidades de cada país. El primer intento por definir estos criterios nació en Suecia y rápidamente se adoptaron y modificaron en Harvard en 1968, en Minnesota en 1971, en Inglaterra en 1976 y culminaron en 1977 en un estudio conjunto realizado en los Estados Unidos. Los criterios se aplicaron a la población adulta y se extrapolaron a poblaciones de escolares y adolescentes, sin que se lograra su aplicación satisfactoria en lactantes y, en especial, en recién nacidos de menos de siete días de vida, que, por sus características, parecen tener mayor tolerancia a la asfixia. Así pues, hasta el momento no existen criterios normativos ni legales que determinen la muerte cerebral en recién nacidos. No obstante, se admite que los criterios utilizados en la población adulta y en los niños mayores, son de utilidad en el recién nacido de siete días de vida."⁵⁶

⁵⁵ FRED PLUM, Jerome B. Posner, *Op. cit.*, pág. 367.

⁵⁶ GULLERMO DÁVILA GUTIÉRREZ, Laura Flores Dinorin, *et al. Loc. cit.*

“En el año de 1968, en la Escuela de Medicina de Harvard, un grupo de especialistas, estableció los siguientes requisitos para el diagnóstico de muerte cerebral:

- ☞ Nula percepción de estímulos y respuesta a estos.
- ☞ Acción muscular inexistente, lo que incluye la movilidad de la acción respiratoria espontánea, la que se considerará como ausente al no aparecer dentro de un máximo de tres minutos después de desconectado el respirador.
- ☞ Inexistencia de reflejos.
- ☞ Muestra, por parte del electroencefalograma, de solo un trazo lineal horizontal.

La condición que existe para otorgar a los anteriores criterios valor total, es que se deberán haber descartado la hipotermia y las intoxicaciones por drogas depresoras del sistema nervioso central, como lo son los barbitúricos, diazepam, meprobamatos, etc., y que persistan durante 24 horas, cuando menos.

En los años de 1971 y 1972, se realizó un estudio en el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Accidentes Cerebrales de Minnesota, Estados Unidos, en el cual colaboraron nueve importantes centros hospitalarios, queriendo encontrar criterios más confiables de los propuestos por la Escuela de Medicina de Harvard. Sus conclusiones:

- ☞ Se exige el prerequisite de que se hayan efectuado todos los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos que sean propios para el caso.
- ☞ Los hallazgos a continuación anotados, deberán estar presentes por lo menos durante un lapso de 6 horas, después de que el coma haya iniciado y que la falta de respiración no baje de un lapso de 30 minutos:
 - Coma (falta de respuesta a dolorosos estímulos u órdenes);
 - Apnea, es decir, inexistencia de movimientos respiratorios espontáneos por un tiempo máximo de 15 minutos (no es exigible la desconexión del respirador);
 - Dilatación pupilar;
 - Ausencia de los reflejos cefálicos;
 - Electroencefalograma isoelectrico ó plano.
- ☞ Se deberá obtener una prueba confirmatoria de la ausencia de circulación sanguínea al encéfalo.

Comparando los dos criterios anteriores, se puede observar que la Escuela de Medicina de Harvard no establece el prerrequisito de previa atención exhaustiva; que el plazo de persistencia de los datos se acorta de 24 a 6 horas; que no se requiere desconectar el respirador para calificar la apnea, y que el tiempo de duración de ésta se amplía de 3 a 15 minutos, además de que se añade la confirmación de la ausencia de circulación al encéfalo.

El segundo criterio es mejor aplicado a los pacientes que el primero, precisamente por las diferencias existentes entre uno y otro. Además, en el segundo estudio se tuvo un 100% de seguridad en la predicción de la muerte dentro de los tres meses, período anteriormente expuesto.

Corría el año de 1976 y los Reales Colegios y Facultades del Reino Unido, propusieron los siguientes criterios en una reunión anual:

- ☞ Coma profundo, que no sea debido a drogas depresoras o hipotermia, ni a trastornos de tipo metabólico o endocrino, que pudieran ser responsables o que contribuyeran a que dicho estado surgiera.
- ☞ La insuficiencia o la abolición de la respiración espontánea que amerite el uso del respirador mecánico. Se deberá excluir la administración de relajantes u otro tipo de drogas, como las causantes de éste problema.
- ☞ Daño irreversible del encéfalo estructural, que se diagnostique fuera de toda duda. Dicho diagnóstico será basado en:
 - Pupilas con diámetro fijo y con carencia de respuesta a la luz;
 - Ausencia de reflejo corneal;
 - Ausencia de los reflejos vestibulo-oculares;
 - Ausencia de respuesta motora en la región de los nervios craneales ante el estímulo adecuado;
 - Ausencia de reflejo nauseoso y de respuesta al estímulo en tráquea y bronquios;
 - Ausencia de movimientos respiratorios al retirar el respirador mecánico.
- ☞ Repetición de exploración clínica cuyos intervalos dependerán de la causa y evolución del padecimiento, pudiendo ser hasta de 24 horas.
- ☞ No serán indispensables:
 - La ausencia de los reflejos medulares;

- ☑ La toma del electroencefalograma;
- ☑ Las pruebas de la circulación de sangre al encéfalo;
- ☑ La opinión de un neurólogo o de un neurocirujano, excepto cuando exista alguna duda con respecto al diagnóstico.

Estos criterios únicamente están basados en los estudios clínicos. A su vez, debe destacarse que el lapso de tiempo para que la sintomatología persista, se deja abierto y es dependiente del diagnóstico y evolución particular.”⁵⁷

Ahora bien. ¿Qué criterio se sigue en México para la determinación de la muerte cerebral? Como en otros países, México ha legislado los requisitos para efectuar el diagnóstico de muerte cerebral. La Ley General de Salud, en su Artículo 344 menciona lo siguiente:

“Artículo 344. La muerte cerebral se preser,ta cuando existen los siguientes signos:

I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y respuesta a estímulos sensoriales;

II. Ausencia de automatismo respiratorio;

III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.”⁵⁸

Concluyo el presente inciso con una última consideración acerca de los criterios de muerte cerebral que tienen los autores Flum y Posner:

“En esencia, hay acuerdo general de que la muerte del cerebro ha ocurrido cuando no pueden encontrarse datos discernibles, ya sea de función cerebral hemisférica o función de los

⁵⁷ JOSÉ ALCOCER POZO, Mario Alva Rodríguez, *Op. cit.*, pp. 104-106. (Nota: Los puntos con señalamiento de *mano* y de *paloma en recuadro* son de un servidor).

⁵⁸ LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Artículo 344, (vigente al año 2004).

centros vitales del tallo cerebral por un período prolongado, y cuando es evidente inequívocamente que la anomalía de la función cerebral es resultado de enfermedades estructurales o metabólicas conocidas y no resultado de drogas depresoras, (o alcohol), o hipotermia. Los datos obtenidos de miles de pacientes estudiados en muchos centros alrededor del mundo, indican que ningún sujeto aislado que llene 'los criterios de supervivencia cerebral' [...] ⁵⁹ mantuvieron un latido cardíaco por más de unos cuantos días, sin que haya importado el tratamiento administrado." ⁶⁰

Ahora bien. Es importante resaltar algunas diferencias que tiene el concepto de muerte cerebral con otros conceptos, para poder entenderlo más ampliamente.

D) ALGUNAS OPINIONES ACERCA DE LA DIFERENCIA ENTRE ESTADO COMATOSO Y MUERTE CEREBRAL

Nuevamente me enfocaré a citar algunas de las opiniones de los autores que son especialistas en el tema.

Así pues, Plum y Posner afirman que:

"Ocurre coma irreversible, estado vegetativo, (por ejemplo, muerte de los hemisferios cerebrales), cuando el daño cerebral es permanente y bastante intenso como para que el individuo sea

⁵⁹ "Criterios de supervivencia cerebral:

1.- Prerrequisito básico -- Completar todos los procedimientos apropiados y terapéuticos:

2.- Coma sin respuestas;

3.- Apnea;

4.- Ausencia de reflejos cefálicos con pupilas fijas y dilatadas;

5.- EEG isoelectrico;

6.- Persistencia de lo anterior durante 30 minutos a una hora, y por 6 horas después del principio del coma y la apnea.

7.- Pruebas confirmatorias que indican la ausencia de circulación cerebral (opcional)."

FRED PLUM, Jerome B. Posner. *Op. cit.*, pág. 368.

⁶⁰ *Ibidem*, pp. 367 y 369.

incapaz, a partir de entonces, de mantener la homeostasis externa (por ejemplo, incapaz de responder de manera conductual o en forma apropiada al ambiente), aun cuando el cerebro pueda continuar con el mantenimiento de la homeostasis interna. De hecho, muy pocos pacientes que sobreviven al daño cerebral intenso permanecen en coma con los ojos cerrados por más de 10 a 14 días. En la mayoría, el comportamiento vegetativo por lo regular reemplaza al coma en este tiempo. A diferencia de la muerte del cerebro, en la cual los hemisferios cerebrales y el tallo cerebral, sufren pérdida de su vitalidad, la patología de estos estados vegetativos crónicos con frecuencia se limita a los hemisferios cerebrales y solo en ocasiones incluye áreas focales del tallo cerebral..."⁶¹

"El médico debe conocer la causa del coma y saber que es irreversible. La mayor parte de los comas de "origen desconocido" que principian fuera de los hospitales se deben a envenenamientos por drogas depresoras. Los testigos no pueden ser confiables en estas circunstancias, ya que el envenenamiento accidental o los esfuerzos por el homicidio⁶², pueden inducir fácilmente al testimonio falso. Aún en pacientes ya hospitalizados por otras enfermedades, puede ocurrir envenenamiento por drogas auto administradas, y al menos temporalmente engañar al equipo médico. De manera concomitante, el diagnóstico de lesión irreversible por medios clínicos y de laboratorio debe ser absolutamente completo e inequívoco antes de hacer el diagnóstico de muerte del cerebro."⁶³

"Todos los observadores concuerdan en que antes de hacer un diagnóstico de muerte del cerebro, el sujeto debe mostrar falta de atención conductual total a los estímulos aplicados exteriormente, y que aún los mayores estímulos nocivos no deben evocar ninguna respuesta supraespinal discernible. Los criterios de Harvard demandan que no esté presente ninguna actividad refleja. [...] la actividad refleja espinal, incluyendo los reflejos de extensión y las respuestas primitivas a estímulos nocivos, (por ejemplo, extensión-pronación unilateral de la extremidad superior, y flexión de la inferior), pueden persistir por horas o aún por días en los

⁶¹ *Ibidem*, pág. 366.

⁶² Se puede inferir que se habla más de suicidio que de homicidio.

⁶³ FRED PLUM, Jerome B. Posner. *Op. cit.*, pág. 369.

pacientes con coma irreversible, hasta que el corazón por último se detiene. La ausencia de funciones hemisféricas cerebrales también puede ser atestiguada por los registros de EEG...".⁶⁴

"Coma

Se manifiesta como falta de respuesta a los estímulos externos, inconciencia y carencia del lenguaje; corresponde a la abolición de funciones de la corteza cerebral. No debe considerarse como sinónimo de muerte encefálica o cerebral, ya que en el coma se conservan las llamadas funciones vegetativas; por ejemplo, la respiración, el control de la temperatura y la presión arterial, etc."⁶⁵

"En la actualidad, el diagnóstico de 'coma excedido' es, médicamente al menos, sinónimo de muerte y esta afirmación está avalada por prestigiosas instituciones científicas en todo el mundo."⁶⁶

Aquí me permito hacer un comentario con relación a esta última distinción, (que a decir verdad es una similitud), basándome en las dos diferencias antes citadas. Si se va a hablar de *muerte*, no se debe vacilar sobre el significado. El *estado de coma*, según la generalidad de los expertos, no es muerte cerebral: es simplemente coma en cualquiera de sus grados. No creo que se deba hablar de *coma excedido* o *sobrepasado* o de *estado de coma profundo, permanente*, ya que si se excede de los parámetros del coma más profundo y permanente que existe, a mi muy particular forma de ver, se tiene que denominar como *muerte encefálica o cerebral*, y dejar de mencionar clases y grados de coma para referirse a este estado.

⁶⁴ *Ibidem*, pág. 370.

⁶⁵ JOSÉ ALCOCER POZO. Mario Alva Rodríguez. *Op. cit.*, pág. 106.

⁶⁶ MARÍA TERESA BERGOGLIO DE BROUWER DE KONING. Maria Virginia Bertoldi de Fourcade. *Op. cit.*, pág. 301.

Antes de concluir con el presente inciso, y no obstante que hasta ahora se ha dicho que en el estado de muerte encefálica no deben presentarse ninguna clase de reflejos, me permitiré transcribir la opinión de los Autores Olivé y Masana, con respecto a los reflejos de origen medular que se pueden presentar en pacientes con muerte cerebral comprobada, opinión que comentaré más a detalle en un próximo Capítulo.

"En muchos pacientes con muerte cerebral comprobada aparece una actividad refleja medular, como mioclonias⁶⁷ o sacudidas de los miembros y la presencia de reflejos clónico-musculares.

En la muerte cerebral pueden observarse reflejos mandibulares o abdominales y respuestas plantares."⁶⁸

A continuación, presentaré una explicación concreta del cómo se comprueba clínicamente la muerte cerebral.

E) COMPROBACIÓN DE LA MUERTE CEREBRAL

El presente apartado ha sido extraído de la obra de Plum y Posner, ya que de las fuentes consultadas en materia de muerte cerebral, es la más concisa, directa y, sobre todo, entendible. Los autores muestran las diferentes pruebas y exámenes que se deben realizar para comprobar que

⁶⁷ "MIOCLONIA. (del gr. *mys*, *myós*, músculo, y *klonos*, agitación)." "F. Pat. Afección nerviosa espasmódica caracterizada por convulsiones irregulares, desordenadas y no continuas. Dicese de la capa más externa que rodea ciertos órganos, a manera de corteza". ANÓNIMO, voz "mioclonía", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo XI, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

⁶⁸ J.M. OLIVÉ, I. Masana, *Licenciatura en Neurología*, Col. "Serie Manuales Clínicos para Licenciatura y Residencia", Edit. Salvat Editores, España, 1988. 184 pp.: pág. 132.

la muerte cerebral ha acaecido al paciente, y no un estado comatoso diferente al estado de muerte encefálica:

"FUNCIÓN HEMISFÉRICA CEREBRAL

El examen de la función hemisférica cerebral en el paciente comatoso es el menos útil de todos los criterios de predicción, ya que muchas enfermedades estructurales completamente reversibles pueden producir temporalmente una disminución notoria de la actividad del prosencéfalo.⁶⁹ El criterio crucial de muerte del cerebro se basa en aquellos que clínicamente denotan ausencia de función de tallo cerebral y que por exámenes de laboratorio muestran ausencia total de función cerebral hemisférica y función del tallo cerebral superior por ejemplo, las funciones medidas por el electroencefalograma.

FUNCIÓN DEL TALLO CEREBRAL

Respiración

La respiración espontánea debe estar ausente. Cuando la mayoría de los pacientes son examinados, habrán estado colocados en respiración artificial que por lo general produce PaO_2 por encima, y PaCO_2 ⁷⁰ por debajo de los límites normales. El umbral para la estimulación respiratoria producida por los gases sanguíneos casi siempre está elevado en pacientes en coma profundo, a veces con valores de PaCO_2 tan altos como de 50 a 55 mm de Hg. Como resultado, tales pacientes pueden estar apnéicos por varios minutos cuando son retirados del ventilador, aun si tienen un tallo cerebral estructuralmente normal. Para probar la función del tallo cerebral en forma segura y en tales circunstancias, puede probarse la actividad respiratoria por la técnica de oxigenación apnéica. Con esta técnica se hace respirar al paciente oxígeno al 100% por un período de 10-20 minutos. Enseguida, el respirador se desconecta y el oxígeno se da a través de catéter⁷¹ a la traquea y a un ritmo de 6 litros por minuto. La tensión de oxígeno en los alvéolos, bajo tales circunstancias, permanece suficientemente alta, y la difusión a través de la membrana alveolar mantendrá la sangre

⁶⁹ "PROSENCÉFALO Anat. comp. Es la más anterior de las tres vesículas que constituyen el esbozo embrionario del encéfalo, y de la que derivan el telencéfalo y el diencefalo. En el telencéfalo se diferencian los hemisferios cerebrales, y en el diencefalo, las formaciones talámicas y el hipotálamo." ANÓNIMO, voz "prosencefalo", en *Hombre, Ciencia y Tecnología*, Tomo 7, Edit. Océano-Éxito, S.A., España, 1986, (8 Tomos).

⁷⁰ PaO_2 = Presión arterial de Oxígeno.
 PaCO_2 = Presión arterial de Dióxido de Carbono.

⁷¹ Catéter es todo instrumento alargado y fino que se puede insertar dentro del organismo, debido a su forma parecida a la de una aguja, para la vía intravenosa, y parecido a un tubo, para el respirador artificial.

arterial en tensiones adecuadas de oxígeno hasta por una hora. De acuerdo con Schafer y Caronna, la PaCO₂ se eleva aproximadamente 3 mm de Hg por minuto durante la oxigenación apnéica en los pacientes de coma profundo o clínicamente con muerte en el cerebro. La oxigenación apnéica de 10 minutos permite así a la PaCO₂ elevarse sin peligro de mayor hipoxia⁷² y asegura que puede excederse el umbral respiratorio. Una PaCO₂ que se eleva por arriba de 60 mm de Hg sin esfuerzos de respiración concomitante proporciona datos inequívocos de un centro respiratorio que no funciona.

Pupilas

Las pupilas no deben ser reactivas. Los criterios de Harvard requieren que las pupilas estén dilatadas y fijas, pero las pupilas fijas en posición media son un signo de insuficiencia del tallo cerebral tan bueno, o aún mejor, como lo atestigua el examen de dichos pacientes en cualquier servicio forense. Las pupilas deben ser probadas con luz brillante y el médico debe tener la seguridad de que no se han usado agentes midriáticos⁷³ (incluyendo atropina⁷⁴ intravenosa).

Movimientos oculares

La insuficiencia de la función del tallo cerebral deber ser atestiguada por la incapacidad de encontrar cualquier respuesta ocular al giro de la cabeza y a la irrigación calórica de los oídos con 50 ml de agua helada. Se debe tener cuidado de que el estímulo alcance el tímpano.

Movimientos motores

Los criterios de Harvard también demandan que haya ausencia de movimientos motores y reflejos, incluyendo ausencias de respuesta de la córnea; ninguna actividad postural, que comprenda rigidez de descerebración; y ningún reflejo de extensión en las extremidades. Las consideraciones fisiológicas hacen que el mencionado al final, sea un criterio innecesario si se llenan los otros criterios, ya que la actividad espinal refleja, en respuesta a estímulos nocivos y extensión tendenciosa; con frecuencia persiste

⁷² Significa: falta de oxígeno.

⁷³ "MIDRIASIS Fisiol. Pat. Dilatación amplia del orificio pupilar." ANÓNIMO, voz "midriasis", en *Hombre Ciencia y Tecnología*, Tomo 6, Edit. Océano-Éxito, S.A., España, 1986. (8 Tomos).

⁷⁴ "ATROPINA Farmacol. La atropina (C₁₇H₂₃NO₃) es un alcaloide contenido en algunas especies de solanáceas (Atropa Belladonna, Datura Stramonium, etc.). Su propiedad farmacológica fundamental es antagonizar los efectos del sistema nervioso parasimpático [...]" ANÓNIMO, voz "atropina", en *Hombre, Ciencia y Tecnología*, Tomo 1, Edit. Océano-Éxito, S.A., España, 1986. (8 Tomos).

en animales cuyos cerebros han sido destruidos por arriba del nivel espinal o medular bajo. Pueden encontrarse los mismos en la médula espinal aislada en el hombre después de transección espinal alta. Sin embargo, se debe estar seguro de que los reflejos motores craneales, como el de la mandíbula y el del hocico, están ausentes antes de hacer el diagnóstico de muerte del cerebro. Una gran variedad de movimientos poco comunes, probablemente medulo-espinales, pueden aparecer y persistir por periodos largos durante la animación artificial en pacientes que de otra manera tienen muerte del cerebro [...].⁷⁵

Pruebas de laboratorio

El diagnóstico clínico de muerte del cerebro en general no es difícil ni equivocado si se siguen explícitamente los criterios señalados antes. El diagnóstico implica una gran responsabilidad ética y legal; sin embargo, en la mayoría de los centros médicos de los E.U.A. han encontrado útil desarrollar pruebas de laboratorio objetivas para suplementar los criterios clínicos.

Electroencefalograma

El EEG es útil para evaluar la ausencia de función hemisférica cerebral, y proporciona bases objetivas y verificables de las aproximaciones clínicas cuando se considera el trasplante de órganos. (En situaciones que demandan menos aspectos legales, es de dudarse que el médico experimentado necesite el EEG para informarse de cuando está muerto el cerebro. El criterio británico para muerte del cerebro omite, por ejemplo, el requisito de obtener un EEG.) Todos los datos indican que un EEG isoelectrico por un período de 6 a 12 horas en un paciente que no está hipotérmico⁷⁶ y no ha ingerido o se le han administrado drogas depresoras, significa que no es posible la recuperación mental, y por lo general significa que el cerebro ya está muerto. "Debe subrayarse que el EEG no es infalible, aún con lesión anoxicoisquémica."⁷⁷ La existencia vegetativa prolongada en ocasiones es posible en tales casos, a pesar de la presencia de un EEG inicialmente isoelectrico.

Precaución: Después de envenenamiento con drogas depresoras, se ha observado pérdida total de la función cerebral hemisférica y

⁷⁵ FRED PLUM, Jerome B. Posner. *Op. cit.*, pp. 370-372.

⁷⁶ "HIPOTERMIA. (del gr. *hypo*, bajo, y *thermé*, calor). f. Descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de la normal." ANÓNIMO, voz "hipotermia", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo IX, Edit. Ramón Sopena S.A., España, 1973. (XX Tomos).

⁷⁷ Se refiere a una lesión que se caracteriza por la falta de oxigenación en la sangre y, aunado a ello, la falta de irrigación de sangre al cerebro.

un EEG isoelectrico por periodos hasta de 50 horas con recuperacion clinica completa.⁷⁸

Circulacion cerebral

Varios laboratorios han comunicado tecnicas para examinar la circulacion cerebral en pacientes con enfermedades cerebrales estructurales graves a quienes se creyo muertos. La deduccion seria que la ausencia de la circulacion cerebral afirmara en forma concluyente la presencia de un cerebro muerto. Fisiologicamente, dos hechos producen insuficiencia circulatoria cerebral. El primero tal vez sea raro, pero a veces puede seguir en forma aguda a las lesiones intensas de la cabeza e incluye un incremento masivo de la presion intracraneal que por ultimo iguala la presion de perfusion arteriolar y capilar, punto en el cual cesa la circulacion cerebral y el EEG se torna plano. Tales cambios son auto evidentes y han sido demostrados en animales experimentales por muchos investigadores. El segundo, y quizas de ocurrencia mas frecuente, es una obstruccion vascular progresiva que acompaña a la muerte cerebral. La consecuencia patologica de ambos acontecimientos es el llamado cerebro respirador, organo blando y necrotico que se auto alisa a la temperatura corporal cuando los sistemas respiratorio y cardiovascular se mantienen funcionando por muchas horas o dias despues de que la circulacion cerebral ha cesado. El estado de la circulacion cerebral ha sido probado en varias formas en pacientes que se presumen estan muertos o sumamente danados. Varios investigadores han encontrado que la circulacion carotidea⁷⁹ no se llena por arteriografia⁸⁰ cerebral en tales sujetos.

⁷⁸ "Registro electroencefalografico para diagnosticar muerte cerebral (Sociedad Americana de EEG).

- 1.- Un minimo de 8 electrodos en el cuero cabelludo y electrodos de referencia en los oidos
 - 2.- Resistencias interelectrodos por abajo de 10.000 ohms pero por encima de 100 ohms
 - 3.- Prueba de integridad del sistema de registro por creacion deliberada de artefactos en los electrodos por manipulacion
 - 4.- Distancias interelectrodos al menos de 10 cm
 - 5.- Ganancias incrementadas durante el registro de 7uV a 2.0uV/mm
 - 6.- Uso de constantes de tiempo de 0.3 a 0.4 seg. durante parte del registro
 - 7.- Registro con un electrocardiografo u otros aparatos de vigilancia, como un par de electrodos en el dorso de la mano derecha, para detectar respuestas extracerebrales
 - 8.- Pruebas de reactividad al dolor, ruidos fuertes o a la luz
 - 9.- Tiempo de registro total de 30 minutos
 - 10.- Registro por un tecnico calificado
 - 11.- Repetir el registro si se duda de silencio electrocerebral (SEC)
 - 12.- El EEG transmitido telefonicamente no es apropiado para determinacion del SEC"
- FRED PLUM, Jerome B. Posner. *Op. cit.*, pag. 374.

⁷⁹ "CAROTIDA. (del gr. *karótides*, de *karáo*, adormecer). f. Anat. Cada una de las dos arterias, interna y externa, que por uno y otro lado del cuello, llevan la sangre a la cabeza, regando con ella la primera el globo ocular y la porcion anterior del cerebro, y distribuyéndola la segunda por la cara."

ANÓNIMO, voz. "carótida", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo IV, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX tomos).

⁸⁰ "ARTERIOGRAFÍA. (del gr. *artería*, arteria y *graphó*, describir). f. Anat. Descripción de las arterias."

ANÓNIMO, voz. "arteriografía", en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo II, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

Otras vías de laboratorio posibles para el diagnóstico de muerte del cerebro incluyen la medida del tiempo de circulación del brazo a la retina, angiografía⁸¹ isotópica, ecoencefalografía y medida de las respuestas cerebrales evocadas. A pesar de que todas pueden agregar información precisa, ninguna parecería necesaria cuando todos los signos clínicos de muerte se suplementan con un EEG isoelectrico y cuando se conoce la causa del coma.

Biopsia cerebral

La biopsia cerebral o inspección quirúrgica directa ha sido sugerida ocasionalmente para diagnosticar la muerte cerebral. La sugerencia no parece razonable. A menos que el cirujano perfora agujeros sobre múltiples áreas del cerebro y tallo cerebral, es poco probable que él o el patólogo pudieran examinar suficiente tejido cerebral ante mortem para concluir que el resto también está muerto.⁸²

Actualmente en México, la Ley General de Salud vigente menciona, aunque de manera superficial, la forma de comprobar los signos de muerte cerebral que necesariamente debe presentar el paciente para considerarlo en tal estado. El Artículo 344 de dicho ordenamiento, mencionado páginas atrás, dice:

“Los signos señalados en las fracciones anteriores, deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral; o

II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.”⁸³

⁸¹ “ANGIOGRAFÍA. (del gr. *aggefon* [pron. *angeion*], vaso, y *graphó*, describir). f. Anat. Descripción de los vasos, o sea, del aparato circulatorio // Med. Visualización de los vasos en radiografía.” ANÓNIMO, voz “angiografía”, en *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Tomo I, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

⁸² FRED PLUM, Jerome B. Posner, *Op. cit.*, pp. 373-375.

⁸³ LEY GENERAL DE SALUD, *Loc. cit.*

En un Capítulo posterior analizaré a detalle las segundas Fracciones de este Artículo, en donde intentaré explicar por qué mencione que su redacción es superficial, así como la importancia que cobra en sí todo el Artículo, al mencionar el criterio de muerte cerebral, tal y como se redacta en el mismo.

F) RELACIÓN ENTRE LA MUERTE CEREBRAL Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Antes de concluir con el presente Capítulo, y no obstante que no es materia de la presente investigación, creo necesario hacer notar una situación que es sumamente importante para el derecho sanitario mexicano actualmente, y que tiene que ver directamente con la muerte cerebral:

“...los individuos con muerte cerebral comprobada son considerados donadores orgánicos o multiorgánicos potenciales para que los mismos puedan ser trasplantados a receptores en espera de ellos.”⁸⁴

En efecto, el vínculo existente entre la muerte cerebral de un paciente y el trasplante de sus órganos, es de suma importancia médica, y, a su vez, de suma importancia para la legislación acerca del tema de donación y trasplante de órganos, por lo que, nuevamente, tener un conocimiento acerca de los pormenores que rodean al concepto y al estado de muerte cerebral, y a su relación con el trasplante de órganos, es necesario para contar con una legislación adecuada respecto a al

⁸⁴ <http://www.bniot.be.edu.mx/completo2.htm>

tema de donación y trasplante de órganos. A continuación, mostraré de manera breve, algunas consideraciones básicas que existen en la relación que guarda el estado de muerte cerebral y el trasplante de órganos del paciente en tal estado.

“Los avances en la cirugía y cuidados intensivos han incrementado el número y tipo de trasplantes de órganos con éxito. No obstante ello, la demanda está muy por arriba de la disponibilidad de dichos órganos. Los mal llamados “donadores cadavéricos”, es decir, los donadores que son pacientes con muerte cerebral comprobada, son la única fuente para el trasplante de riñones, y muchos de estos donadores proveen varios más órganos además de los mencionados. Para satisfacer la creciente demanda, se ha hecho necesaria la identificación de donadores potenciales a los que, necesariamente, debe dárseles el apoyo necesario antes de que los órganos les sean retirados de sus cuerpos. Menos del 4% de los pacientes con muerte cerebral comprobada son donadores potenciales, y de ellos, solo el 12% donan sus órganos. Por lo tanto, las funciones de los órganos viables de tales pacientes deben de mantenerse de igual forma como antes de que ocurriese la muerte cerebral. Si el soporte de los donadores no es el adecuado, el trasplante de los órganos de éstos que requieren perfundirse no es posible.”⁸⁵

“Una vez establecida la muerte cerebral, independientemente de su causa, el objetivo del manejo inicial en el tratamiento del paciente cambia, y se considera importante la viabilidad de sus diferentes órganos [...]”⁸⁶

“[...] al ser declarada la muerte cerebral se provocan una serie de alteraciones fisiopatológicas que conducen indefectiblemente al paro cardíaco del sujeto en un plazo de tiempo variable, en general, menor de 72 horas, si no se realiza un mantenimiento adecuado, por lo que el objetivo principal es evitar el paro cardíaco.”⁸⁷

⁸⁵ ALFONSO ESPINOSA GONZÁLEZ, Alberto Holm Corzo, *et al.*, “Evaluación y manejo del donador multiorgánico en la unidad de cuidados intensivos: fisiopatología y tratamiento”, en *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, Volumen XII, Número 5, septiembre-octubre 1998. 189-194 pp.: pág. 189.

⁸⁶ <http://www.bnot.he.edu.ty/completo2.htm>

⁸⁷ ALFONSO ESPINOSA GONZÁLEZ, Alberto Holm Corzo, *et al.*, *Op. cit.*, pág. 190.

“Las alteraciones secundarias a la muerte cerebral se pueden dividir en cuatro grupos:

- ☞ Pérdida de la respiración espontánea;
- ☞ Alteraciones hemodinámicas por alteración de control vasomotor y cardiaco;
- ☞ Pérdida del control de la temperatura corporal; y
- ☞ Alteraciones de la secreción hormonal.”⁸⁸

“Además de las anteriores, se presentan desequilibrio ácido base e hidroelectrolítico, trastornos en la coagulación, disfunción metabólica y desarrollo de infecciones.”⁸⁹

“Estas alteraciones evidentemente convierten al sujeto con muerte cerebral en un paciente crítico, que, como cualquier otro paciente en tal estado, exige un control y monitoreo estricto.”⁹⁰

“El manejo médico debe iniciar en el momento en que se determina la muerte cerebral, con la obtención del consentimiento de la familia [...]”⁹¹

“...un retraso en el manejo del donador multiorgánico resulta en la pérdida de un significativo número de órganos trasplantables [...] los objetivos primarios de mantenimiento del donador son mantener una perfusión orgánica y así conseguir una estabilidad hemodinámica, lograr una adecuada oxigenación tisular a través del manejo de una ventilación mecánica con ventilador de tipo volumétrico, evitar o corregir la hipotermia, corregir y tratar la diabetes insípida, así como las alteraciones hidroelectrolíticas y de coagulación sanguínea, y prevenir y evitar las infecciones.”⁹²

Con lo anterior, se puede captar la importancia que tiene el acontecimiento de la muerte cerebral comprobada en el tema de

⁸⁸ <http://www.bnot.be.edu.uy/completo2.htm> (Nota: Los puntos con señalamiento de *mano* son de un servidor).

⁸⁹ ALFONSO ESPINOSA GONZÁLEZ, Alberto Holm Corzo, *et al. Loc. cit.*

⁹⁰ <http://www.bnot.be.edu.uy/completo2.htm>

⁹¹ *Idem.*

⁹² ALFONSO ESPINOSA GONZÁLEZ, Alberto Holm Corzo, *et al. Op. cit.*, pp. 190 y 192.

donación y trasplante de órganos, y la importancia que para tales actividades sanitarias implica el mantenimiento de los medios artificiales de sostenimiento vital, que para el caso en concreto, son de sostenimiento y buen funcionamiento de los órganos a donar y trasplantar.

Una vez vistos y explicados, aunque de manera general, los pormenores que rodean a este tipo especial de muerte, la comprensión y entendimiento, en un Capítulo posterior, de la normatividad que maneja actualmente la Ley General de Salud en lo que se refiere a muerte cerebral y del tema central de esta investigación será mucho más sencillo. No obstante lo anterior, es indispensable, también, tener en cuenta lo siguiente: el Artículo 345 de la Ley General de Salud no siempre tuvo la redacción que ahora tiene; además, la muerte cerebral no siempre estuvo contemplada en la legislación sanitaria. ¿Cómo llegó el Artículo 345 a tener la redacción que actualmente tiene y por qué llegó a ser importante legislar el tema de la muerte cerebral? En el siguiente Capítulo trataré de dar respuesta a estas interrogantes, a través de mostrar, aunque de manera breve, un esbozo del génesis y desarrollo legislativo que ha tenido este numeral y su entorno normativo, lo que ayudará, aun más, a lograr el objetivo planteado al inicio del presente Capítulo que ahora concluyo.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: LOS ALBORES DE LA PRÁCTICA ADISTANÁSICA EN MÉXICO

“Ningún resultado del progreso humano se logra con el consenso unánime. Y aquellos que están iluminados de entre los demás, están condenados a seguir esa luz a pesar de todo y de todos.”

Cristóbal Colón

A) PREÁMBULO

Es en el Título Décimo Cuarto de la Ley General de Salud vigente, denominado *DONACIÓN, TRASPLANTES Y PÉRDIDA DE LA VIDA*, específicamente en el Capítulo IV de dicho Título, denominado *PÉRDIDA DE LA VIDA*, en donde se encuentra actualmente el Artículo 345.

Sin embargo, y no obstante que el Artículo 345 ha existido desde que la Ley General de Salud era el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 1973), no siempre dicho numeral ha tenido el mismo texto que ahora tiene, ni se encontraba en la misma situación dentro de la Ley en la que ahora se encuentra.

Mi intención en el presente Capítulo es mostrar brevemente cómo fue evolucionando el Artículo que nos ocupa, no desde un momento tan remoto en la historia legislativa como es el año de 1973, sino que me adelantaré once años de esa fecha, hasta 1984, año en el que en el mes de febrero, (el día 7, para ser exactos), fue publicada por primera vez la Ley General de Salud en el Diario Oficial de la Federación. Con ello se podrá observar cuál era la situación y el texto del entonces Artículo 345, y de la legislación que, de cierto modo, tenía que ver con el entonces texto de dicho numeral. Así mismo, mostraré en el contexto histórico-legislativo,

cómo se gestó la reforma a dicha Ley el 26 de mayo de 2000; analizaré la iniciativa de reforma en la cual aparecen los motivos que impulsaron la misma, y específicamente, los que motivaron la creación del actual Artículo 345. Por último, ocuparé los últimos párrafos del presente Capítulo para mostrar al Honorable Jurado un bosquejo de cómo se votó y publicó esta reforma que actualmente rige en la piedra angular del Derecho Sanitario en México, es decir, la Ley General de Salud.

B) EL ARTÍCULO 345 ANTERIOR A LA REFORMA DEL AÑO 2000: SU TEXTO Y CONTEXTO LEGAL, Y SU RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 345 ACTUAL

Antes de continuar, es necesario aclarar que, propiamente, el texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud de 1984 que se verá será el que estaba plasmado en la edición inmediata anterior a la reforma que tuvo dicha Ley el 26 de mayo de 2000⁹³, es decir, el plasmado en la edición de 1999. En el inciso anterior mencioné que mostraría la situación del texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud publicada en 1984, pero no me refería propiamente al texto de la edición del año 1984 de dicha Ley. En otras palabras, de cierto es que la Ley General de Salud de 1984 es la que hasta hoy día sigue rigiendo el ámbito sanitario en México, pero fue hasta la reforma del 26 de mayo de 2000 que el multicitado Artículo 345 cambió de manera drástica. Así pues, sería poco práctico para la presente investigación estudiar el texto del Artículo en mención a partir del que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, ya que la Ley, antes de la reforma del año 2000,

⁹³ DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 26 de mayo de 2000.

tuvo otras que fueron publicadas en su momento en el Diario Oficial de la Federación, y que, para ser más preciso, son las siguientes: reforma del 27 de mayo de 1987; del 23 de diciembre de 1987; del 14 de junio de 1991; y del 7 de mayo de 1997. Insisto, pues, en la inutilidad que representa transcribir el texto del Artículo 345 de la edición 1984 de la Ley General de Salud, ya que el mismo, de hecho, pudo haber tenido modificaciones en las reformas señaladas anteriormente. En tal caso, estaría obligado a transcribir no solo el texto del Artículo 345 de la edición 1984, sino que, además, tendría que transcribir el texto que el Artículo tuvo en cada una de las citadas reformas a la Ley, *sin que ello sea relevante para esta investigación*. Por el contrario, por la importancia que la Reforma del año 2000 tuvo con respecto al Artículo 345, sólo me interesa dar a conocer de dicho numeral, el texto inmediato anterior a dicha Reforma. Por todo ello, lo que haré será transcribir únicamente el texto del Artículo 345 que se encontraba en la edición de 1999 de la Ley General de Salud, con la finalidad de observar de manera más práctica, cómo se encontraba tal norma un año antes de la reforma que he venido mencionando, teniendo así el antecedente directo de la base actual de mi estudio. Hecha esta aclaración, sigo adelante.

En la edición de 1999 de la Ley General de Salud, el Artículo 345 se encontraba situado, al igual que hoy día, dentro del Título Décimo Cuarto, denominado en aquél entonces *CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS, CÉLULAS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS*. No obstante de encontrarse en el mismo Título de la Ley, (aunque con diferente nombre), el Artículo se situaba específicamente en el Capítulo III de dicho Título denominado *CADÁVERES*. Como se puede apreciar, ya desde este punto la relación

con el Artículo 345 de la actual Ley General de Salud se rompe, ya que se situaba en el Capítulo posterior del que ahora se encuentra. Aún más, el texto del Artículo 345 en 1999 difería del actual en gran manera. A continuación, la transcripción de aquél Artículo:

"Artículo 345. Para la práctica de necropsias en cadáveres de seres humanos se requiere la orden o autorización del disponente secundario correspondiente, de conformidad con las disposiciones aplicables, salvo que exista orden por escrito del disponente originario."⁹⁴

En otras palabras, nada que ver con el texto actual. Mientras éste refiere la posibilidad de retirar los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, y de las personas que solicitarán y/o autorizarán tal acción, el texto transcrito líneas arriba refiere también a una autorización, pero de muy diferente índole: la autorización para la práctica de necropsias. ¿Por qué esa diferencia tan marcada?

La diferencia entre uno y otro texto radica sencillamente, en que con la reforma a la Ley General de Salud del 26 de mayo de 2000 se agregaron nuevos Artículos a la misma, se derogaron otros, y con ello el Artículo 345 se recorrió hasta quedar situado en donde hoy día se le puede encontrar dentro de dicha Ley.

En el contexto legal de la edición 1999 de la Ley General de Salud, no había nada parecido o siquiera cercano al texto que hoy se puede leer en el Artículo 345 de la Ley vigente. De hecho, el texto actual de este Artículo fue una verdadera innovación en cuanto a concepto médico y jurídico se refiere. Antes de su aprobación no se contemplaba el

⁹⁴ LEY GENERAL DE SALUD, *Op. cit.*, Artículo 345, (Vigente hasta el 26 de mayo de 2000).

concepto de muerte cerebral, mucho menos el de medios artificiales de sostenimiento vital, comprobación de la muerte cerebral, retiro de dichos medios, y aun menos el de adistanasia o adistanasia en estricto sentido. Los conceptos que más se acercaban a algunos de los recién mencionados, se encontraban en los Artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud previa a la reforma, mismos que se encontraban en el Capítulo I, (intitulado *DISPOSICIONES COMUNES*), del mencionado Título Décimo Cuarto. Tales Artículos hablaban, respectivamente, de los signos de muerte que deberían existir previamente para que pudiese comprobarse la pérdida de la vida de un ser humano, y de la comprobación de otras circunstancias por un tiempo determinado, de la comprobación de algunos de los signos de muerte mencionados en el Artículo 317, y de la manera de expedir la certificación de muerte respectiva.⁹⁵ Cabe señalar que ambos artículos estaban específicamente encaminados a la disposición de órganos.

C) LA INICIATIVA DE DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: LOS MOTIVOS DE UNA INNOVACIÓN

Fue en la Gaceta Parlamentaria número 489, Año III, de fecha 10 de abril de 2000, en la que se publicó la *INICIATIVA DE DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD, PRESENTADA POR EL EJECUTIVO FEDERAL EN LA SESIÓN ORDINARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA EL JUEVES 6 DE ABRIL DE 2000*, misma que el entonces presidente de la República Mexicana, Ernesto Zedillo Ponce de León, puso a consideración de la Ciudadana Presidenta de la Cámara

⁹⁵ No transcribere dichos Artículos en el presente Capítulo, ya que los mismos serán motivo de un análisis posterior, (en el Capítulo IV de esta investigación), momento en el cual serán transcritos en su totalidad.

de Senadores del Honorable Congreso de la Unión. En dicha iniciativa se plasmaron los motivos principales, tanto de la Reforma de la Ley General de Salud, como del Artículo 345 de la misma, es decir, del rubro de *Pérdida de la vida*. A continuación, transcribo los puntos que más me interesa resaltar con respecto a los temas que se contemplan en el presente trabajo.

Primeramente, es preciso mencionar que con el párrafo que transcribiré a continuación, y con los que le precedieron en el texto original de la Iniciativa, (mismos que omito transcribir por no ser de trascendencia para la presente investigación), se puede observar el motivo principal que impulso la Reforma a la Ley General de Salud en el año 2000, y que fue la donación y el trasplante de órganos:

“La iniciativa de reforma esta sustentada en cuatro elementos centrales: a) el respeto a determinados principios esenciales de contenido jurídico, social y moral, b) la donación, c) los trasplantes y d) las precisiones técnicas sobre la pérdida de la vida.

Principios que rigen la propuesta

Para llegar al texto que ahora se somete a la consideración de la Representación Popular, la Secretaría de Salud ha consultado a diversos grupos de la población que han expresado con plena libertad sus puntos de vista, sus ideas y sus propuestas que han venido a enriquecer esta iniciativa. Se consultó con amplitud al sector académico, representado por los directores de los Institutos Nacionales de Salud que juegan un papel tan relevante en la investigación médica, a las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, a médicos de instituciones públicas de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a los secretarios de salud de las entidades federativas del país y a agrupaciones de hospitales privados. También se consultó a grupos multidisciplinarios de la vida profesional y académica de

nuestro país, abogados, economistas, filósofos, psicólogos, antropólogos, comunicadores sociales, por citar algunos.

Se debatió también desde el punto de vista moral y axiológico, en tanto es innegable el carácter tan personal e íntimo de la materia.

[...] habremos de insistir en ciertos principios jurídicos y de moral social que están expresamente consignados en la presente iniciativa de reforma.

Los principios de la iniciativa de reforma se refieren a la libertad personal, a los derechos de la dignidad de la persona, a los derechos de familia, a los llamados derechos de la naturaleza especial, como es el derecho que recae sobre los cadáveres, a las creencias y en forma particular a un derecho público como es el de la protección de la salud de todas las personas [...]

Pérdida de la vida

La muerte cerebral es irreversible, y por este hecho, la persona deja de serlo. Cuando la muerte cerebral se presenta se ha perdido la vida.

Los signos que advierten que continúan en funciones algunos órganos y tejidos son sostenidos por medios externos, tales como aparatos e instrumentos médicos que prolongan por breves períodos la presencia de los signos señalados.

Los aparatos e instrumentos médicos de apoyo inevitablemente se retirarán, dado que no puede impedirse lo que clínica y científicamente se ha determinado como el proceso de muerte que, en estos casos, inicia con la cerebral y concluye con la sistémica, con el advenimiento del paro cardio-respiratorio.

Es preciso reconocer jurídicamente este trascendente hecho biológico, que es registrado con precisión por la ciencia médica y que es ampliamente conocido por los profesionales de la salud, pero no por el común de la sociedad. Desconocimiento que opera en su perjuicio.

De ahí que se proponga reconocer las dos circunstancias por las que la persona pierde la vida.

Como consecuencia de lo descrito anteriormente, se propone que se establezca la posibilidad de que, a solicitud o con autorización de la familia, se prescinda de los medios artificiales

que evitan que una persona con muerte cerebral manifieste los demás signos de muerte.

Debe señalarse con especial énfasis que en este caso, el paciente ha perdido la vida, por lo que no guarda relación alguna con la eutanasia, misma que consiste en lo que se ha llamado la inducción piadosa a la muerte aplicada a personas vivas.

La iniciativa establece los criterios científicos que determinan la presencia de la muerte cerebral, cuando existen los siguientes signos: pérdida permanente e irreversible de la conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales; ausencia de automatismo respiratorio, y evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de estímulos nociceptivos.”⁹⁶

Y eso es todo lo que, con respecto al actual Artículo 345 de la Ley General de Salud, contempló la Iniciativa, y de la cual sólo he plasmado los fragmentos que conciernen al presente trabajo de investigación.

Con la evolución que mi investigación tendrá en los siguientes dos Capítulos, demostraré cuán escueta e incompleta resultó ser esta iniciativa, y por ende también uno de sus resultados finales; es decir, la redacción del texto actual del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente. No obstante ello, desde ahora me gustaría poner a consideración del criterio del Honorable Jurado los siguientes planteamientos:

El texto de la Iniciativa refiere que para la formulación de la misma se consultó a grupos multidisciplinarios de la vida profesional y académica, a abogados, economistas, filósofos, psicólogos, antropólogos, comunicadores sociales, etc. Yo sólo me pregunto esto: si

⁹⁶ Gaceta Parlamentaria número 489. Año III, 10 de abril de 2000. en <http://gaceta.ddbun.gob.mx/Gaceta/2000/abr/20000410.html>.

se consultó a tantas personas, ¿por qué entonces falló la redacción del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente? Tal vez nunca lo sabremos, pero en el Capítulo IV demostraré que, en efecto, existen graves fallas en la redacción de este Artículo y que ello trae aparejado algunas consecuencias que simplemente no se pueden pasar por alto.

Por otro lado, la Iniciativa también menciona que los principios de la misma se refieren, entre otros aspectos, a la libertad personal y a los derechos de la dignidad de la persona. En el Capítulo V demostraré que esto no es congruente con la redacción que actualmente tiene el Artículo 345 de la Ley General de Salud.

Por último, no me gustaría terminar el presente inciso sin hacer notar dos cosas:

Primeramente, la iniciativa transcrita refiere en uno de sus párrafos que, en el caso del acaecimiento de la muerte cerebral en el paciente, los aparatos e instrumentos médicos de apoyo inevitablemente se retirarán, dado que *no puede impedirse lo que clínica y científicamente se ha determinado como el proceso de muerte que, en tal caso, inicia con la muerte cerebral y concluye con la muerte de los demás sistemas del cuerpo, al presentarse el paro cardio-respiratorio*. Si se lee con detenimiento la definición de Adistanasia en estricto sentido propuesta en el Capítulo I de este trabajo, y se compara con esta parte de la Iniciativa de Reforma que he mencionado, se podrá entender el por qué subtité al presente Capítulo *LOS ALBORES DE LA PRÁCTICA ADISTANÁSICA EN MÉXICO*.

Y en segundo lugar, la Iniciativa de reforma hace una distinción que en el Capítulo I referí como la diferencia entre lo que propiamente es la *práctica adistanásica* y lo que es la *práctica eutanásica*. La Iniciativa dice que en el caso de la comprobación de la muerte cerebral en el paciente, el mismo ha perdido la vida, *no guardando relación alguna el retirar los medios artificiales de dicho paciente, con lo que es la eutanasia la cual consiste en inducir la muerte por razones piadosas a personas vivas*. Al hacer esta distinción, al retiro de los medios artificiales que impiden que en el paciente con muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte, la Iniciativa de reforma lo llama, aunque de manera tácita, *Adistanasia en Estricto Sentido*.

D) LA APROBACIÓN DE LA INICIATIVA DE DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: 22 DÍAS DE ESTUDIO, 22 DÍAS SIN CAMBIOS

En la Gaceta Parlamentaria, año III, número 502, de fecha 28 de abril de 2000, se plasmó lo que es, propiamente, la aprobación legislativa de la Reforma a la Ley General de Salud que propuso el Presidente Zedillo, y que se transcribe a continuación, solo en aquello que interesa al presente trabajo:

“Orden del Día

SESIÓN DEL VIERNES 28 DE ABRIL DE 2000. INICIO 11 HORAS

Dictámenes

De la Comisión de Salud con Proyecto de Decreto por el que se adiciona a la Ley General de Salud. (Dispensa de todos los trámites).

Dictámenes

DE LA COMISIÓN DE SALUD CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA A LA LEY GENERAL DE SALUD

A la Comisión de Salud fue turnada para su estudio y dictamen la Minuta con Proyecto de Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud.

Los integrantes de esta Comisión de Salud se abocaron a su análisis para la elaboración del presente dictamen bajo los siguientes

I.- Antecedentes

1.- El 6 de abril del año en curso, la Honorable Cámara de Senadores recibió mediante el oficio 618 de la Secretaría de Gobernación, la iniciativa de Decreto de reforma la Ley General de Salud, que enviara el Presidente de la República.

2.- En sesión de esa misma fecha, el Pleno de la Cámara de Senadores turnó el envío de tal Iniciativa a las comisiones de Salud y de Estudios Legislativos, Tercera, para su estudio y dictamen.

3.- En sesión del 26 de abril de los corrientes, la Colegisladora aprobó el dictamen emitido por ambas comisiones, turnando la Minuta con Proyecto de Decreto que Reforma la Ley General de Salud a esta Cámara de Diputados.

4.- En sesión del jueves 27 del mes y año en curso, la Cámara de Diputados da cuenta al Pleno de la recepción de la Minuta en comento y resuelve turnarla a la Comisión de Salud para su estudio y dictamen mediante el oficio 57-II-1-982.

5.- Los integrantes de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, participamos en calidad de escuchas en reuniones convocadas por el Senado para tal fin, en donde funcionarios de la Secretaría de Salud, personas sujetas a trasplante y equipos de trasplantistas abordaron el tema desde su perspectiva.

6.- El 26 de abril, los integrantes de la Comisión que dictamina, celebraron otra reunión de intercambio de opiniones con especialistas en el tema, pacientes que disfrutaron los beneficios del trasplante y el Doctor Javier Castellanos Coutiño, Subsecretario de Regulación Sanitaria y presidente del Consejo Nacional de Trasplantes.

Antecedentes, todos, que fueron evaluados por los diputados para realizar las siguientes

II.- Consideraciones

1.- La iniciativa tiene por objeto atender los problemas de salud de aquellas personas que enfrentan disfunciones irreversibles de sus órganos y tejidos y se encuentran en fase terminal, de la que solamente hay solución mediante el trasplante.

2.- Plantea asimismo, alentar la cultura de la donación mediante la puesta en práctica de un esquema de fomento de la solidaridad y el altruismo humanos en esta materia.

3.- Propone la puesta en marcha del Programa de Donación y Trasplantes y la creación del Centro Nacional de Trasplantes, para establecer un sistema en la materia que atienda el grave déficit de órganos que actualmente enfrentan los pacientes de este tipo.

4.- Expresa la autorización de la extracción de órganos, tejidos o células cuando la persona fallecida hubiere expresado en vida y por escrito, su conformidad, cuando –a falta de voluntad expresa en estas condiciones- los familiares lo hicieren al ser requeridos para ello en orden de prelación y cuando no siendo posible la práctica del requerimiento, no constara su oposición.

5.- Privilegia aquellos órganos y tejidos provenientes de personas fallecidas.

6.- Define la línea a partir de la cual es factible el trasplante, estableciendo cuando una persona ha perdido irreversiblemente la posibilidad de vivir y, consecuentemente, puede proporcionar un órgano.

7.- La Comisión que dictamina ha considerado oportuna, viable y digna de aprobación en sus términos la presente minuta en virtud del grave problema que representa el que actualmente existan mil quinientos decesos al año por falta de trasplante de algún órgano vital.

8.- Amén de ello, existe la firme convicción de que con la modificación que propone, se fomentará la inversión que tanto el sector público como el privado deban hacer en la infraestructura y equipamiento de las unidades hospitalarias para la realización de este tipo de intervención quirúrgica.

9.- Ello definitivamente redundará en una mejor calidad de vida y una mayor expectativa de la misma, para un importante número de mexicanos que, de esta forma, verán cubierto su derecho a la protección de la salud, consagrado constitucionalmente. En razón de lo antes expuesto y de conformidad con lo que disponen el Artículo 87 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos así como los Artículos 39, Sección 3 y 45, Sección 6 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, los integrantes de la Comisión de Salud, emiten el siguiente dictamen

ÚNICO: Se aprueba en sus términos la Minuta con Proyecto de Decreto que reforma diversos artículos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:⁹⁷

Lo que sigue en el texto original es, propiamente, la Reforma de la Ley General de Salud que rige hasta hoy día desde el 26 de mayo de 2000. Por último, en este dictamen que he venido transcribiendo se mencionó que:

“Así lo acordaron y firmaron los Diputados integrantes de la Comisión de Salud.

“Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro; ciudad de México D.F., a los veintisiete días del mes de abril del año dos mil.”⁹⁸

Nuevamente me permito llamar la atención del Honorable Jurado acerca de algunas cuestiones con respecto al dictamen anterior:

Con los antecedentes marcados como 5 y 6, y con todas las consideraciones transcritas con anterioridad, de nueva cuenta se puede ver claramente que el motivo más poderoso para impulsar la Reforma de la Ley General de Salud eran tanto la donación como el trasplante de

⁹⁷ Gaceta Parlamentaria número 502, Año III, 28 de abril de 2000, en <http://gaceta.scdhcu.gob.mx/Gaceta/2000/abr/2000/0428.html>

⁹⁸ *Idem*

órganos. En ese orden de ideas, es notorio que en este dictamen, a diferencia de la Iniciativa presentada por el Jefe del Ejecutivo el 6 de abril de 2000, prácticamente queda olvidado el papel que tiene el paciente con muerte cerebral en la Ley y las implicaciones que puede generar este hecho.

Por otra parte, es de sorprender que la Minuta con Proyecto de Decreto que reforma diversos Artículos de la Ley General de Salud presentada por el Presidente de la República fue aprobada sin cambio alguno, situación que, a mi parecer, resulta por demás extraña, ya que transcurrieron más de veinte días desde la Iniciativa hasta el Dictamen, sin que la primera tuviese siquiera algún comentario por parte de la Comisión de Salud del H Congreso de la Unión que la complementase o la criticase de manera constructiva.

E) LA VOTACIÓN DEL DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: EL PENÚLTIMO PASO...

Ese mismo día, 28 de abril de 2000, los Diputados Federales realizaron la votación del *DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD. (DONACIÓN DE ÓRGANOS). EN LO GENERAL Y LOS ARTÍCULOS NO IMPUGNADOS*, cuyos resultados muestro a continuación:

DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD. (DONACIÓN DE ÓRGANOS) EN LO GENERAL Y EN LOS ARTÍCULOS 28/04/2000							
Votos	Total	PRI	PRD	PAN	PT	PVEM	Indep
Favor	349	183	75	83	5	3	0
Contra	6	0	6	0	0	0	0
Abstención	31	2	14	14	0	0	1
Quórum	0	0	0	0	0	0	0
Ausente	114	60	21	20	7	2	4
Total	500	245	116	117	12	5	5

* Quórum, significa que pasó lista de asistencia y no votó

Gaceta Parlamentaria, LVII Legislatura, Cámara de Diputados, México, DF.⁹⁹

F) LA PUBLICACIÓN DEL DECRETO QUE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD: ¿EL FIN DEL CAMINO?

Finalmente, el *DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD*, es publicado el 26 de mayo de 2000 en el Diario Oficial de la Federación, mismo que en su Capítulo Único, y en lo que aquí concierne, menciona:

"Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, D E C R E T A:

⁹⁹ <http://gaceta.cddifcu.gob.mx/Gaceta/Votaciones/tabla30r2-43.php3>

SE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD

ARTÍCULO ÚNICO. [...] se adiciona con un capítulo IV, el Título Decimocuarto, para denominarse 'Pérdida de la vida', comprendiendo los artículos 343 a 345; [...] de la Ley General de Salud, para quedar como sigue[...]"¹⁰⁰

La publicación de la reforma que he venido comentando, marca el final de los antecedentes legislativos del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente. No obstante, en los siguientes dos Capítulos quiero proponer uno de los muchos y mejores finales felices que dicho Artículo puede tener. Para ello, se requiere de un análisis profundo del mismo desde diversos puntos de vista, y se necesitará de la ayuda de muchos de los conceptos que hasta ahora he expuesto en este trabajo de investigación.

¹⁰⁰ DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD. *Loc. cit.*

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE: LA POSIBILIDAD DE LLEVAR A CABO EN MÉXICO LA PRÁCTICA DE ADISTANASIA *STRICTU SENSU* A PARTIR DE DICHO ARTÍCULO, Y LA PROBLEMÁTICA QUE GENERA LA APLICACIÓN DEL MISMO CON SU TEXTO ACTUAL

“Y es en las situaciones difíciles en donde se observa la ley, aquella descubierta en la calma de la mente y del espíritu, y en donde se comprueba lo que se previó.”

William Wordsworth (1770-1850)

A) PREÁMBULO

El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, como lo mencioné en el Capítulo I, es el único texto jurídico que nos muestra la posibilidad de realizar una práctica adistanásica en nuestro país: la de la adistanasia *strictu sensu* o en estricto sentido. No obstante ello, el Artículo de referencia muestra tal posibilidad de una manera sumamente superficial, inexacta, en extremo ambigua y, sobre todo, lo que me parece más importante, de una manera incompleta.

Las razones por las que me atrevo a decir lo anterior las mencionaré un poco más adelante en el presente Capítulo, pero será en el siguiente en donde tomará su contexto real el título de este trabajo, de manera por demás detallada y sobre todo, fundada, cuando explique el por qué afirmo que el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es, por sobre todo, un Artículo incompleto. Así mismo, también en el siguiente Capítulo, expondré las razones por las que menciono que el Artículo en estudio muestra *sólo la posibilidad* de realizar en México la práctica de adistanasia en estricto sentido, y no que *de hecho se realiza* en México dicha práctica. Por ahora, en este Capítulo haré un análisis profundo y crítico del Artículo

de referencia desde diversos ángulos, análisis que, de manera determinante, dará su sustento ideológico al Capítulo V. Comenzaré por transcribir el texto base de mi análisis.

B) TEXTO BASE

"Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del Artículo 343."¹⁰¹

C) ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE

1. La posibilidad de llevar a cabo en México la práctica de adistanasia *strictu sensu* a partir de dicho Artículo.

Como mencioné en el Capítulo I, en nuestro país los términos *Adistanasia* y *Práctica Adistanásica* no son empleados, ya no digamos en las Leyes y/o Reglamentos sanitarios o en la legislación de cualquier otra materia del Derecho Positivo Mexicano, sino que ni aun son mencionados en la mayor parte de la doctrina ya sea médica o jurídica; aún más, la escasa que sí los menciona, lo hace sin profundizar real y específicamente en estos conceptos. Finalmente,

¹⁰¹ LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Artículo 345, (vigente al año 2004).

en el hablar cotidiano dichos términos son aún menos conocidos y, por ende, rara vez empleados de manera lógica y congruente.

Si esto es más que una realidad evidente, ¿por qué me atrevo a afirmar que este Artículo es el único texto jurídico en nuestra legislación vigente que muestra la posibilidad de realizar una práctica de adistanasia en estricto sentido?

Ciertamente es una pregunta obligada, toda vez que en el propio texto del Artículo no se menciona en ningún momento las palabras *adistanasia*, *adistanásica*, *práctica adistanásica* o *adistanásicamente*. Sin embargo, si uno se remite al Capítulo en donde mencioné los conceptos básicos de la adistanasia en estricto sentido y coteja éstos con los elementos que maneja el numeral en cita, se puede observar que, si bien no de manera expresa, el Artículo 345 de la Ley General de Salud sí menciona tácitamente dichos conceptos básicos. Permítanme mostrar cómo es esto:

Ya desde muy temprano en este trabajo, se vio que en la definición etimológica de la palabra *adistanasia* referí que, con el prefijo griego α (a), que significa *no*, con el siguiente prefijo griego $\delta\iota\varsigma$ (dis), que significa *dificultad*, *obstáculo*, etc., y con la palabra griega $\theta\alpha\nu\alpha\tau\omicron\varsigma$ (thanatos), que significa *muerte*, el significado esencial de dicha palabra es el de *no-poner-obstáculos-a-la-muerte*. Así mismo, mencioné en su oportunidad con mi propia definición que la palabra *adistanasia* en *strictu sensu* significa *la práctica que realizan una o más personas de no poner obstáculos de índole alguno o de terminar definitivamente con aquellos existentes, que impiden el desarrollo del*

proceso natural de la muerte de un ser humano, como ser material, para que ésta sea total, cuando por la situación irremediable y sin lugar a dudas irreversible de salud física de aquél, dicha muerte es inminente e inevitable cuando no existen dichos obstáculos. Así también, para aterrizar de modo pragmático mi concepto de adistanasia en estricto sentido, cité la opinión Víctor M. Pérez Valera acerca el significado de la palabra en mención, quien dice que la adistanasia consiste en respetar el proceso natural de morir dejando de proporcionarle a un individuo los medios que sólo conducen a retrasar su muerte ya inminente.

En ese orden de ideas, al analizar el texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente a la luz de las definiciones que he proporcionado, se puede observar que el mismo menciona el concepto de *no poner obstáculos* al precisar que *no existirá impedimento alguno* y de hecho precisa, además, cuáles son dichos obstáculos, cuando se refiere a *los medios artificiales que evitan*. A mayor y más preciso abundamiento, es necesario señalar que el Artículo no sólo menciona en su texto *no se pondrán obstáculos*, sino que menciona tácitamente que *no se pondrán obstáculos de ninguna índole*, ya que, al mencionar que *no existirá impedimento alguno*, se refiere a *obstáculos de tipo moral*, y al mencionar *para que se prescinda de los medios artificiales que evitan*, se refiere a los *obstáculos de tipo material*.

Así mismo, siguiendo esta misma idea, el Artículo menciona el concepto de *no poner obstáculos de ninguna índole, a la muerte total de un ser humano que cuenta con una situación irremediable y sin*

lugar a dudas irreversible de salud física, al precisar que no existirá impedimento alguno para que se prescindan de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada, se manifiesten los demás signos de muerte. Para efectos de cotejar la definición de adistanasia mencionada en párrafos anteriores con el texto del Artículo 345, de momento he hecho a un lado la parte del mismo que refiere a las personas que pueden solicitar o deben dar su autorización para que se lleve a cabo la práctica que se enuncia en el referido numeral.

Con relación a esto último, según el texto literal del Artículo 345 de la Ley General de Salud, cierto es que para que no exista algún obstáculo o impedimento en la realización del acto que el mismo enuncia, debe cumplirse con una condición *sine qua non*, y es: *que exista la autorización o solicitud de las personas que el propio Artículo menciona. No obstante, será esta condición motivo de un análisis y una crítica posteriores más profundos.*

En fin, con todo lo anterior se demuestra que en nuestra legislación existe la posibilidad de realizar una adistanasia en estricto sentido, y que la misma está plasmada en el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, el cual menciona *tácitamente* tal posibilidad. Es por ello que en el Capítulo I de esta investigación referí que la definición formal o legal de adistanasia, y aun más, de adistanasia en sentido estricto, era la que se plasmaba en el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente; así pues, ahora no sólo lo refiero, sino que lo afirmo categóricamente. Mediante el siguiente cuadro comparativo explicaré gráficamente mi afirmación, lo que

servirá para que el Artículo mismo y la problemática que genera su interpretación, puedan ser analizados más a detalle posteriormente:

DEFINICIÓN DE ADISTANASIA EN STRICTU SENSU	TEXTO DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE	RELACIÓN ENTRE LA DEFINICIÓN Y EL TÉXTO DEL ARTÍCULO
La práctica que realizan una o más personas ...	"[...] a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; [...] se prescinda [...]"	El Artículo refiere tácitamente <i>la práctica que realizan una o más personas</i> de la que habla la definición, al mencionar que <i>cualquiera de las personas que plasma en su texto</i> , (es decir, una sola a la vez), y en el orden que el propio numeral marca, <i>puede solicitar o dar autorización a alguien más para que se prescinda de los medios artificiales</i> , (sin que el Artículo precise <i>quién es ese alguien más</i>); por otro lado, el propio verbo <i>prescindir</i> , enuncia una acción, lo que es en sí, una <i>práctica</i> .
... de no poner obstáculos ...	"No existirá impedimento [...]"	La palabra <i>obstáculo</i> de la definición, es un <i>sinónimo</i> de la palabra <i>impedimento</i> mencionada en el Artículo. Y el concepto <i>no existirá</i> que cita el Artículo, incluye o engloba a al imperativo <i>no poner</i> de la definición.
... de indole alguno ...	"[...] alguno [...]"	El legislador quiso ahorrar palabras: <i>de indole alguno</i> , en la definición, y <i>alguno</i> , en el Artículo, son ideas idénticas en este caso.
... o de terminar definitivamente con aquellos existentes, ...	"No existirá impedimento [...] para que [...] se prescinda de los medios artificiales que evitan [...]"	La frase que enuncia el Artículo <i>no existirá impedimento para que se prescinda</i> , se relaciona con la definición de la siguiente manera: cuando <i>se prescinda de algo</i> , es que de hecho <i>se termina la relación entre ese algo y el objeto y/o persona que prescinda del mismo</i> ; aunado a ello, el hecho de que <i>no exista impedimento para prescindir de ese algo</i> , significa que la relación a la que me refiero <i>se termina definitivamente</i> . Ahora bien, ese <i>algo</i> del que hablo en el caso concreto, se refiere en la definición, a <i>aquellos obstáculos existentes</i> , y en el Artículo, a <i>los medios artificiales que evitan</i> , mismos que si en el tiempo presente <i>evitan</i> algo, de hecho <i>existen</i> en el tiempo presente, ya que de lo contrario, <i>evitarían nada</i> .
... que impiden el desarrollo del proceso natural de la muerte de un ser humano, como ser material, ...	"[...] que evitan que en aquél [...] se manifiesten los [...] signos de muerte [...]"	Estamos en claro que <i>impedir</i> y <i>evitar</i> son sinónimos; así mismo, <i>la manifestación de los signos de muerte</i> es, sin lugar a dudas, <i>el proceso natural de la misma</i> ; y al referirse el Artículo a <i>aquél</i> , se refiere a <i>un ser humano</i> , del cual al Derecho solo le importa <i>su existencia o inexistencia material</i> , dejando de lado cualquier apreciación espiritual.

DEFINICIÓN DE ADISTANASIA EN "STRICTU SENSU"	TEXTO DEL ARTÍCULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE	RELACIÓN ENTRE LA DEFINICIÓN Y EL TÉXTO DEL ARTÍCULO
... para que ésta sea total, ...	"[...] muerte cerebral [...] demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del Artículo 343."	La conjunción de los cuatro elementos a los que se refiere el Artículo 343 de la Ley General de Salud vigente, <i>son los que hacen que un ser humano esté total y completamente muerto.</i>
... cuando por la situación irremediable y sin lugar a dudas irreversible de salud física de aquél, dicha muerte es inminente e inevitable cuando no existen dichos obstáculos.	"[...] aquél que presenta muerte cerebral comprobada [...]"	Como se vio en su oportunidad, <i>la muerte cerebral que está comprobada fehaciente e indubitavelmente, es un estado irreversible e irremediable en la salud física de cualquier ser humano; por lo tanto, es inminente que la persona que presenta muerte cerebral morirá totalmente de manera inevitable, siempre y cuando no exista ningún obstáculo que lo impida.</i>

No quisiera terminar esta parte de mi estudio sin hacer una sana llamada de atención al legislador en cuanto a la redacción de los Artículos y Leyes que en materia de salud se realizan actualmente.

Apoyado en todo lo explicado en el numeral 1 del inciso C) del presente Capítulo, puedo suponer que el legislador nunca tuvo la intención de reflejar en el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente el concepto de adistanasia en estricto sentido; más aún, me atrevo a sugerir que al redactar y aprobar este numeral, el legislador nunca se imaginó que existiría, (o se percató que de hecho existe dentro del mismo), el concepto mencionado. La razón por la que me permito decir lo anterior radica en que, a pesar de que demostrado está que el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente menciona el concepto de adistanasia en estricto sentido dentro de su texto, dicho concepto aparece a la vista de quién lee el Artículo *únicamente cuando el lector conoce previamente que existe el concepto de adistanasia en estricto sentido, (a través de conocer los elementos que definen a dicho concepto), y, cuando realiza un análisis profundo*

del Artículo en estudio, (como el que hice en el cuadro que anteriormente plasmé). En este entendido, no obstante que el Artículo 345 contiene los elementos que definen la adistanasia en estricto sentido, dichos elementos se encuentran redactados de manera por demás escueta, desordenada, ambigua e incompleta, lo que permite presumir el desconocimiento del concepto de *adistanasia en estricto sentido* por parte del legislador y la falta de intención de éste de incluir dicho concepto dentro de la redacción del Artículo en análisis, concepto que, como se puede observar, es mucho más elevado y profundo que el simple hecho de mencionar aleatoria y desinteresadamente sus elementos.

2. Problemática que genera la aplicación en México del Artículo 345 de la Ley General de Salud con su texto actual.

Ahora bien, he hablado acerca de las similitudes entre la definición de adistanasia en sentido estricto y el propio texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente. Pero mencioné también que dichas similitudes servirían para analizar detalladamente este Artículo y la problemática que genera su aplicación. Hasta ahora, solo me he limitado a enunciar el numeral en estudio, y a analizar y comparar su texto semánticamente con la definición de adistanasia *strictu sensu*. Pero no solo debe bastar el entender el texto del Artículo y el significado de las palabras que lo conforman. El Derecho se auxilia de la semántica, no se basta con ella. Mi deber es ir más allá de lo que esta ciencia auxiliar puede ofrecer; es necesario profundizar, más que en el texto, en el contexto del Artículo; profundizar en la interpretación

del mismo a la luz de su entorno jurídico y médico, (entorno conformado, respectivamente, por la legislación vigente que en teoría complementa al numeral y le da congruencia, y por los conceptos médicos que le dan contenido); en breve, profundizar más que en otra cosa, en la aplicación que este Artículo tiene en el mundo fáctico del Derecho, es decir, en la sociedad a la que está dirigido.

Teniendo este objetivo en la mira, se puede descubrir y analizar la problemática que surge cuando el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, con su redacción tan superficial, inexacta, ambigua e incompleta, se aplica a la realidad social en esas condiciones, (situación que puedo presumir, no previó el legislador al momento de redactar este numeral).

Cabe hacer nuevamente hincapié en que, por lo que respecta al presente Capítulo, me abocaré por el momento a enunciar brevemente las razones por las que considero que el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es superficial, inexacto y ambiguo, y a señalar de manera genérica la problemática que eso conlleva; esto es así porque, como lo dije anteriormente en el preámbulo de este Capítulo, el tema medular del presente trabajo versará sobre la afirmación de que el Artículo citado es, por sobre todo, incompleto, tema que desarrollaré a detalle en el siguiente Capítulo.

- a) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es superficial, en cuanto no precisa que, en el caso de que el individuo con muerte cerebral comprobada se trate de un donante orgánico o multiorgánico, el mismo deberá contar hasta el momento del trasplante, con los medios artificiales indispensables para mantener el buen funcionamiento de los órganos a trasplantar.

Es cierto que es importante visualizar que para que la adistanasia en estricto sentido pueda realizarse deben de retirarse del paciente todos y cada uno de los medios artificiales con los que cuenta al momento de comprobársele la muerte cerebral. Pero a pesar de no ser el tema del presente trabajo, no debe perderse de vista que la comprobación de la muerte cerebral no solo es punto de partida para la realización de la adistanasia en estricto sentido, sino que dicha condición está íntimamente ligada con el trasplante de órganos¹⁰²; por ende, no debe considerarse solamente en la Ley General de Salud, (específicamente en el artículo en estudio), el prescindir y retirar los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada para que este muera totalmente y así lograr la práctica humanitaria de la adistanasia en estricto sentido, sino que también se debe considerar que dicho paciente puede, de hecho,

¹⁰² Como ejemplo de esta liga entre muerte cerebral comprobada y trasplante de órganos, se encuentran, por un lado, el Artículo 331, y la Fracción I del Artículo 334, ambos de la Ley General de Salud vigente, que a continuación transcribo para pronta referencia:

"ARTÍCULO 331. La obtención de órganos o tejidos para trasplantes se hará preferentemente de sujetos en los que se haya comprobado la pérdida de la vida."

LEY GENERAL DE SALUD, *Op. cit.*, Artículo 331, (vigente al año 2004).

"ARTÍCULO 334. Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:"

"I. Comprobar, previamente a la extracción de órganos y tejidos, y por un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la obtención de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante, en los términos que se precisan en este Título."

LEY GENERAL DE SALUD, *Op. cit.*, Artículo 334, (vigente al año 2004).

ser un donador orgánico o multiorgánico. En atención a esta última consideración, en mi opinión se debe contemplar, inmediatamente después del texto actual del Artículo 345 de la Ley General de Salud, (ya sea en el mismo Artículo o en uno posterior), que en el caso de que el paciente con muerte cerebral comprobada sea también un donador multiorgánico, el mismo deberá permanecer con los medios artificiales indispensables para mantener el buen funcionamiento de los órganos a trasplantar hasta el momento mismo de la operación.

La problemática que en un momento dado puede surgir si lo anterior no se precisa en la Ley General de Salud, es que las personas que autoricen o soliciten que se prescindan los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, puedan apreciar, (aunque erróneamente), que el mantener al paciente conectado a los medios artificiales con la finalidad de mantener en buen funcionamiento sus órganos para ser trasplantados a un receptor, sea una imposición ilegal por parte del personal médico encargado de tal operación, contraviniendo con ello, de manera autoritaria, su deseo o decisión de retirar del paciente con muerte cerebral todo medio artificial que no le permite morir totalmente.

En efecto, muchas personas tienen la falsa apreciación de que para que los órganos de una persona puedan ser trasplantados, primero deben ser retirados todos los medios artificiales con los que se mantiene al paciente con muerte cerebral comprobada, para que, una vez muerto totalmente, se extraigan del cadáver los

órganos que se trasplantarán al receptor, sin que entiendan que lo que verdaderamente se está manteniendo es el buen funcionamiento y perfusión de los órganos de una persona que ha dejado de tener absoluto y completo contacto con el exterior, tal y como se vio en su momento en el Capítulo II. Por ello, si alguna persona quisiera demandar al equipo médico encargado del trasplante por el hecho de no retirar los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada antes de dicho trasplante, los médicos puedan actuar al amparo de la Ley General de Salud con el texto que propongo, respetando así la decisión expresa o tácita, (según el caso), que previamente haya manifestado el donador orgánico o multiorgánico con muerte cerebral comprobada de que sus órganos sean trasplantados una vez acaecido su deceso, y logrando, además, que los órganos a trasplantar estén en condiciones óptimas de perfusión para que el trasplante de los mismos tenga más posibilidades de éxito.

Cabe señalar de manera importante, que mi apreciación de la ambigüedad que presenta el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente y la explicación que a grandes rasgos he dado de la necesidad de erradicar dicha ambigüedad, (a través de incluir en dicha Ley un texto que manifieste que en caso de que el paciente con muerte cerebral comprobada sea también un donador orgánico o multiorgánico, el mismo deberá permanecer con los medios artificiales indispensables para mantener el buen funcionamiento de los órganos a trasplantar, hasta el momento mismo de dicha operación), no significa que esté poniendo un obstáculo a la realización de la adistanasia en estricto sentido, ya que,

lógicamente, los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada se retirarán por completo una vez extraídos los órganos que se trasplantaran al receptor de los mismos. Por lo tanto, no es si no un retraso *meramente terapéutico* de la adistanasia en estricto sentido que finalmente se dará, sumándosele a esta práctica humanitaria una que, quizá, es aun más noble: el dar vida a otra persona que necesita de un órgano.

Y hablando de dar vida y de mantener los medios artificiales en el paciente que tiene muerte cerebral comprobada, me gustaría compartir la siguiente nota periodística:

**"Mujer con muerte cerebral da a luz en Hermosillo
La bebé está completamente sana**

Hermosillo, Sonora, 5 de julio de 2002 (FIA).- Una mujer con muerte cerebral dio a luz a una niña sana, que pesó 925 gramos y midió 38 centímetros, mediante cesárea en el hospital Gineco-Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El IMSS dio a conocer hoy que María Mercedes Carrillo Escalante, de 30 años de edad, originaria del ejido La Victoria del Municipio de Hermosillo, fue intervenida con éxito la víspera por médicos de la Institución. Carrillo Escalante ingresó hace dos meses al área de Terapia Intensiva en el Hospital Regional número dos del IMSS con diagnóstico de aneurisma cerebral roto, padecimiento que consiste en la inflamación de los vasos del cerebro, el cual conlleva a la muerte cerebral. Cuando cursaba las 17 semanas de embarazo, la paciente fue transferida al hospital de Gineco-Pediatría para quedar al cuidado de un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas en nutrición, medicina y enfermería. Para lograr mantener con vida a la mujer embarazada, se le colocó un respirador en la garganta y fue alimentada mediante una sonda directa al estómago. Mientras la bebé estuvo en el vientre de la señora, se le suministraron medicamentos para la maduración pulmonar del producto hasta ayer, cuando el equipo médico

interdisciplinario valoró la posibilidad de practicar la cesárea. Hasta el momento, la recién nacida permanece en el área de cuidados neonatales para continuar con el estricto control médico hasta que se logre mayor maduración pulmonar, porque no concluyó la etapa gestacional en el vientre."¹⁰³

Desgraciadamente no encontré notas periodísticas posteriores que mencionaran algo acerca de si la pequeña sobrevivió, y si así fue, de su estado actual de salud. Sinceramente deseo que este acontecimiento médico hay tenido un buen final. Empero, no quisiera terminar este comentario sin hacer una breve reflexión: *para lograr mantener con vida a la mujer embarazada, se le colocó un respirador en la garganta y fue alimentada mediante una sonda directa al estómago...* ¿Qué hubiese ocurrido si el cónyuge o la familia de la madre de la niña, hubiesen decidido retirar inmediatamente los medios artificiales con los que contaba la paciente, al ver que la misma tenía muerte cerebral comprobada, y al suponer las pocas posibilidades que, inclusive, tenía la niña de sobrevivir y desarrollarse satisfactoriamente dentro del vientre de la madre, (ya que, ciertamente, fue un triunfo de los médicos el lograr que la niña naciera bien en tales condiciones)? Y bien se puede observar que este no se trató de un caso de donación de órganos tras el acaecimiento de la muerte cerebral comprobada. ¿Qué hubiera pasado?

¿No se debería legislar también respecto a este tipo de casos, para que se mantengan los medios artificiales en la paciente con muerte cerebral comprobada que, además, esté embarazada, siempre respetando la práctica final de la adistanasia en estricto

¹⁰³ <http://www.tvazteca.com/egi-bin/hechos/sh/admin/notaimprim.v?cvc=58612>

sentido, una vez que haya dado a luz? Tal vez sea aventurado legislar al respecto en este momento, pero sin duda, la idea pone a trabajar mi pensamiento jurídico. Puede que esa idea sea el motor de otro trabajo de investigación, pero por ahora, y para no desviar la atención del tema central del presente trabajo, lo dejaré solo en eso, en una idea.

Antes de cerrar este apartado, es útil señalar que no es necesario mencionar y detallar en el actual texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, todos y cada uno de los medios artificiales de los que se podrá prescindir para que en el paciente con muerte cerebral se presenten los demás signos de muerte que menciona el Artículo 343 en su Fracción II. ¿Por qué? No obstante de poder ser perfectamente mencionados y/o delimitados sin generalizar, (al contrario de lo que hace el Artículo en estudio al solo utilizar el término *medios artificiales*), el detallar o no, uno por uno dichos medios, no es importante para la realización de la adistanasia en estricto sentido; para tal caso, el artículo 345 sí se basta con solo mencionar el término *medios artificiales*; esto es, si bien el Artículo no menciona específicamente cuáles son éstos, si refiere tácitamente que serán *todos* los medios artificiales que impiden que se presenten en el individuo con muerte cerebral comprobada los demás signos de muerte que refiere la Fracción II del Artículo 343, *cualesquiera que sean tales medios*, ya que si fuesen solo algunos, no se presentarían los signos de muerte referidos, (además de la muerte cerebral), no existiría la muerte total del individuo y, por ende, la adistanasia en estricto sentido no ocurriría.

Lo anterior cobra importancia para el tema que trato en el presente inciso, en razón de que tampoco es necesario detallar todos y cada uno de los medios artificiales que deberá tener el paciente con muerte cerebral comprobada que, además, sea un donador orgánico o multiorgánico; es decir, el texto mismo que propongo dice que dichos medios serán *los indispensables para mantener el buen funcionamiento de los órganos a trasplantar* y por ende, refiere tácitamente que serán *todos los medios artificiales indispensables para mantener en buen y óptimo funcionamiento los órganos a trasplantar*.

b) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es ambiguo en cuanto deja duda acerca de quién o quiénes deberán realizar el acto de prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.

Bien entendido está que el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente señala que las personas mencionadas en el mismo podrán solicitar o dar su autorización para que se prescindan de los medios artificiales que evitan que en el paciente con muerte cerebral comprobada se presenten los demás signos de muerte que refiere la Fracción II del Artículo 343 de la misma Ley. Pero lo que no se sabe aún es *a quién o a quiénes deberán solicitar o dar su autorización dichas personas para que se prescindan de los medios artificiales citados*.

En breve, ¿quién o quiénes deben prescindir física, material y prácticamente de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, para que éste pueda morir totalmente?

El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente no brinda la respuesta a esta interrogante; lo que es más, ningún otro artículo de la legislación sanitaria vigente resuelve esta laguna en el Artículo 345 que estoy analizando.

Así pues, no se precisa en tal numeral si el acto de prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, será llevado a cabo por:

- ☞ El médico que atiende de manera personalizada el caso de dicho paciente;
- ☞ Cualquier otro médico que conozca del caso;
- ☞ Cualquier otro médico de la institución sanitaria en donde se encuentre el paciente, aún y cuando el mismo no conozca del caso;
- ☞ El personal médico auxiliar;
- ☞ Las personas mencionadas en el Artículo en estudio;
- ☞ Alguna Autoridad Sanitaria;
- ☞ El Representante del Ministerio Público; o
- ☞ Alguna otra Autoridad Pública.

¿Qué nos dice la lógica? Que los médicos expertos en tal actividad, (es decir, quienes sean expertos en retirar los medios artificiales de los paciente con muerte cerebral comprobada), y

familiarizados perfectamente con el caso en concreto del paciente con muerte cerebral comprobada de que se trate, deben ser quienes, a través de un procedimiento debidamente establecido, deberán retirar los medios artificiales de dicho paciente para que se manifiesten en él los demás signos de muerte de los que habla la Fracción II del artículo 343 de la Ley General de Salud. Pero el hecho de que la lógica nos lo diga, no basta para que lo anterior se lleve a cabo. Necesariamente debe estar plasmado en la Ley.

No obstante mi opinión sobre esta necesidad, algunas instituciones parecen pasar por alto esta apreciación hasta la fecha. Para muestra, el siguiente ejemplo:

El día 06 de mayo de 2002, pedí información a través de una carta dirigida al entonces Director del Registro Nacional de Trasplantes, acerca de qué personas son las autorizadas para realizar la desconexión de un paciente con muerte cerebral de un respirador artificial, y en qué Ley, Reglamento, Política Interna, Guía Médica, etc, se mencionaban a dichas personas.¹⁰⁴ Pensé que al ser una institución relacionada con el tema de muerte cerebral, podría tener una luz respecto de mi inquietud. Sin embargo, el día 17 del mismo mes y año, el Director de dicho Centro contestó mi carta mediante el Oficio SIC/DG/CENATRA/30/2002¹⁰⁵, y en la cual, a este respecto, se limitó a referir únicamente que: "En la práctica cotidiana, la familia, en común acuerdo con el o los médicos tratantes, deciden quién desconecta al individuo.", lo que refleja la

¹⁰⁴ Vid. ANEXOS. A) CARTA AL DIRECTOR DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES, (Recibida el 06/05/2002), pág. 225.

¹⁰⁵ *Ibidem.* B) OFICIO SIC/DG/CENATRA/30/2002 (De fecha 17/05/2002), pág. 227.

carencia de una regulación expresa de lo que trato en este inciso en la legislación sanitaria actual.

¿Y qué si no se plasma lo que referí dos párrafos arriba, y, al contrario, sigue la actual redacción del Artículo 345 de la Ley General de Salud? ¿Qué problemas se pueden presentar?

Simplemente el hecho de no saber exactamente quién debe llevar a cabo la desconexión de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, es un problema por sí solo. Con la redacción que actualmente tiene el artículo 345 de la Ley General de Salud, muy bien puede defenderse un padre o una madre que, sin solicitar o dar autorización a un médico experto o con conocimiento del caso, prescindan ellos mismos y por su propia mano de los medios artificiales con los que cuenta su hijo a quien se le comprobó la muerte cerebral, alegando que uno de ellos solicitó o autorizó al otro para que prescindiera de dichos medios. Podrá parecer absurdo el caso hipotético que estoy planteando, pero aún así, no es del todo imposible.

Aún más, al no delimitarse expresamente quién prescindirá físicamente de dichos medios artificiales, no puede sancionarse a alguien que en un momento dado llegue a realizar dicha práctica, siempre y cuando previamente exista la solicitud o la autorización de las personas que menciona el Artículo en análisis. En breve: con la redacción actual 345 de la Ley General de Salud, *cualquier persona* puede prescindir físicamente de los medios artificiales que

le impiden al paciente con muerte cerebral comprobada morir totalmente, siempre y cuando exista la autorización o solicitud de las personas que se mencionan en dicho Artículo.

Aunque pueden haber muchos más, me gustaría plantear otro caso hipotético con respecto a la problemática que estoy exponiendo en este inciso, caso del cual explicaré más adelante, el por qué de su mención en este apartado. Dicho caso, como el anterior, puede ser posible que ocurra en la realidad médica de nuestro país, por increíble que parezca:

Una de las personas mencionadas en el Artículo 345 solicita a un médico residente que retire los medios artificiales, (el respirador mecánico, en el más simple de los casos), a los que se encuentra conectado su familiar, debido a que a éste se le ha comprobado muerte cerebral. El médico residente conoce el caso: el paciente realmente tiene muerte cerebral. No hay duda de ello. El residente lo sabe perfectamente por el dicho del médico encargado del caso y al cual asiste directamente. Aun más: el médico residente estuvo presente en el momento en el cual se le determinó al paciente su estado actual. El médico encargado del caso solo esperaba la decisión de los familiares para retirar los medios artificiales del paciente. Pero, en ese momento, dicho médico no se encuentra presente. El residente conoce que no existe impedimento para realizar el procedimiento de desconexión, ya que existe la solicitud del familiar del paciente. La persona solicitante no resiste ver a su familiar en tal estado por más tiempo y no quiere esperar más. No quiere esperar la llegada del médico encargado del caso para que

su familiar pueda descansar en paz totalmente. El residente aprueba la desconexión del ventilador artificial, ya que no existe impedimento alguno para no hacerlo. Sin embargo, existe un pequeño inconveniente: el residente jamás lo ha hecho, no es un experto en la desconexión de ventiladores artificiales de pacientes con muerte cerebral comprobada. Al desconectar el ventilador, el paciente sufre el Síndrome de Lázaro. El familiar del paciente, que está presente al momento de la desconexión, no puede creer lo que ven sus ojos: su familiar no estaba muerto. El residente, por su inexperiencia, no sabe explicar al familiar del paciente lo sucedido. El familiar, sin control por la escena que acaba de presenciar, refiere que demandará penalmente al médico residente, al médico encargado del caso y al hospital por negligencia y por homicidio...

Y todo ello porque en la Ley General de Salud, no se especifica quién deberá retirar físicamente los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada. Lo mismo podría sucederles a los padres del primer caso hipotético, cuando cualquiera de los dos, sin la supervisión de un experto o del médico encargado del caso, retirasen los medios artificiales de su hijo con muerte cerebral comprobada. En tal caso, el golpe puede ser aún más terrible y el cargo de culpa, aún mayor.

En ambos casos, los problemas se evitarían dejando que un experto en el retiro de medios artificiales de pacientes con muerte cerebral, fuera quien hiciera la desconexión, y quien les explicara a los familiares las posibles consecuencias que conlleva la desconexión del paciente con muerte cerebral comprobada.

El médico encargado del caso, con más experiencia que el residente, o el experto médico en la desconexión de medios artificiales, (como es un ventilador artificial), le hubieran explicado al familiar del segundo caso, que el paciente realmente tenía muerte cerebral, que la comprobación de la misma no tuvo errores, y que la reacción que éste tuvo es normal para dichos casos, (aunque no necesariamente en todos).

Recordemos que la muerte cerebral es la ausencia irreversible de las funciones bioquímicas y electrofisiológicas del sistema nervioso, incluyendo las del tallo cerebral. Sin embargo, y no obstante lo anterior, pueden estar presentes algunos reflejos de origen espinal. Respecto de la diferencia que existe entre la ausencia de los reflejos cerebrales, (como pueden ser el responder al dolor quejándose y abriendo los ojos al intentar retirar el estímulo), y la ausencia de los reflejos espinales, (como pueden ser los reflejos plantares y los abdominales que se pueden encontrar en cualquier paciente, aunque no en todos los casos, [pueden presentarse hasta en un 60% de los casos]), se puede decir que tal diferencia se explica por la independencia que existe entre los sistemas circulatorios que irrigan a ambas estructuras nerviosas, lo que concuerda con observaciones hechas en animales en los cuales dichos reflejos están presentes aunque se haya destruido el encéfalo por arriba de la médula. Así pues, en un grupo importante de pacientes se pueden presentar espasmos flexores de las piernas y espasmos de descerebración. El *Síndrome de Lázaro* que mencioné en el segundo caso hipotético, y que puede ser observado al desconectar el ventilador artificial del paciente con

muerte cerebral comprobada, consiste en la flexión brusca de los antebrazos con desplazamiento de las manos hacia el esternón, para que después de unos segundos los brazos vuelvan a colocarse a los lados del cuerpo. Dichos movimientos de las extremidades superiores constituyen una respuesta de la médula cervical, aislada del encéfalo, desencadenada por el estímulo hipóxico, es decir, por el estímulo que se da al provocar la disminución del oxígeno en la sangre arterial que irriga la médula, al desconectar el ventilador artificial. En ocasiones, estos movimientos se acompañan de una flexión del tronco con incorporación del paciente, lo que da el nombre al síntoma: *Síndrome de Lázaro*, y que puede causar una terrible impresión a un familiar que esté presente en el momento de la desconexión del paciente con muerte cerebral comprobada.¹⁰⁶

Por las razones y ejemplos hipotéticos que he expuesto, pero más aun, por aquellos que no vienen a mi mente en este momento, es por lo que me parece sumamente importante que en el Artículo 345 de la Ley General de Salud, (o en un Artículo posterior), se mencione que *el acto de prescindir físicamente de los medios artificiales que no permiten que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada, se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343, deberá ser llevado a cabo por el personal médico capacitado para ello y que conozca del caso particular, personal que, a su vez, deberá explicar las consecuencias que tal acción tendrá, a las personas que solicitaron o autorizaron se llevara a cabo el retiro de los medios artificiales. No*

¹⁰⁶ Este párrafo fue extraído de MATEOS GÓMEZ, Humberto. *Op. cit.*, pág. 166, y resumido por un servidor

obstante lo anterior, y sólo con las indicaciones, supervisión y apoyo pertinentes para el caso, el personal médico capacitado antes referido podrá permitir a la persona o personas solicitantes, y solo a petición de éstas, que sean ellas mismas quienes físicamente prescindan de los medios artificiales mencionados anteriormente.

- c) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es ambiguo en cuanto deja duda acerca de si en el momento de prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, podrá y/o deberá o no estar presente en ese momento alguna de las personas que menciona el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, o alguna otra persona.**

Por otra parte, me asalta otra duda más: ¿debe llevarse a cabo el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada ante alguna persona en particular, o no es necesario que haya alguien presente en ese momento? Y si en efecto es necesario, ¿quién debe de estar presente en ese momento?

Nuevamente, el Artículo 345 es ambiguo, ya que no resuelve los cuestionamientos anteriores. Tal y como ocurre con el inciso anterior del presente numeral, la lógica dice que, en efecto, es necesario que alguien esté presente al momento del retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, y

que quienes podrán, (y a mi criterio, deberán), estar presentes en el momento en el que se lleve a cabo dicho retiro son, precisamente, la o las personas que solicitaron o autorizaron que se prescindiera de dichos medios artificiales. Pero como lo dije en el inciso anterior, la lógica por sí sola no es quien debe resolver las dudas jurídicas, si no que para ello, la lógica debe estar plasmada en un ordenamiento legal, en este caso, en la Ley General de Salud.

La problemática que puede generar en la vida práctica la falta de esta consideración dentro del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, (o de un numeral posterior), se puede vislumbrar con el siguiente caso, esta vez, no hipotético:

"Denuncian muerte sospechosa en el IMSS.

Ciudad de México (15 noviembre 2002).- Un padre de familia denunció la muerte sospechosa de su hijo en el hospital Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, una hora después de negarse a donar los órganos del enfermo, quien habría sufrido un derrame cerebral.

Ante la presión constante por médicos del hospital Siglo XXI para que donara algunos de los órganos de su hijo de 10 años de edad [...] el padre del menor los negó y recibió la noticia de la muerte de su primogénito a los pocos minutos que dio la negativa a tal petición.

José Alberto Tovar Herrejón sufrió aparentemente un derrame cerebral el martes por la noche en casa de sus abuelos maternos, quienes después de llevarlo a un doctor particular lo ingresaron a la clínica 32 del Seguro Social.

En dicha dependencia les informaron a los padres que el menor necesitaba ser trasladado a un hospital de tercer nivel, ya que presentaba muerte cerebral [...]

Al llegar al Centro Médico Siglo XXI, el reporte fue el mismo que dieron los médicos de la clínica 32 del IMSS: una hemorragia intraventricular¹⁰⁷ y parenquimatosa¹⁰⁸ la cual provocó muerte cerebral y el fallecimiento el día jueves a las 2:00 horas.

A decir de los padres de Tovar Herrejón, a partir del miércoles en la mañana, los médicos del Siglo XXI comenzaron a presionarlos para que donaran algunos de los órganos de su hijo.

Ante la presión, Gabriel Tovar, padre del menor, aceptó, pero al solicitarle a los doctores que lo único que pedía era conocer a los receptores, los galenos no aceptaron y comenzaron a tratar mal a los familiares de José Alberto.

Para la mamá del menor el 'no' definitivo que dio su marido fue muy determinante en el estado de salud de su hijo.

'Se puso mal el martes en la noche; ese mismo día lo llevamos de la clínica al Centro Médico. Al estar ahí unas horas, cuatro doctores se nos acercaron, nos dijeron que mi hijo era un buen candidato para donar órganos. Mi esposo aceptó y pidió conocer a los que iban a recibir un pedacito de mi hijo y los médicos se negaron y molestaron. A partir de ahí fueron groseros y lo peor del caso es que a los pocos minutos nos dijeron que mi hijo había fallecido.'

'Pensamos que ellos lo mataron, que lo desconectaron, ya que nos dijeron algunos doctores que al sufrir muerte cerebral podía vivir en estado vegetativo mucho tiempo. Su corazón, pulmones, hígado y riñones funcionaban muy bien. Además, ya estaba conectado a muchos aparatos que lo ayudaban a vivir', mencionó María Eugenia Herrejón.

Otra irregularidad que detectaron los padres del menor fue que los doctores no quisieron darles el acta de defunción y mandaron el cuerpo del niño a las instalaciones de la Agencia 4 del Ministerio Público para hacerlo un acto legal.

¹⁰⁷ Es decir, una hemorragia dentro de uno de los ventrículos del cerebro.

¹⁰⁸ Es decir, la hemorragia del tejido de uno de los órganos glandulares cerca del cerebro, como puede ser el tejido de la glándula pineal o la hipófisis.

'Después de que se murió mi hijo, que fue muy raro, ellos me dijeron que habían detectado que mi hijo era maltratado y que lo harían un caso legal. Lo hicieron por desquitarse de que les negué sus órganos, ya que nunca fue maltratado...' [...]

"Posteriormente, la familia del menor solicitó la intervención de la Visitaduría de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal para que aceleraran los trámites para la entrega del cuerpo.

'A mi hijo lo trajeron al anfiteatro de la agencia cuarta a las 2:30 horas de ayer (jueves) y tuve que llamar a la Visitaduría a media noche para quejarme. Ahí me dijeron que era raro que hubieran trasladado el cuerpo hasta esta agencia y que no me hayan dado el acta de defunción en el hospital. Prometieron investigar estas irregularidades. Fue hasta las 4:00 horas de hoy (viernes) que me entregaron el cuerpo en el Servicio Médico Forense', agregó el padre del menor.

El menor será sepultado a las 15:00 horas de hoy en el Panteón Civil de esta capital."¹⁰⁹

Después de haber leído con detenimiento esta nota periodística, vinieron a mi mente ciertos pensamientos, (y solo eso, *pensamientos*), que quisiera compartir:

Según la nota, los médicos dijeron a los padres de José Alberto, una hora después de que el padre se negó a donar los órganos de su hijo, que el menor había fallecido, ("fallecido por completo"; quiero suponer que a eso se referían los médicos, ya que el menor de hecho, y según la nota, tenía ya muerte cerebral [¿comprobada?]). En este orden de ideas, me pregunto, ¿por qué los médicos dijeron a los padres de José Alberto que su hijo había

¹⁰⁹ ARTEGA, Carlos, "Denuncian muerte sospechosa en el IMSS", en *reforma.com*
<http://www.reforma.com/ciudademexico/articulo/245698/default.htm>

fallecido, si el niño tenía ya muerte cerebral? Para dar esa noticia, tuvieron que retirar del menor los medios artificiales con los que sus órganos seguían funcionando, a pesar de tener muerte cerebral.¹¹⁰ Y para hacer eso, previamente debieron contar con la autorización de los padres del pequeño. Y suponiendo que, aun sin la autorización de los padres, los médicos retiraron los medios artificiales con los que contaba José Alberto, ¿por qué tardaron una hora en anunciarles a sus padres que el niño había fallecido y no les permitieron ver el cadáver de su hijo¹¹¹, arguyendo que lo harían un caso legal, ya que, según los galenos, detectaron que el menor era maltratado? ¿Y por qué no fue desde el miércoles en la mañana, (cuando los médicos pedían e insistían al padre de José Alberto que autorizara la donación de algunos de los órganos de su hijo), que los mismos detectaron que el menor era maltratado, y avisaron desde ese momento al Representante Social, y sí, en cambio, fue hasta que falleció completamente el menor, es decir, hasta las 2:00 horas del jueves, que hicieron tal detección y que enviaron el cuerpo del menor al anfiteatro de la Agencia del Ministerio Público correspondiente? ¿No será acaso que, lo que en realidad ocurrió, fue que los médicos, no retiraron de hecho los medios artificiales con los que contaba José Alberto, y que mientras decían a los padres que el menor había fallecido, y que habían mandado el cuerpo del mismo a la Agencia 4 del Ministerio

¹¹⁰ Sería absurdo negar que José Alberto tenía dichos medios artificiales, basándose en que la nota únicamente menciona el dicho de la madre del niño a ese respecto: *ya estaba conectado a muchos aparatos que lo ayudaban a vivir*, de no haber contado el menor con dichos medios, los médicos jamás hubieran pedido la donación de órganos del pequeño, sabiendo que el mismo tenía muerte cerebral y que no está conectado a medios artificiales de sostenimiento vital que permitan a sus órganos ser viables para un trasplante.

¹¹¹ La nota no lo dice así, y es por ello que supongo, (y solo eso), que lo médicos no permitieron a los padres de José Alberto ver el cadáver de su hijo, ya que el tiempo transcurrido entre el fallecimiento del menor, (2:00 hrs. del día jueves), y la llegada del cuerpo al anfiteatro de la Agencia Cuarta del Ministerio Público, (2:30 hrs. del mismo día) es muy corta, y por la redacción de la nota, que menciona que los médicos *mandaron el cuerpo del niño a las instalaciones de la Agencia 4 del Ministerio Público*, y no que estos le dijeron a los padres que *mandarían* el cuerpo del niño a la Agencia.

Público, no permitiéndoles a éstos ver el cadáver de su hijo, dichos médicos extraían los órganos del pequeño, para después hacer llegar el cuerpo del menor a la referida Agencia, momentos antes de las 4:00 horas del día viernes, hora en la que fue entregado el cuerpo de José Alberto a sus padres? En tal supuesto, necesariamente tuvieron que estar de acuerdo para la realización de tal operación los médicos que atendieron el caso de José Alberto y el personal de la Agencia 4 del Ministerio Público, personal que, mientras los órganos del pequeño eran extraídos, hicieron creer a los padres del menor que el cuerpo de su hijo había llegado al anfiteatro de la Agencia a las 2:30 horas del día jueves. Como dije, son solo mis pensamientos a partir de un extraño y, a mi parecer, negligente proceder de los médicos del Hospital Siglo XXI del IMSS. Sin embargo, aun me queda una duda: ¿por qué los médicos nunca quisieron dar el nombre de la persona que iba a recibir el trasplante de órganos de José Alberto? ¿Por qué la presión hacia el padre del menor para que este donara los órganos de su hijo? ¿Y por qué molestarse ante la insistencia del padre por saber el nombre del receptor de los órganos de su hijo? ¿Acaso es que, quien realmente los iba a recibir, era un comprador traficante de órganos de otro país, al cual, extranjeros de alto poder adquisitivo, pagarían muy bien por esos órganos para su hijo radicado en un hospital de alguna parte del mundo, extranjeros cuyo nombre era desconocido para los médicos del Hospital Siglo XXI del IMSS? Nuevamente, son solo pensamientos y en ningún momento, afirmaciones categóricas.

Desgraciadamente, no existe en el diario *Reforma* un seguimiento periodístico de este caso. Me hubiese gustado saber en que estado recibieron los padres el cuerpo de su hijo José Alberto, solo para despejar mi mente de esos *pensamientos...*

De cualquier forma, dichos pensamientos no hubieran aparecido si hubieran ocurrido dos situaciones en el caso que trata la nota periodística transcrita unas páginas atrás:

- ☞ Antes que cualquier otra cosa, que los médicos hubieran pedido la autorización a los padres de José Alberto para prescindir de los medios artificiales que le impedían al menor morir totalmente; y sumamente importante,
- ☞ Que el padre, la madre o ambos, hubiesen estado presentes en el momento del retiro de los medios artificiales con los que contaba su hijo, para asegurarse que la negativa contundente del primero de ellos de donar los órganos de su hijo, fuese respetada, al confirmar el cese de todas las funciones de los órganos de su hijo y que los mismos no pudiesen ser extraídos de su cuerpo, o de lo contrario, al ser extraídos, estos no pudiesen ser viables para el trasplante.

En efecto, y con la finalidad de evitar una situación similar a la hipótesis que planteé Con base en la nota periodística que expuse en este inciso, propongo que en la Ley General de Salud vigente, en el Artículo 345, o en uno posterior, se establezca que *para realizar el retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, no bastará con que exista la*

autorización de las personas mencionadas en el texto del Artículo 345, sino que, además, deberá estar presente en el momento de dicho retiro, la o las personas que dieron la autorización para que dicho retiro se lleve a cabo.

- d) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es inexacto, en cuanto no precisa un procedimiento específico y perfectamente delimitado a través del cual se llevará a cabo el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.**

El artículo 345 de la Ley General de Salud vigente dice que no existirá *impedimento alguno* para prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, para que éste muera totalmente. Es decir, que la premisa, según el artículo en estudio, es la siguiente: si existe la autorización y/o la solicitud de las personas que marca el artículo en estudio para que se retiren del paciente con muerte cerebral comprobada los medios artificiales que le impiden morir completamente, sólo se procede al retiro de dichos medios artificiales, sin demora... Y ¿qué más? ¿No es necesario saber cómo deberá prescindirse de ellos? Y lo que es más, ¿no es necesario que esto se plasme en la Ley General de Salud o en alguna disposición sanitaria reglamentaria?

Es un hecho que en ninguna parte de la Ley General de Salud vigente, así como tampoco en alguna parte de la legislación

complementaria y/o supletoria, existen disposiciones expresas que muestren la forma específica de cómo debe llevarse a cabo el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, y que establezcan las formalidades que deben ser cumplidas para ello.

Tal y como ocurrió con el tema del inciso b), le manifesté también al Director del Registro Nacional de Trasplantes mi inquietud por obtener información respecto al tema tratado en el presente inciso. Así pues, le pregunté en mi carta con fecha de recepción 06 de mayo de 2002, qué criterios o procedimientos se siguen en México para decidir desconectar a un paciente con muerte cerebral de un respirador artificial; qué documentos, formas o certificados son los que se deben de llenar o formalizar para desconectarlo, y en qué Ley, Reglamento, Política Interna, Guía Médica, etc, se encuentran descritos tales criterios, procedimientos, documentos, formas o certificados¹¹². A lo anterior, en su Oficio número SIC/DG/CENATRA/30/2002, de fecha 17 de mayo de 2002, nuevamente el Director del Centro de referencia se concretó a mencionar que:

"No existe un trámite oficial por parte del Centro Nacional de Trasplantes por medio del cual se solicite que se prescinda de los medios artificiales que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada, se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el Artículo 343 de la Ley General de Salud."¹¹³

¹¹² Vid., ANEXOS, A) CARTA AL DIRECTOR DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES, (Recibida el 06/05/2002), págs. 225 y 226.

¹¹³ *Ibidem*, B) OFICIO SIC/DG/CENATRA/30/2002 (De fecha 17/05/2002), pág. 228

Con lo anterior, se puede apreciar la falta de regulación en la legislación sanitaria actual de un procedimiento para llevar a cabo el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.

El carecer de procedimientos específicos para llevar a cabo una acción, ya sea en Derecho o en cualquiera otra rama del conocimiento, siempre acarrea problemas, independientemente si estos son graves o no. El que se carezca de un procedimiento para llevar a cabo el retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada no es la excepción. La problemática que en la práctica puede conllevar tal situación salta a la vista, (o por lo menos así debiera ser, o debió haber sido para los legisladores que aprobaron la redacción y entrada en vigor del Artículo en estudio, para no dejarlo como actualmente se encuentra en la Ley General de Salud: solitario y sin soporte y/o complementación alguna de la legislación sanitaria vigente respecto al punto en comento. Lo anterior, reitero, es una crítica sana al legislador).

Por principio de cuentas, el procedimiento de determinación de muerte cerebral por parte del personal médico que está a cargo del caso de que se trate, no se encuentra perfectamente delimitado. Es cierto que el Artículo 344 de la Ley General de Salud vigente refiere que los signos mencionados en las primeras Fracciones I, II y III de dicho Artículo, (es decir, los signos que muestran que un paciente tiene muerte cerebral), se corroborarán

y que ello se hará a través de determinadas pruebas.¹¹⁴ Sin embargo, no se menciona en dicha Ley o en algún otro ordenamiento sanitario, qué personas realizarán dichas pruebas ni en qué documentos deben estar plasmadas éstas. Refiero lo anterior ya que, a mi criterio, no debería solo mencionarse en la Ley que los signos mencionados se corroborarán y que ello se hará a través de determinadas pruebas, sino que, además, y primeramente, debería mencionarse que *dichas pruebas se harán por un equipo médico especializado, constituido, por lo menos, de un neurólogo o neurocirujano, y el médico tratante, si lo hubiere, o en ausencia de éste último, por dos neurólogos o neurocirujanos*¹¹⁵; y en segundo lugar, que *los resultados de dichas pruebas se asentarán en un documento específico para ello, mismo que, necesariamente, deberá ser mostrado a las personas que, en un momento dado, soliciten o autoricen el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.*

Todo lo anterior tiene como finalidad que, por un lado, exista la certeza, tanto para los médicos como para las personas

¹¹⁴ Tales pruebas, según el texto del Artículo en comento, consisten en: angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral, en dos ocasiones diferentes y con espacio de cinco horas.

LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Artículo 344, (vigente al año 2004), resumido por un servidor.

¹¹⁵ Esta propuesta toma su forma a partir de lo que, al respecto, plasman diversas legislaciones latinoamericanas, entre las que destacan:

- ☛ La Ley número 1716 de Bolivia, denominada *Ley de Donación y Trasplante de Órganos, Células y Tejidos del 5 de noviembre de 1996*, la cual, en su artículo 11, dispone que: "El parámetro que habilita la disposición de los órganos de cadáveres será la muerte cerebral diagnosticada por un equipo médico especializado constituido al menos por un neurólogo o neurocirujano y el médico tratante, si hubiere." <http://www.cajpe.org.pe/RD/bases/legisla/bolivia/1716.HTM>; y
- ☛ La *Ley de Trasplante de Órganos y Material Anatómico Humano* creada por el Instituto Nacional Ventral Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) de Argentina, y la que a su vez dispone, en su Artículo 24° que: "[...] la certificación del fallecimiento [...]" –refiriéndose a la muerte cerebral– "[...] deberá ser suscrita por dos (2) médicos, entre los que figurará por lo menos un neurólogo o neurocirujano." <http://www.latinosalud.com/articulos/00522.asp?ap=2>

solicitantes y/o cualquier otra autoridad sanitaria ó pública, de que el paciente de que se trate realmente tiene muerte cerebral y no otro estado de la conciencia, ya que de lo contrario, si se determina que el paciente tiene muerte cerebral comprobada, cuando en realidad es otro estado de la conciencia, el retirar los medios artificiales con los que cuenta dicho paciente podría llevar a cometer un acto de negligencia o cualquiera otro que amerite ser sancionado; y por otro lado, que se despeje toda duda acerca de un posible manejo indebido de los resultados de las pruebas mencionadas con la finalidad de satisfacer otros intereses de cualquier índole.

Anteriormente a la publicación de la Reforma de la Ley General de Salud el 26 de mayo de 2000, ésta última enunciaba en el postrimero párrafo de su Artículo 318 que la certificación de muerte respectiva sería expedida por dos profesionales distintos de los que integrarían el cuerpo técnico que intervendría en un trasplante de órganos, sin decir nada más al respecto. Como podemos ver, mencionaba que serían *dos* los profesionales¹¹⁶, quienes expedirían la certificación de muerte respectiva¹¹⁷, y además, tácitamente mencionaba que dicha expedición se haría con base en la previa certificación de la pérdida de la vida, misma que, a su vez, se haría comprobando los signos de muerte que en ese entonces plasmaba el artículo 317, o comprobando la

¹¹⁶ Profesionales *médicos*: quiero suponer que eso intentaba referir la anterior Ley General de Salud, ya que no lo plasmaba expresamente así en el texto del Artículo 318 al que hago referencia.

¹¹⁷ Nuevamente, supongo que la anterior Ley General de Salud se refería, al mencionar la frase certificación de muerte *respectiva*, a los dos los certificados de muerte que podían, (y que hasta la actualidad pueden), expedir los profesionales a los que hacía alusión el Artículo 318: el certificado de defunción y el certificado de muerte fetal. Y supongo que a ellos se refería, ya que tampoco los contemplaba de manera expresa el texto del Artículo 318.

persistencia, por seis horas, de los signos de muerte a que se referían las fracciones I, II, III, y IV, de dicho Artículo y las circunstancias plasmadas en el propio Artículo 318.¹¹⁸ No obstante lo anterior, y a pesar de que, como lo he referido, la Ley General de Salud de ese entonces mencionaba que serían esos dos profesionales quienes *expedirían el certificado de muerte respectivo* de la forma como ya lo he señalado, no mencionaba, sin embargo, que serían *dos médicos especializados*, es decir, *dos neurólogos o neurocirujanos*, quienes comprobarían la persistencia por seis horas de los signos de muerte a que se referían las fracciones I, II, III, y IV, del Artículo 317 y las circunstancias plasmadas en las Fracciones I y II del Artículo 318, y quienes, a su vez, expedirían la certificación de muerte respectiva en tal caso; así mismo, la anterior Ley dejó de mencionar que debería plasmarse en un documento específico los resultados de la comprobación de los signos de muerte y circunstancias mencionadas líneas arriba.

¹¹⁸ “Artículo 317.- Para la certificación de la pérdida de la vida, deberá comprobarse previamente la existencia de los siguientes signos de muerte:

- I. La ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. La ausencia permanente de respiración espontánea;
- III. La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos;
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares;
- V. La atonía de todos los músculos;
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal;
- VII. El paro cardíaco irreversible; y
- VIII. Las demás que establezca el reglamento correspondiente.”

LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Artículo 317, (vigente hasta el 25 de mayo del año 2000).

“Artículo 318.- La disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, podrá realizarse de cadáveres en los que se haya certificado la pérdida de la vida en los términos del artículo 317 o de aquellos que se compruebe la persistencia por seis horas de los signos a que se refieren las fracciones I, II, III, y IV del mismo artículo, y además las siguientes circunstancias:

- I. Electroencefalograma isoelectrónico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado, y
- II. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, o hipotermia.

Si antes de ese término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida y se expedirá el certificado correspondiente.

La certificación de muerte respectiva será expedida por dos profesionales distintos de los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante.”

LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Artículo 318, (vigente hasta el 25 de mayo del año 2000).

Es de suponerse que con la reforma a la Ley General de Salud, tales propuestas serían consideradas. Pero en vez de ello, no sólo no se consideraron, sino que, actualmente, la comprobación de la pérdida de la vida la hace un solo médico, en los términos que se precisan en el Título Décimo Cuarto de la Ley General de Salud vigente, por antonomasia, en los términos del Artículo 344, sin que se señale que el mismo debe ser un neurólogo o un neurocirujano; que deben ser dos y no solo uno; que los resultados de dichas pruebas se asentarán en un documento específico para ello; y que, necesariamente, dicho documento deberá ser mostrado y explicado a las personas que, en un momento dado, soliciten o autoricen el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral.¹¹⁹

Por otra parte, el documento que propongo para que actualmente se asienten los resultados de las pruebas para corroborar la muerte cerebral, es, ni más ni menos, el expediente clínico.¹²⁰ Actualmente, la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, habla acerca del expediente clínico.¹²¹ Su finalidad primordial es la regulación del contenido de dicho expediente y, en

¹¹⁹ La omisión de tales apreciaciones puede observarse en el texto actual de la Fracción I del Artículo 334 de la Ley General de Salud Vigente, que a la letra dice:

“Artículo 334. Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:

I. Comprobar, previamente a la extracción de los órganos y tejidos, y por un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la obtención de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante, en los términos que se precisan en este Título.”

LEY GENERAL DE SALUD, *Op. cit.*, Artículo 334, Fracción I, (vigente al año 2004).

¹²⁰ De igual manera, esta propuesta toma su forma a partir de lo que, al respecto, plasman diversas legislaciones latinoamericanas, entre las que destacan: la *Ley 14.005 de Uruguay (Trasplante de órganos y tejidos)*, de fecha 17 de agosto de 1971, la cual, en el párrafo 3ro. de su artículo 7mo., dispone que:

“[...] el médico que realice el diagnóstico de muerte cerebral deberá dejar documentada en la historia clínica la hora en que comprueba ese fallecimiento, sus causas y las pruebas en que funda la respectiva conclusión.”

<http://www.sitiomedico.com.uy/artmac/2001/04/14.htm>

¹²¹ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 30 de septiembre de 1999, (Vigente al año 2004).

general, de todo lo que concierne al mismo. Como breviarío, la propia norma, en su punto 4.4, define al expediente clínico como el

"[...] conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias."¹²²

Con respecto a los documentos en donde, a mi criterio, debería estar plasmado el resultado de las pruebas que refieren las fracciones correspondientes del artículo 344 de la Ley General de Salud para comprobar la muerte cerebral en un paciente, el punto número 8 de dicha Norma Oficial, intitulado *De las Notas Médicas en Hospitalización*, y más específicamente el punto 8.8 que se refiere a las *Notas de Egreso*, refiere únicamente que tales notas deberán contener como mínimo, entre otras cosas, en caso de defunción, las causas de la muerte de acuerdo al certificado de defunción, y si se solicitó y obtuvo un estudio de necropsia hospitalaria.¹²³ Como puede apreciarse, tal punto deja fuera, el caso específico de la muerte cerebral. Es por ello que pienso que dicho punto debería incluir en su texto que *en el supuesto de que la causa de la muerte del individuo sea la muerte cerebral, se deberá asentar detalladamente cada una de las pruebas que se realizaron para comprobar los signos a que se refiere el artículo 344 de la Ley General de Salud, así como que la forma y tiempo de realización de las mismas y los nombres y especialidades (neurólogo y/o neurocirujano) del personal médico especializado*

¹²² *Ibidem*, punto 4.4, (vigente al año 2004).

¹²³ *Ibidem*, punto 8.8, (vigente al año 2004), resumido por un servidor.

que llevó a cabo dichas pruebas. Y, obviamente, no solo propongo que lo anterior esté plasmado en la Norma Oficial Mexicana que estoy comentando, sino que lo mismo esté perfectamente expuesto en la Ley General de Salud, dentro del Artículo 345 o en un numeral posterior, o en un ordenamiento Reglamentario de dicha Ley.

Por último, la Norma Oficial Mexicana en comento, en su punto número 10, denominado *Otros documentos*, y más específicamente, en el punto 10.1.5, llamado *Notas de defunción y de muerte fetal*¹²⁴, debería incluir en su denominación a la muerte cerebral para quedar así: *Notas de defunción, muerte fetal y muerte cerebral*. Así mismo, y a manera de comentario, dicho punto debería ya estar actualizado, ya que todavía se puede leer su texto de la siguiente manera: "Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los Artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud [...]"¹²⁵, cuando debiera estar redactado como a continuación sugiero: *Las elaborará el personal médico especializado, según sea el tipo de nota que se trate, de conformidad a lo previsto en los Artículos 343, 344, 345 y siguientes...*, (según los artículos que hagan falta incluir con mis propuestas), ... *de la Ley General de Salud*.

Por otra parte, el artículo 345 de la Ley General de Salud vigente carece de un procedimiento específico para que las personas que en el texto de dicho Artículo se mencionan soliciten

¹²⁴ *Ibidem*, punto 10.1.5. (vigente al año 2004).

¹²⁵ *Idem*.

o den su autorización para que se prescindan de los medios artificiales que impiden morir totalmente al paciente que cuenta con muerte cerebral.

Como lo dije anteriormente, el carecer de un procedimiento específico y perfectamente bien delimitado para esto, puede acarrear multitud de problemas y, en el peor de los casos, abusos. Tan solo basta recordar el caso de José Alberto Tovar en el que se careció, no solo de un procedimiento para pedir a los padres su autorización para desconectar al menor de referencia de los medios artificiales con los que contaba debido al estado de muerte cerebral que le sobrevino, sino que se presume que la desconexión se realizó aun sin la autorización de los padres del pequeño.

Otro caso muy similar sucedió con Jesica, la jovencita a quien pudimos conocer a través de los medios masivos de comunicación, los cuales difundieron su caso de manera preponderante, dedicándole amplios espacios en la prensa escrita, así como en la televisión y la radio durante los últimos días del mes de febrero y los primeros de marzo del año 2003.

Jesica Santillán, de 17 años de edad, la adolescente mexicana cuya familia emigró en el año 2000 de manera ilegal de Tamazula, un pueblo cerca de Guadalajara, Jalisco, a los Estados Unidos de Norteamérica, para que ella recibiera un trasplante de corazón y pulmones, fue internada en el Hospital de la Universidad de Duke, Carolina del Norte, luego de esperar tres años para,

finalmente, recibir el tan ansiado trasplante el día 7 de febrero del año 2003.

La joven de 1.57 metros de estatura y de 36 kilogramos de peso, presentaba cardiomiopatía restrictiva, lo que impedía que los ventrículos del corazón se llenaran de sangre adecuadamente. La inflamación de su corazón también dañó sus pulmones, degenerando su enfermedad en una deformidad cardiopulmonar que impedía a sus pulmones bombear suficiente oxígeno a su sangre. No obstante que su tipo de sangre era el más común, por su peso, y por el trasplante poco común que necesitaba, (es decir, de corazón y pulmones al mismo tiempo), necesitaba órganos que provinieran de un niño.

No obstante los contras de la situación de Jessica, los médicos del Hospital de la Universidad de Duke estaban confiados en que todo marcharía muy bien... Pero algo desastroso ocurrió...

El corazón y los pulmones enviados por Sean Fitzpatrick, del Banco de Órganos de Boston, Nueva Inglaterra, no eran del tipo sanguíneo de Jessica. Los órganos fueron enviados 10 días antes de Boston a Duke con documentación que asentaba correctamente el tipo sanguíneo del donante, señalado como A, según dijo Fitzpatrick. No obstante ello, los médicos de Duke le notificaron a Magdalena Santillán, madre de Jessica, que los órganos correspondían adecuadamente al tipo sanguíneo de su hija, el cual era O positivo. El Hospital admitió haberse equivocado, aunque no determinaba exactamente cómo ocurrió.

El Doctor William Fulkerson, director ejecutivo de Duke, dijo que el Hospital investigaría el error y que determinaría si cabría alguna sanción disciplinaria. Mack Mahoney, amigo de la familia Santillán diría después que los médicos de Duke le mencionaron que todo se debía a un error de papeleo.

Pero el daño estaba hecho. Los anticuerpos de la sangre de Jesica trataban de destruir los órganos trasplantados a la joven, puesto que tenían un distinto tipo sanguíneo. El miércoles 19 de febrero, Jesica se encontraba en estado crítico, después de padecer un ataque cardíaco casi fatal tres días después de la operación y un ataque epiléptico el domingo 16 de febrero, según el dicho de la familia y de los amigos de la joven mexicana. Para el jueves 20 de febrero, una máquina mantenía en funcionamiento el corazón y los pulmones de Jesica, pero comenzaba a experimentar daño en los riñones.

Sin embargo, parecía que había una luz al final del camino: a la 01:00 horas de ese mismo día jueves 20 de febrero, fue hallado otro donante. Inmediatamente se programó otra operación, misma que tendría lugar a las 8:00 horas de ese día, pero la cual, sin embargo, tenía un 50 por ciento de posibilidades de éxito.

Por la tarde del 21 de febrero, durante una rueda de prensa en el Centro Médico de la Universidad de Duke, los médicos indicaron que Jesica había sido desconectada de los equipos que le ayudaban a estar con vida, ya que no los necesitaba: el segundo trasplante había resultado ser todo un éxito. No obstante,

señalaron que la joven permanecía en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría del Hospital.

En esta segunda intervención, tres médicos adicionales confirmaron la compatibilidad de los órganos que fueron trasplantados antes de iniciar la delicada operación, la cual duró más de cuatro horas. No obstante, Jesica no estaba fuera de peligro todavía. Podía aun desarrollar infecciones, insuficiencias de otros órganos y hasta parálisis, debido al uso de fármacos que suprimen el sistema de defensas, los que los médicos suelen recetar para que el cuerpo del receptor no rechace los órganos trasplantados. Así también, las complicaciones renales de Jesica continuaban. Pero la esperanza de la familia Santillán continuaba. Su madre contó a los periodistas que seguían el caso, que pudo ver a su hija horas después de la segunda operación y que la había encontrado *mejor que otros días*, a pesar de que Jesica nunca recobró la conciencia después del primer trasplante.

Pero la suerte estaba echada. La noche del viernes 21 de febrero, fuentes de salud del Hospital de Duke informaron que Jesica había sufrido daño cerebral irreversible. Un neurólogo del Hospital examinó a la joven pocas horas después del segundo trasplante y encontró lesiones severas e irreversibles. Un escaneo realizado a su cerebro mostró edemas y hemorragias cerebrales. El equipo médico señaló que el período prolongado de exposición al equipo de apoyo vital al que estuvo conectado Jesica después del primer trasplante, pudo haber causado la hemorragia cerebral,

pero que la misma no era un efecto colateral del segundo trasplante de pulmón y de corazón al que fue sometida la joven.

En 1991, hubo un exitoso caso de doble trasplante. Ocurrió en Portland, Oregon, Estados Unidos, pero en aquél caso, el paciente solo esperó cuatro días entre un trasplante y otro. En el caso de la mexicana pasaron 12 días entre el primer y segundo trasplante, mismos días en los que estuvo conectada a los medios artificiales de sostenimiento vital.

No obstante lo anterior, los médicos continuaron tratándola con medicinas y procedimientos para intentar aliviar parte de la inflamación y la presión. Se realizaron exámenes adicionales para evaluar el funcionamiento del cerebro de Jesica. Los médicos vigilaban constantemente y muy de cerca el estado neurológico de la joven mexicana. Pero debió ser puesta nuevamente bajo asistencia respiratoria y cardiaca total. 'Está tan grave como puede estar una persona. No puedo decir que alguien pueda estar más enfermo.', dijo en la mañana del 22 de febrero Duane Davis, una de los médicos que participaron en la operación del jueves 20 de febrero. No podía estar más en lo correcto.

Finalmente, la esperanza se desvaneció para Jesica Santillán. Por la tarde del sábado 22 de febrero de 2003, a las 13:25 horas, se confirmó el estado de la joven de apenas 17 años de edad: los médicos declararon la muerte cerebral de la mexicana. Después de ser sometida a electroencefalogramas y a

dos series de pruebas, se confirmó que su cerebro no registraba ninguna actividad y que no fluía sangre al mismo.

A partir de ese momento, la familia de Jessica buscó una segunda opinión y se negaba a autorizar a los médicos para que retiraran los aparatos que mantenían "con vida" a la joven. Sin embargo, y según el dicho de Kurt Dixon, abogado de la familia Santillán, los médicos le habían dicho a los padres de Jessica que no tenían derecho a una segunda opinión, después de que les habían dicho momentos antes que sí lo tenían. Fue por ello, y en atención a esa primera declaración que los médicos hicieron a los padres de la joven, que éstos insistieron en una segunda opinión, surgiendo a partir de ese momento una disputa legal sobre quién tenía derecho a desconectar a Jessica de los aparatos que la mantenían *con vida*.

Pero las cosas no fueron como la familia Santillán hubiese querido: a las 17:00 horas del mismo día 22 de febrero, mientras la familia valoraba aun pedir una segunda opinión médica, Jessica fue desconectada del equipo de vida artificial con el que contaba. Según la portavoz del Hospital de la Universidad de Duke, Amy Austell, la decisión de desconectar a Jessica Santillán fue tomada de acuerdo con la Ley del Estado de Carolina del Norte y sin protestas por parte de la familia, pero lo cierto es que los padres de la joven negaron que hayan estado de acuerdo con que la joven fuera desconectada de los aparatos mecánicos de apoyo vital.

'Los han ofendido; los han indignado, porque efectivamente el día de ayer, (sábado), el hospital decidió unilateralmente hacer la desconexión de las máquinas que le daban vida artificial a Jesica, y lo hicieron en contra de la voluntad de los padres.', explicó Armando Ortiz Rocha, cónsul de México en Raleigh, Carolina del Norte. 'El hospital actuó con gran insensibilidad al proceder de esa manera.', agregó el funcionario mexicano.

Según se sabe, la Ley del Estado de Carolina del Norte, otorga a médicos, una vez realizados varios estudios, el derecho de decidir cuándo desconectar o no a un paciente de los aparatos que lo mantienen con vida, pero el abogado de la familia Kurt Dixon, comentó que existía al menos un recurso según el cual los padres o un representante legal tienen el derecho de tomar parte en esa decisión. Aseguró que según un estatuto legal, eran los padres y no el hospital, los que tenían derecho a determinar el fin de la asistencia mecánica a Jesica.

Según diversos medios, las autoridades del Hospital de Duke informaron que la familia se había negado a donar los órganos útiles de Jesica, pero el cónsul Ortiz Rocha, después de hablar con la familia Santillán, opinó que más que negarse a ello, lo que pudo haber ocurrido es que los familiares aun no querían desconectarla, mucho menos pensar en los pasos siguientes. 'Quizás unas horas más habrían terminado de convencer a los padres de Jesica que clínicamente ya no había remedio, como era el caso, y es por ello que sigo pensando que el Hospital actuó de manera por demás insensible al decidir unilateralmente

desconectar los aparatos que mantenían a Jessica Santillán con vida.', concluyó el funcionario mexicano, quien reside en Raleigh, Carolina del Norte, Estados Unidos, mismo estado de la Unión Americana que es sede, en el condado de Durham, del Hospital de la Universidad de Duke, considerado uno de *los más prestigiosos de los Estados Unidos...*¹²⁶

Esto sucedió en los Estados Unidos de Norteamérica, pero nótese el parecido con el caso de José Alberto Tovar Herrejón, sobre todo en lo que toca a la solicitud de los órganos por parte de los médicos. De cualquier forma, y a pesar de que uno sucedió en la Unión Americana y otro en la Ciudad de México, en ambos casos, se adolece de lo mismo: no existe un procedimiento específico para que los familiares del paciente con muerte cerebral autoricen a los médicos para que éstos prescindan de los medios artificiales que le impiden al paciente morir completamente. Y como se puede apreciar, esto acarrea graves problemas tanto para los médicos como para la familia del paciente.

Ahora bien. En la actualidad, ¿la legislación sanitaria en nuestro país ayuda a evitar casos como el de Jessica o el de José Alberto?

¹²⁶ La historia del caso de Jessica Santillán que aquí expuse, fue resumida por un servidor a partir de de diversas notas periodísticas que aparecen en las siguientes páginas de Internet:
<http://www.reforma.com/nacional/articulo/271193/default.htm>, <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271192/default.htm>,
<http://www.reforma.com/nacional/articulo/271240/default.htm>, <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271651/default.htm>,
<http://www.reforma.com/nacional/articulo/271763/default.htm>, <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271852/default.htm>,
<http://www.reforma.com/nacional/articulo/271948/default.htm>, <http://www.reforma.com/nacional/articulo/272161/default.htm>,
http://www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/version_impresora.p_cel-44064&p_seccion=22,
http://www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/version_impresora.p_cel-44068&p_seccion=notas.

Un ligero acercamiento a la regulación que propongo se tiene con la ya antes referida Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente Clínico. Primeramente, en su punto 4, y a detalle, en su punto 4.2, se define a las *Cartas de consentimiento bajo información* como:

“[...] los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.”¹²⁷

Como se puede apreciar, se habla de *documentos signados por el paciente y por el representante legal del paciente*, más no se habla de las personas que menciona el texto del Artículo 345, ya que tampoco se menciona que dichos documentos tendrán la finalidad de autorizar a dos médicos especializados para que éstos prescindan de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada y que evitan que en el mismo se presenten los demás signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de la Ley General de Salud.

Por lo tanto, y por su importancia, propongo que se agregue una definición más, separadamente de la que acabo de comentar, a la Norma Oficial Mexicana en análisis, y que será la que explique qué son las *Cartas de solicitud y/o autorización bajo*

¹²⁷ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, *Op. Cit.* Punto 4.2, (vigente al año 2004).

información, para que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada mismas que se definirán como los documentos escritos, signados por una de las personas mencionadas en el Artículo 345 de la Ley General de Salud, mediante las cuales se solicite y/o autorice a dos médicos especializados, y bajo la debida información de estos hacia los signatarios del documento, para que se prescindan de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada, se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de dicha Ley. Estas cartas se sujetarán al procedimiento que para ello marque esta Norma Oficial Mexicana y la propia Ley General de Salud y las disposiciones reglamentarias correspondientes, serán revocables mientras no inicie el acto para el cual se signen y no permitirán a los médicos realizar u omitir realizar cualquier otra acción que no sea la que se le solicitó o esta autorizado a llevar a cabo mediante las cartas que aquí se definen.

Por otra parte, con respecto a este tema, la Norma Oficial Mexicana en comento, nuevamente en su punto número 10, "Otros documentos" pero ahora en el punto 10.1.1, *Cartas de consentimiento bajo información*, y específicamente, en el punto 10.1.1.2 *Los eventos mínimos que requieren de carta consentimiento bajo información*, no se incluye el prescindir de los medios artificiales de sostenimiento vital del paciente con muerte cerebral comprobada.¹²⁸ Es cierto que el punto 10.1.1.3 de la Norma Oficial Mexicana en mención, dice que: "El personal de

¹²⁸ *Ibidem*, Punto 10.1.1.2, (vigente al año 2004).

salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas...”¹²⁹ y que en el punto 10.1.1.2 dice, “[...] cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.”¹³⁰, pero no me gustaría que el documento mediante el cual se solicite o autorice el retiro de los medios artificiales de sostenimiento vital del paciente con muerte cerebral comprobada caiga en la generalidad de este punto, perdiéndose nuevamente el objetivo, y que es tener un procedimiento perfectamente delimitado, llevado a cabo a través de documentos, (formatos impresos), igualmente delimitados, especificados y puntualizados en el o los ordenamientos legales correspondientes, (como puede ser la Norma Oficial Mexicana que habla sobre el expediente clínico, la Ley General de Salud o el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica). Todo ello evitaría el caer en ambigüedades o en alguna omisión que después pueda resultar perjudicial, tanto para la familia del paciente como para los propios médicos.

Por lo tanto, propongo que, por lo que respecta a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, se incluya en un punto aparte los requisitos que deberán contener las *Cartas de solicitud y/o autorización bajo información, para que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada*, mismos que serán, (siguiendo el modelo

¹²⁹ *Ibidem*, Punto 10.1.1.3, (vigente al año 2004).

¹³⁰ *Ibidem*, Punto 10.1.1.2, (vigente al año 2004).

que se maneja para las Cartas de Consentimiento bajo información), los siguientes:

- ☞ Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento hospitalario, en su caso;
- ☞ Nombre, razón o denominación social del establecimiento hospitalario;
- ☞ Título del documento, (en este caso *Carta de solicitud y/o autorización bajo información, para que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada*);
- ☞ Lugar y fecha en la que se emite;
- ☞ Acto autorizado: en este caso, se asentará que la persona que solicita y/o autoriza el retiro de los medios artificiales, firma el presente documento, ya que:
 - Previamente tuvo conocimiento:
 - ❖ De que el estado del paciente es muerte cerebral y de lo que significa dicho estado;
 - ❖ Que le realizaron al paciente pruebas para comprobar que tiene muerte cerebral;
 - ❖ Que dichas pruebas fueron realizadas por dos médicos especialistas en neurología y/o neurocirugía;
 - ❖ Que las pruebas fueron realizadas conforme lo establece el Artículo 344 de la Ley General de Salud; y
 - ❖ Que dichas pruebas le fueron mostradas y explicadas sin lugar a dudas por el personal médico especializado que las realizó;

- Fue enterada de la irreversibilidad del estado de muerte cerebral que tiene el paciente, de la futilidad de que dicho paciente permanezca conectado a los medios artificiales con que cuenta al momento de la firma del documento y que el objetivo del documento es permitir que en el paciente se presenten los demás signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de la Ley General de Salud; y
- Fue debidamente enterada y sin lugar a dudas de los pasos a seguir en el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, de todos los medios que se retirarán, y de las contingencias y reacciones que posiblemente puede tener el paciente al momento de ser desconectado de los medios artificiales con los que cuenta y de que dichas reacciones no indican que el paciente sienta dolor o que no tenga muerte cerebral;
- Autorización para que el personal capacitado para ello, prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, y solo para dicha acción;
- Autorización para que el personal médico capacitado para ello, prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada de la mejor manera para el paciente, atendiendo al principio de libertad prescriptiva aplicable al caso en concreto;
- Señalamiento de que el personal médico capacitado para ello se constreñirá a solo prescindir de los medios

artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, sin realizar u omitir realizar cualquier otra acción que no sea la que se le solicitó o esta autorizado a llevar a cabo;

- ☞ Señalamiento de que la persona que solicita y/o autoriza se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada esta de acuerdo en que si revoca el presente documento en cualquier momento antes de que se prescinda de dichos medios, se responsabilizará de las consecuencias tanto físicas como económicas que su revocación ocasionen, tanto para el paciente como para la institución hospitalaria eximiendo de toda responsabilidad a los médicos y a la institución hospitalaria por su decisión; y
- ☞ Nombre completo y firma de las personas que intervinieron en el documento: es decir, el solicitante, el médico encargado del caso, los médicos que realizaron las pruebas, los médicos especialistas que prescindirán de los medios artificiales, y dos testigos.

Quiero hacer notar también lo que refieren los Artículos 80, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, con respecto a este tema de la carencia de un procedimiento específico y delimitado para solicitar o autorizar el retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada. Para ello, transcribo a continuación los Artículos de referencia:

“Artículo 80. En todo hospital, y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después, la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.”¹³¹

“Artículo 81. En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que lo acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.”¹³²

“Artículo 82. El documento en el que conste la autorización a que se refieren los artículos 80 y 81 de este Reglamento, deberá contener:

- I. Nombre de la Institución a la que pertenezca el hospital;
- II. Nombre, razón o denominación social del hospital;
- III. Título del documento;

¹³¹ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 14 de mayo de 1986, Artículo 80, (vigente al año 2004).

¹³² *Ibidem*, Artículo 81, (vigente al año 2004).

IV. Lugar y fecha;

V. Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización; y

VI. Nombre y firma de los testigos.

El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.¹³³

Se puede decir que los Artículos transcritos líneas arriba dejan entrever un posible procedimiento para llevar a cabo el retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, pero no es así. Como se puede observar, el Artículo 80 refiere un documento que deberá recabársele al paciente, ya que tácitamente señala que dicho documento será una autorización escrita y firmada por éste, lo que no podrá hacer el paciente cuando tenga muerte cerebral comprobada. Sin embargo, si aún así piensa el Honorable Jurado que este artículo aun puede ser aplicado a un documento que autorice el retiro de los medios artificiales con los que cuenta tal paciente, basándose en lo que menciona el artículo 81, que cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, como lo es el estado de muerte cerebral, el documento a que se refiere el artículo 80 del Reglamento será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que acompañe al paciente, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización, tengo una noticia: el documento que señalan los Artículos en comento se trata solamente *de una autorización inicial al momento del ingreso del paciente al hospital*; y para el argumento de que desde su ingreso al hospital, el paciente puede

¹³³ *Ibidem*, Artículo 82. (vigente al año 2004).

ya contar con muerte cerebral, y que por ello puedan firmar el documento sus familiares, tutor o representante legal que le acompañen, para que desde ese momento se autorice el retiro de los medios artificiales del paciente, tengo una noticia más: el documento en análisis es una autorización escrita y firmada *solo para practicarle al paciente, con fines de diagnóstico y terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate*, lo que en el caso del retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, es precisamente lo que se intenta evitar: que se continúe cualquier procedimiento médico o quirúrgico con fines terapéuticos o de diagnóstico que no le permitan morir completamente.

Lo anterior se corrobora, primeramente, con el segundo párrafo del Artículo 80 que menciona que dicha autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después, la correspondiente autorización a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente. Es por esto que el documento del que se habla en los Artículos en mención no es un documento que se pueda aplicar para el caso de prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente tiene muerte cerebral, ya que, en tal caso, no será necesario recabar posteriores autorizaciones, ya que al contar el paciente con muerte cerebral comprobada, no hay necesidad de posteriores procedimientos, mucho menos de alguno que entrañe un alto riesgo para el paciente.

Así mismo, también se corrobora con el segundo párrafo del Artículo 81, que el documento del que hablan los artículos en análisis no es aplicable para retirar los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, sino que se trata de un documento para autorizar procedimientos con fines terapéuticos y de diagnóstico, ya que dicho párrafo señala que a falta de la autorización escrita y firmada del paciente o de los familiares, tutor o representante legal, serán los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, quienes llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Con lo expuesto en párrafos anteriores, propongo que sea también en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en donde se incluya, en uno o más Artículos "bis" posteriores a los transcritos anteriormente, lo referente a las Cartas de Solicitud y/o Autorización Bajo Información, para que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, con un texto que pueda ser más o menos el siguiente:

En todo hospital, y con motivo de la comprobación en el paciente del estado de muerte cerebral, los médicos especialistas que comprobaron dicho estado en el paciente, podrán recabar de las personas que se mencionan en el Artículo 345 de la Ley General de Salud, la autorización escrita y firmada por parte de éstas con la finalidad única y exclusiva de prescindir de los medios

artificiales que evitan que en dicho paciente se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de dicha Ley, satisfaciendo previamente las formalidades señaladas en el Artículo X de la misma.

La revocación del documento referido anteriormente por parte de la persona que lo firma, en cualquier momento antes de que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, será responsabilidad de dicha persona, así como también será su responsabilidad las consecuencias tanto físicas como económicas que su revocación ocasionen, tanto para el paciente como para la institución hospitalaria. Dicha revocación exime de toda responsabilidad por dichas consecuencias a los médicos y a la institución hospitalaria de que se trate.

Con respecto a qué deberá estar plasmado en el Reglamento llegado el caso en que falten las personas que se mencionan en el Artículo 345 de la Ley General de Salud para que firmen la Carta de Solicitud y/o Autorización Bajo Información, para que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, me reservo mi comentario, ya que, como se verá en un inciso posterior, el procedimiento a seguir en tal caso requiere de un previo estudio, por demás minucioso y profundo.

Por último, los requisitos que debe contener la Carta de Solicitud y/o Autorización Bajo Información, para que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con

muerte cerebral comprobada, y que se deben plasmar en el Reglamento que comento, serán los mismos que los que aparecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, *Del expediente clínico*, que mencioné páginas atrás. Así también, este documento deberá ser impreso en el formato que para tal efecto determine la Secretaría de Salud con estricto apego a las disposiciones Reglamentarias y a las Normas Oficiales Mexicanas que para el caso estén vigentes al momento de la firma del mismo, debiendo contar con original para el solicitante y copia para todos y cada uno de los que intervengan en su firma, para el expediente clínico del paciente, y para la institución hospitalaria en donde fue atendido éste.

Por último, es preciso hacer notar algo que aparece en el texto del Segundo Párrafo del Artículo 324 de la Ley General de Salud vigente, y que a la letra dice:

“El escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o público, y deberá estar firmado por éste, o bien, *la negativa expresa podrá constar en alguno de los documentos públicos que para este propósito determine la Secretaría de Salud en coordinación con otras autoridades competentes.*”¹³⁴

Esto que acabo de transcribir, obviamente corresponde al procedimiento para donar o no donar órganos, tema que no es el que nos ocupa precisamente en este trabajo. Pero lo que sí quiero hacer patente con esta transcripción, así como con lo que he puesto a revisión tanto en la Norma Oficial Mexicana que habla del Expediente Clínico, como en el Reglamento de la Ley General de

¹³⁴ LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Artículo 324. (vigente al año 2004). (Nota: las cursivas son de un servidor).

Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica es lo siguiente: ¿por qué si existen documentos, formatos establecidos y procedimientos para donar órganos o para autorizar realizar tratamientos con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios, plasmados en los diferentes ordenamientos de carácter sanitario, nuestros legisladores no consideraron el incluir en dichos ordenamientos un procedimiento específico que incluyera documentos y formatos perfectamente delimitados para realizar la adistanasia en estricto sentido que enuncia el Artículo 345 de la Ley General de Salud?

Con todas las consideraciones que he expuesto, con el estudio y análisis de las diversas disposiciones que se han transcrito y viendo la problemática real, no especulativa, de lo que puede ocurrir si se carece de un procedimiento claro y preciso para retirar los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, no debería existir ningún impedimento para que tal procedimiento estuviese redactado en nuestra legislación sanitaria vigente. En mi opinión, el que los legisladores hayan pasado por alto todas estas consideraciones y que no hayan trabajado en un procedimiento que acompañase al texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud, solo puede reflejar el carácter deshumanizante con el que dieron luz verde a la entrada en vigor del Artículo materia de la presente investigación. Nuevamente, no es sino mi opinión al respecto y de ninguna manera otra cosa que una crítica sana al legislador.

No quisiera concluir este inciso sin mostrar un breve esbozo de lo que puede ser el procedimiento del cual tanto he dicho carece el Artículo 345 y que propongo se incluya en la Ley General de Salud. Para ello se debe, inclusive, tomar en cuenta lo plasmado en los dos incisos anteriores, ya que sus conceptos y consideraciones forman parte integrante del procedimiento que estoy refiriendo.

Así pues, el procedimiento puede quedar redactado en la Ley, más o menos de la siguiente manera:

Artículo X, (el que corresponda). En el caso de que las personas mencionadas en el Artículo 345 de esta Ley soliciten o autoricen que se prescindan de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada al que se refiere ese mismo Artículo, se deberá estar a lo siguiente:

I. Primeramente, el médico encargado directamente del caso, explicará detalladamente a la persona que solicita o autoriza el retiro de los medios artificiales, y de tal forma que no quede lugar a dudas:

- A) Que el estado del paciente es muerte cerebral y lo que significa dicho estado;*
- B) Que le realizaron al paciente pruebas para comprobar que tiene muerte cerebral;*
- C) Que dichas pruebas fueron realizadas por dos médicos especialistas en neurología y/o neurocirugía; y*
- D) Que las pruebas fueron realizadas conforme lo establece el Artículo 344 de la Ley General de Salud;*

II. A continuación, el médico encargado del caso mostrará físicamente a la persona que solicita o autoriza el retiro de los medios artificiales, los documentos en los que se asentaron los resultados de las pruebas que permitieron comprobar el estado de muerte cerebral del paciente, y explicará dichas pruebas y resultados hasta que no haya dudas por parte de dicha persona, para lo cual deberá auxiliarse del personal médico especializado que las realizó, si el caso lo amerita, personal que, en cualquier caso, necesariamente deberá estar presente al momento de la explicación;

III. Acto seguido, el médico encargado del caso enterará a la persona que solicita o autoriza el retiro de los medios artificiales, que el estado de muerte cerebral comprobada que sufre el paciente es irreversible, y le explicará exhaustivamente la futilidad de que dicho paciente permanezca conectado a los medios artificiales con que cuenta en ese momento, así como que el objetivo de prescindir de dicho medios es permitir que en el paciente se presenten los demás signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de la Ley General de Salud;

IV. A continuación, el médico encargado del caso explicará a la persona que solicita o autoriza el retiro de los medios artificiales, hasta que no haya dudas por parte de ésta, los pasos a seguir en el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, cuáles son los medios que se retirarán, y las contingencias y reacciones que posiblemente puede tener el paciente al momento de ser desconectado de los medios artificiales con los que cuenta, así como que dichas

reacciones no indican que el paciente sienta dolor o que no tenga muerte cerebral;

V. Una vez que la persona que solicita o autoriza el retiro de los medios artificiales esté conforme con lo señalado en las Fracciones anteriores, el médico encargado del caso mostrará el documento mediante el cual se formalizará la solicitud o autorización para prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, para que el mismo sea leído y firmado por dicha persona y por las demás señaladas en el propio formato;

VI. El documento mediante el cual se formalice la solicitud o autorización para prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, es de carácter público y necesariamente deberá estar impreso en el formato que para tal efecto determine la Secretaría de Salud con estricto apego a las disposiciones Reglamentarias y a las Normas Oficiales Mexicanas que para el caso estén vigentes al momento de la firma del mismo;

VII. En todo momento, y hasta el momento previo al retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, a solicitud de la persona que solicita o autoriza dicho retiro, el médico encargado del caso está obligado a explicar y disipar cualquier duda que dicha persona tenga acerca del documento que formaliza la solicitud o autorización mencionada, aún y cuando el mismo ya haya sido firmado. En ese entendido, el médico está obligado a explicar a la persona que solicita o autoriza el retiro de medios artificiales, las consecuencias físicas para el paciente, y económicas tanto para los familiares o

personas encargadas del paciente, como para la institución hospitalaria en la que éste se encuentra internado, que la revocación del documento tendrá, y que será responsabilidad de dicha persona y no de la institución hospitalaria el que se den tales consecuencias con motivo de su decisión de revocar el documento;

VIII. Si después de las explicaciones a las que se refiere la Fracción anterior, y antes de que se retiren los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, la persona que solicita o autoriza dicho retiro decide revocar el documento que formaliza la solicitud o autorización mencionada, previa la formalización de la aceptación que dicha persona haya hecho de la responsabilidad por las consecuencias que se presenten con motivo de tal decisión, no se podrá bajo ningún motivo prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada;

IX. En cualquier caso, la revocación a la que se refiere la Fracción anterior podrá ser hecha por cualquiera de las formas de expresión de la voluntad, y solamente después de que el documento haya sido firmado y nunca antes. Así mismo, la formalización de la aceptación de la responsabilidad por las consecuencias que la revocación del documento pueda ocasionar, necesariamente deberá estar incluida en el formato de dicho documento;

X. Hechas las explicaciones a que se refiere la Fracción VII de este Artículo, y una vez firmado el documento que formaliza la solicitud o autorización para prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada,

por todas y cada una de las personas que el formato exige, sin que medie revocación de dicho documento, ante la presencia de las personas que firmaron el documento, el personal capacitado en el retiro de medios artificiales de pacientes con muerte cerebral comprobada procederá al retiro de dichos medios, debiendo permanecer dicho personal, junto con las personas que firmaron el documento, en el lugar en donde se encuentra el paciente hasta que se presenten los signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de esta Ley y los mismos sean comprobados mediante las pruebas correspondientes;

XI. No obstante lo señalado en la Fracción anterior, y a su petición y ruego, podrá ser directamente la persona quien solicitó y/o autorizó que se prescindan los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada quien retire dicho medios, siempre y cuando esto se haga bajo la estricta supervisión del personal médico capacitado en el retiro de los medios artificiales de pacientes con muerte cerebral comprobada, personal que deberá permanecer, junto con las personas que firmaron el documento que formaliza la solicitud o la autorización mencionada, en el lugar en donde se encuentra el paciente hasta que se presenten los signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de esta Ley y los mismos sean comprobados mediante las pruebas correspondientes;

XII. Una vez que se presenten los signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de esta Ley, los mismos deberán ser comprobados por el personal médico especializado, y los resultados de las pruebas que se realicen para realizar dicha comprobación deberán asentarse en el documento

correspondiente, mismo que se mostrará y se explicará a la persona que solicitó o autorizó el retiro de los medios artificiales con los que contaba el paciente con muerte cerebral hasta que no haya dudas por parte de ésta al respecto;

XIII. El documento en donde se asienten los resultados de las pruebas referidas, deberá contener un apartado en el que se especifique que los órganos de la persona a la que se realizan las pruebas no podrán ser ya utilizados para trasplante;

XIV. Una vez hecho lo que refiere la Fracción XII del presente Artículo, el documento donde se asienten los resultados mencionados, deberá ser firmado, además de por las personas que realizaron las pruebas, por las personas que firmaron el documento que formalizó la solicitud o autorización del retiro de los medios artificiales con los que contaba el paciente con muerte cerebral, debiendo contar con original para el solicitante y copia para todos y cada uno de los que intervengan en su firma, para el expediente clínico del paciente y para la institución hospitalaria en donde fue atendido el paciente;

XV. Concluido lo anterior, se expedirá los certificados correspondientes de acuerdo a lo establecido en las disposiciones Reglamentarias y Normas Oficiales Mexicanas que para el caso estén vigentes al momento de la firma del mismo. Al Certificado de Muerte Cerebral se anexarán:

A) El documento en el que se asentaron los resultados de las pruebas a que se refiere el Artículo 344 de esta Ley;

B) El documento mediante el cual se formalizó la solicitud o autorización para prescindir de los medios artificiales con los que contaba el paciente con muerte cerebral comprobada; y

C) El documento en el que se asentaron los resultados de las pruebas a que se refiere la Fracción XII del presente Artículo.

Artículo X, (el que corresponda). El procedimiento que se detalla en el Artículo anterior, deberá llevarse a cabo en su totalidad cuando se presente el caso que se menciona en el Artículo 345 de esta Ley, tal y como en dicho Artículo se menciona, sin que bajo circunstancia alguna se deje de cumplir con esta condición, misma que deberá ser informada a la persona que solicita o autoriza que se prescindan los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral antes de llevar a cabo el procedimiento mencionado.

Artículo X, (el que corresponda). El procedimiento que se detalla en el Artículo X, solo aplica en su totalidad en el caso de que el paciente con muerte cerebral comprobada no sea un donador orgánico o multiorgánico. En caso de serlo, el procedimiento solo se llevará a cabo hasta la Fracción II del Artículo en cita, hecho lo cual, el personal médico referido en esas dos primeras Fracciones, explicará a la persona que solicitó el retiro de los medios artificiales, la utilidad de que el paciente con muerte cerebral permanezca con los medios artificiales hasta la obtención de los órganos que el mismo donará, señalándole, necesariamente, cuáles serán los medios con los que permanecerá el paciente y cuáles se retirarán, y la circunstancia de que dichos medios se retirarán por completo una vez obtenidos los órganos del paciente. El procedimiento posterior, así como la documentación que se haga del procedimiento señalado en el

presente Artículo, se llevarán a cabo de acuerdo a los dispuesto en las leyes, reglamentos y normas técnicas que sobre donación, disposición y trasplante de órganos y tejidos estén vigentes al momento de efectuarse lo plasmado en este Artículo.

Con este último Artículo que propongo incluir en la Ley General de Salud, ciertamente se aborda la situación que puede presentarse si el paciente con muerte cerebral comprobada es un donador orgánico o multiorgánico, pero es necesario remarcar de nueva cuenta que el presente trabajo no se ocupa de la profundización y el tratamiento exhaustivo del tema de donación, disposición y trasplante de órganos, por lo que hago hincapié en que tanto en la presente investigación como en el articulado que propongo se incluya en dicha Ley, tal tema y el mío, la adistanasia en estricto sentido que refiere el Artículo 345 y el procedimiento para llevarla a cabo, deben tratarse por cuerdas separadas, sin que por ello deje de exponer las vinculaciones que entre ambos temas existen, vinculaciones que a lo largo del presente trabajo, he tratado de señalar de manera explícita pero sin entrar en mayores detalles, dejando el paso así a nuevas investigaciones y trabajos al respecto.

El panorama que muestra el Artículo 345 que vengo analizando en este Capítulo, tanto en su redacción actual, como con las consideraciones que he vertido a lo largo de estos incisos, no es muy bueno considerando las carencias que tiene su entorno legal. Algo que muestra claramente el último inciso que traté, es que, necesariamente, la falta de un procedimiento para realizar la

adistanasia en estricto sentido, conlleva a otras circunstancias las cuales tampoco fueron previstas por el legislador al aprobar la entrada en vigor del Artículo en estudio, y que hacen que el mismo sea todavía más superficial, inexacto e incompleto. Veamos por qué digo esto.

- e) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es superficial ya que, siendo un caso específico de muerte el que trata en su texto, no cuenta con un certificado propio.**

Es un hecho: la muerte cerebral, como se ha visto a lo largo del presente trabajo, tiene una situación especial. Tan es así, que se le ha dedicado un artículo en específico, el 345 de la Ley General de Salud que analizo en el presente Capítulo, el cual contempla las implicaciones que concurren al momento de presentarse tal estado, como lo es establecimiento de los medios artificiales con el que se mantienen las demás funciones del paciente y el retiro de los mismos con el consentimiento de las personas que el propio numeral enuncia.

Teniendo esta base, además de todas las demás circunstancias que rodean al estado de muerte cerebral que he venido comentando a lo largo de la presente investigación, y en específico, en este Capítulo, es que sostengo que existe una necesidad real de tener un Certificado para documentar el acaecimiento de dicho estado, aparte de los que actualmente maneja nuestra legislación sanitaria.

Es en el Capítulo III del Título Décimo Sexto de la Ley General de Salud en donde se muestra la definición de certificado. El Artículo 388, refiere que:

"Para los efectos de esta Ley, se entiende por certificado la constancia expedida en los términos que establecen las autoridades sanitarias competentes, para la comprobación o información de determinados hechos."¹³⁵

Aprovechando la definición recién transcrita, me gustaría hacer una aclaración: mi intención no es en ningún momento sustituir los certificados que actualmente existen, es decir, los certificados de defunción y muerte fetal, que están contemplados en el Artículo 389 de la Ley General de Salud¹³⁶, sino simplemente, y como lo dice el texto del Artículo que le antecede, hacer constar por escrito en un documento la comprobación de la muerte cerebral, el procedimiento para realizar dicha comprobación, y la información pertinente del hecho que contempla el Artículo 345, por antonomasia, el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada. Así pues, propongo el establecimiento en la legislación sanitaria del Certificado de Muerte Cerebral. Con ello y por lo expuesto líneas arriba, pretendo que en un momento dado puedan coexistir y co-participar en la vida jurídica los tres certificados.

¹³⁵ *Ibidem*, Artículo 388, (vigente al año 2004).

¹³⁶ "Artículo 389. Para fines sanitarios se extenderán los siguientes certificados:

- I. Prenupciales;
- II. De defunción;
- III. De muerte fetal;
- IV. De exportación a que se refieren los Artículos 287 y 288 de esta Ley; y
- V. Los demás que se determinen en esta Ley y sus reglamentos."

Ibidem, Artículo 389, (vigente al año 2004).

Ahora bien, nuestra legislación sanitaria, como lo he dicho, solo maneja dos tipos de certificado con relación al acaecimiento de la muerte. Ello está contemplado en diversos ordenamientos, los que, necesariamente, deberán ser modificados al momento en que se inserte en los mismos el nuevo tipo de certificado: el Certificado de Muerte Cerebral.

Así pues, deberán modificarse la Ley General de Salud en el Artículo ya mencionado, el 389, y en el 391, mismo que comentaré en un momento más.

Por su parte, el Artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que habla específicamente de las personas por quienes serán expedidos tanto el certificado de defunción como el certificado de muerte fetal, también debería ser modificado.¹³⁷ En este Reglamento, y como se vio anteriormente, por lo especial del caso de la muerte cerebral, debería ser agregado un artículo 91 bis, ya que no se puede solo incluir en el texto del actual Artículo 91 al Certificado de Muerte Cerebral, y dejar igual las Fracciones que actualmente contempla, sino que necesariamente deberá mencionar que este nuevo tipo de certificado deberá ser expedido, una vez comprobado el estado de muerte cerebral y determinadas sus causas, por los Médicos con título legalmente expedido,

¹³⁷ "Artículo 91. Los certificados de defunción y muerte fetal serán expedidos, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, por:

I. El médico con título legalmente expedido, que haya asistido al fallecimiento, atendido la última enfermedad, o haya llevado a efecto el control prenatal;

II. A falta de éste, por cualquier otro médico con título legalmente expedido, que haya conocido del caso y siempre que no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos; y

III. Las demás personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente."

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. *Op. cit.*, Artículo 91. (vigente al año 2004).

especialistas en neurología y/o neurocirugía que hayan comprobado la muerte cerebral del paciente, por el médico que haya atendido el caso y por el personal médico capacitado que haya llevado a cabo el retiro de los medios artificiales con los que contaba el paciente con muerte cerebral. Y nadie más, por lo que respecta a los médicos, ya que, como se vio en su oportunidad, nadie más que ellos puede realizar la actividad que rodea a la práctica de la adistanasia en estricto sentido que marca el Artículo 345 de la Ley General de Salud.

Por estas circunstancias especiales, es que deberá tratarse aparte el Certificado de Muerte Cerebral en el Reglamento que menciono. No sucede lo mismo con el Artículo 391 de la Ley General de Salud, ya que aquí pueden estar incluidos los tres tipos de certificados, ya que la redacción de dicho numeral es general y no especifica qué tipo de profesionales de la medicina o personal autorizado por la autoridad sanitaria competente deberá expedir los certificados. Y no lo hace, ya que se auxilia, precisamente, del Reglamento de dicha Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, propiamente, del Artículo 91 de dicho Reglamento.

Por último, nuevamente viene al tema el punto número 10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, *Del expediente clínico*, intitulado *Otros Documentos* y, nuevamente, el punto específico número 10.1.5, en el cual se deben mencionar, no solo las notas de defunción y de muerte fetal, sino también ahora de

muerte cerebral, con las mismas características que en dicho punto se mencionan.

Por otro lado, el Artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica menciona en su último párrafo que los certificados a que se refiere el numeral en cita, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría y de conformidad con las normas técnicas que la misma emita. En este orden de ideas, se encuentra el Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal.¹³⁸ Dicho decreto, con el nuevo certificado de muerte cerebral, quedaría sin efectos, teniéndose que promulgar uno nuevo, que contenga las características y forma esencial del nuevo certificado, si es que se incluye junto con los otros dos, o simplemente, se deberá publicar un decreto aparte para el certificado que estoy proponiendo.

En cuanto a la forma oficial que deberá tener el Certificado de Muerte Cerebral, bueno, pues es esencialmente la misma que tiene actualmente el formato de Certificado de Defunción. Sin embargo, atendiendo a lo que establecen tanto el Artículo 391 de la Ley General de Salud y al Artículo 91 del Reglamento de dicha Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los cuales señalan que los certificados en ellos citados serán expedidos una vez comprobado el fallecimiento y determinadas las causas del mismo, el Certificado de Muerte Cerebral deberá incluir un apartado en el que se mencionen las pruebas que se

¹³⁸ DECRETO POR EL QUE SE DA A CONOCER LA FORMA OFICIAL DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 21 de noviembre de 1986. (Vigente al año 2004).

realizaron para comprobar la muerte cerebral, el procedimiento seguido para realizarlas, así como un apartado en donde se documenten los principales hechos ocurridos con motivo del retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, como pueden ser los datos de la persona que solicita el retiro de dichos medios, el procedimiento seguido para el retiro de los medios, de acuerdo a lo que establece la Ley para el caso, (y lo cual se vio en el inciso anterior del presente trabajo), así como los datos del personal médico capacitado para el retiro de los multicitados medios artificiales.

Por último, es necesario de nueva cuenta precisar que al Certificado de Muerte Cerebral siempre deberán acompañarse, y señalar en el texto del documento que se acompañan, los siguientes documentos:

- ☞ El documento en el que se asentaron los resultados de las pruebas a que se refiere el Artículo 344 de esta Ley;
- ☞ El documento mediante el cual se formalizó la solicitud o autorización para prescindir de los medios artificiales con los que contaba el paciente con muerte cerebral comprobada; y
- ☞ El documento en el que se asentaron los resultados de las pruebas para comprobar los signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343.

Una cosa más antes de concluir con este inciso: no obstante de que el Certificado de Muerte Cerebral deberá ser expedido por los médicos a los que he venido haciendo referencia, es

importante señalar que dicho certificado también deberá estar firmado por la persona que solicite el retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral comprobada, y que además, haya estado presente al momento de que dichos medios fueron retirados. Lo anterior no tiene otra finalidad más que la de que conste por escrito tanto el conocimiento y seguridad que dicha persona tuvo de que el paciente realmente contaba con muerte cerebral, a través del procedimiento que mencionamos en el inciso anterior, como la seguridad de que a dicho paciente, a su vez, le fueron retirados los medios artificiales con los que contaba. Al firmar el certificado, tal persona se asegura de que, legalmente, no existe la posibilidad de un mal manejo del cadáver o de los órganos de dicho paciente.

Cabe aclarar que la inclusión en el formato del certificado de muerte cerebral de la persona que autoriza el retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral, no es sino una medida de seguridad tanto para dicha persona, como para los médicos, contra cualquier malentendido en la realización del procedimiento señalado en el inciso anterior de este trabajo, y que, además, respeta la dignidad del paciente que fue retirado de los medios artificiales con respecto al tratamiento que de su cadáver y de sus órganos se hará una vez ocurrida la muerte cerebral.

Por lo anterior, es trascendental señalar que el Certificado de Muerte Cerebral solo operará para el caso de que el paciente que cuente con dicho estado, no sea un donador orgánico o

multiorgánico. En tal caso, podría existir otro tipo de Certificado de Muerte Cerebral que contemple como fin el documentar la muerte cerebral con miras a la disposición y trasplante de órganos y no a realizar el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente. No obstante esta última apreciación, y como lo he señalado a lo largo de mi investigación, la misma es tema de un trabajo distinto del que se trata aquí.

- f) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es superficial ya que, a pesar de señalar una actividad relacionada con la muerte, no contempla la posibilidad de incurrir en posibles responsabilidades y/o ilícitos cuando es errónea o dolosamente aplicado, y por ende, tampoco contempla las sanciones que pueda conllevar este hecho.**

El que se carezca de un procedimiento para llevar a cabo el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, es decir, el hecho de no estar regulada dicha acción recae directamente en no traer aparejada, la comisión de algún ilícito o el incurrir en alguna responsabilidad administrativa, civil y/o penal. En otras palabras, si no se habla de cómo se debe hacer algo, mucho menos sabemos qué consecuencias trae consigo el dejar de hacer ese algo o hacerlo de una manera errónea o negligente.

En todo caso, el Artículo 345 de la Ley General de Salud, refiere tácitamente que el prescindir de los medios artificiales con

los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada no se podrá llevar a cabo sin la previa solicitud o autorización de las personas que su texto contempla. Sin embargo, y no obstante esta apreciación, no es en la Ley General de Salud, o en alguna otra disposición legal o reglamentaria sanitaria donde se pueden apreciar las posibles sanciones administrativas o delitos en los que, con motivo de la aplicación del Artículo 345 de la Ley, se puede incurrir.

Lo anterior conlleva una problemática que puede ser por demás real y palpable. Nuevamente quiero hacer mención del caso de José Alberto Tovar Herrejón. ¿Qué ocurrió con los médicos que llevaron el caso del pequeño de 10 años de edad, quienes presumiblemente desconectaron al menor de los medios artificiales con los que se mantenían sus órganos funcionando, a pesar de contar con muerte cerebral sin el consentimiento de sus padres? ¿Fueron sancionados? Como lo señalé en su momento, no tuve la oportunidad de observar una ampliación de la nota periodística que habla de los hechos ocurridos a la familia Tovar Herrejón, y con la cual se pudiese despejar esta incógnita. No obstante ello, aunque hubiese contado con esa ampliación informativa, la respuesta es por demás lógica: los médicos no fueron ni pueden ser sancionados mientras no exista una falta administrativa o ilícito relacionado con la aplicación del Artículo 345 de la Ley General de Salud y una sanción específica que este ligada a dicha falta o ilícito mencionados. Y todo ello, debido, principalmente, a la falta de un procedimiento para llevar a cabo lo que se plasma en el Artículo en mención.

Con el anterior panorama, solo puede verse que el Artículo 345, con su redacción actual, está abierto a la realización del retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, por cualquier persona, a discreción y de manera libre, pero sobre todo, y lo más grave, es que si dicho retiro es mal efectuado, ello puede hacerse de manera impune, sin que el hecho, primeramente, conlleve algún tipo de responsabilidad, o que signifique incurrir en una falta administrativa o cometer un delito, y sin que tal actividad pueda ser sancionada, a pesar de las consecuencias que se pueden ocasionar tanto en el paciente como en los familiares en quienes recae el Artículo que estamos estudiando.

Por ello, propongo que tanto en la Ley General de Salud, como en el Reglamento de dicha Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, existan, como ya lo he mencionado, Artículos expresos en donde se delimite y especifique un procedimiento para realizar el retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, y que con ello, se agreguen a los capítulos de Sanciones Administrativas, Delitos y Sanciones tanto de la Ley como del Reglamento en comento, los Artículos que especifiquen las faltas administrativas en las que se pueden incurrir, así como los ilícitos que se pueden cometer con respecto a la aplicación del Artículo 345 de la Ley General de Salud.

Existe aun otra razón por la cual creo no existen ilícitos o faltas administrativas plasmadas en la Ley y los Reglamentos

sanitarios mexicanos, con respecto al retiro de los medios artificiales del paciente con muerte cerebral, o, inclusive, al tratamiento y manejo de este tipo de pacientes, y tiene que ver, más que con la aplicación del Artículo 345 de la Ley General de Salud, con la apreciación del tema principal de todo este estudio, es decir, *la apreciación que se tiene, médica, jurídica y bioéticamente hablando del propio paciente con muerte cerebral comprobada.*

Esta apreciación parece haber sido olvidada en las discusiones, reflexiones y polémicas que sobre el tema de la desconexión de los medios artificiales con los que cuentan este tipo de pacientes, posiblemente sostuvieron médicos, juristas y bioéticos, previa la aprobación de la entrada en vigor del Artículo 345 de la Ley General de Salud¹³⁹, y, por ende, también fue, de hecho, olvidada en las normas reglamentarias de dicha Ley. La apreciación a la que me he estado refiriendo debe ser contemplada, no solo como materia filosófica y ética, sino como una realidad médica y jurídica, práctica y actual. Mi intención al traer a esta investigación dicha apreciación, no es más que delimitar qué situación práctica guarda ante la medicina, ante el Derecho y ante la bioética el paciente con muerte cerebral comprobada, e impedir que la falta de esa delimitación conlleve a situaciones irregulares en la aplicación del Artículo 345 y en el tratamiento y manejo de dichos pacientes. Así pues, surge la interrogante: ¿Cómo aprecian la Medicina, el Derecho y la Bioética

¹³⁹ Me atrevo a plantearlo como posibilidad, ya que, insisto, a mi manera de ver las cosas, el Artículo 345 de la Ley General de Salud se legisló y aprobó de manera por demás despreocupada, sin la profundización y concientización que el tema requieren. Pero a su vez, insisto, mi opinión es solo una crítica sana al legislador.

al paciente con muerte cerebral comprobada? ¿Cómo cadáver, como ser vivo... o como qué?

- g) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es ambiguo ya que deja duda si su texto considera al paciente con muerte cerebral comprobada como un cadáver o no.**

Surge una interrogante muy recurrente con respecto al Artículo que se estudia en el presente Capítulo y que contrapone los puntos de vista más perspicaces: ¿puede considerarse homicidio el desconectar a un paciente con muerte cerebral comprobada sin la autorización de las personas que marca el Artículo 345 de la Ley General de Salud?

Para contestar esta pregunta, se debe conocer que entiende nuestra legislación positiva por la palabra *cadáver*, y más propiamente, qué entiende la Ley General de Salud por este concepto. En el Artículo 314 se define este concepto como el

"[...] cuerpo humano en el que se compruebe la presencia de los signos de muerte referidos en la fracción II, del Artículo 343 de esta Ley."¹⁴⁰

En este orden de ideas, el paciente con muerte cerebral comprobada que cuenta con medios artificiales de sostenimiento vital, a mi criterio, y de acuerdo al Artículo que he transcrito, no puede ser considerado propiamente un cadáver, ya que no cuenta con todos y cada uno de los signos de muerte referidos en la

¹⁴⁰ LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Artículo 314, (vigente al año 2004).

Fracción II del Artículo 343 de la Ley General de Salud. Esto es, que por el simple hecho de no presentar el paro cardíaco irreversible, el paciente no está muerto completamente.

Se podría decir, y con toda razón, que el anterior planteamiento no es válido para no considerar al paciente con muerte cerebral como cadáver, ya que el latido del corazón es artificial, es decir, que si no fuera por los medios artificiales a los que está conectado el paciente, el corazón del individuo dejaría de latir. Pero es precisamente el hecho de contar con esos medios artificiales lo que hace la diferencia conceptual entre *paciente con muerte cerebral* y *cadáver*. Los medios artificiales mantienen el latido del corazón pero no hacen del mismo un órgano en excelentes condiciones. Como ejemplo de ello, permitanme poner el caso hipotético de un paciente que llega a un hospital después de un accidente, con su corazón en tan malas condiciones, que ni aun los medios artificiales podrían mantenerlo latiendo, y por ende, no podría mantenerse el resto de los órganos del cuerpo perfectamente irrigados con sangre y con oxígeno. En tal ejemplo, ya no importa si el paciente tiene muerte cerebral o no, y no importa, así mismo, si es conectado o no a los medios extraordinarios de sostenimiento vital. Pero si el ejemplo es un paciente cuyo accidente o acontecimiento provoca un traumatismo craneoencefálico que conlleve a la muerte cerebral, sin que afecte directamente el corazón, éste puede mantenerse en buen funcionamiento con los medios artificiales adecuados, sin que necesariamente exista paro cardíaco irreversible, o que por lo menos, la probabilidad de que ello acontezca sea menor.

La Ley General de Salud anterior a la Reforma de mayo de 2000 contemplaba la situación que tendría el paciente con muerte cerebral, (aunque no utilizaba todavía ese término conceptual), si ocurría un paro cardíaco irreversible. Si recordamos lo visto en un inciso anterior, en el Artículo 318 de la anterior Ley se disponía que se debía comprobar la persistencia por seis horas los signos de muerte que manejaba en aquél entonces el Artículo 317 en sus Fracciones I, II, III, y IV, y que además persistiera por ese mismo tiempo, electroencefalograma isoelectrico que no se modificara con estímulo alguno, es decir, la muerte cerebral, aunque planteada de manera incompleta. Pero refería también que, si antes de ese periodo de seis horas se presentaba un paro cardíaco irreversible, se determinaría de inmediato la pérdida de la vida y se expediría el certificado correspondiente, en tal caso, el certificado de defunción. Esta última postura se retiró de plano del texto del Artículo 344 de la Ley General de Salud vigente, lo que, dicho sea de paso, me parece totalmente inadecuado.

No obstante la apreciación hecha tres párrafos arriba, es decir, la imposibilidad, desde el punto de vista estrictamente jurídico, de llamar cadáver al paciente con muerte cerebral comprobada, la situación de tales pacientes es, sin lugar a dudas, *especial y extraordinaria*, a pesar de que no gocen de tal situación, legalmente hablando, ya que, a pesar de no poderseles considerar cadáveres, tampoco se les puede considerar seres humanos vivos, ya que la Fracción I del propio Artículo 343 de la Ley General de Salud menciona que la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte cerebral.

Es por todo esto que los pacientes con muerte cerebral comprobada, son, a mi manera de ver las cosas, simple y llanamente *pacientes con muerte cerebral comprobada que cuentan con medios artificiales de sostenimiento vital*, una situación especial, extraordinaria e intermedia entre el ser humano vivo y el cadáver, situación que no es inventada, y que tampoco es resultado de la aplicación de la semántica jurídica, sino que es una situación que sucede de *facto* en la realidad médica actual, y que debe ser considerada por la medicina y por la ciencia jurídica, protegida por ésta última con normas especiales para este caso especial, y contemplada y estudiada por la ciencia auxiliar de ambas, es decir, la bioética.

Con base en todo lo anterior, en estricta observancia de los Artículos 123 y 127 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal¹⁴¹, y en respuesta a la pregunta planteada al inicio del presente inciso, no puede considerarse homicidio el prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada sin la autorización de las personas que menciona el Artículo 345 de la Ley General de Salud, ya que si bien no puede ser considerado cadáver, de hecho ha perdido la vida, a pesar de que, gracias a los medios artificiales, sus demás órganos, como el corazón y los pulmones, estén funcionando, y *no se puede privar de la vida a quien ya la ha perdido*.

No obstante lo anterior, no quisiera finalizar el presente inciso sin remarcar nuevamente la necesidad de que se delimite de

¹⁴¹ NUEVO CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. *Op. cit.*, Artículos 123 y 127, (vigente al año 2004)

manera clara la situación del paciente con muerte cerebral dentro de la Ley General de Salud, ya que, el hecho de que no se le pueda considerar homicidio a la errónea, negligente o autoritaria aplicación del Artículo 345 que se estudia, no quiere decir que no pueda ser dicha acción acreedora a una sanción administrativa o penal, dado el caso.

Como lo dije antes, la falta de delimitación de la situación del paciente con muerte cerebral comprobada tanto en la doctrina médica, jurídica o bioética, como en la propia Ley General de Salud y la legislación reglamentaria de la misma, es una de las razones más importantes por las cuales no es fácil plasmar en dicha Ley los diversos ilícitos o faltas administrativas en que se puede incurrir al llevar a cabo errónea o negligentemente la aplicación del Artículo 345, amén de la falta de procedimientos claros y precisos que he comentado con anterioridad para el mismo caso. Además, puede con ello llegarse al extremo de dar un tratamiento inhumano o falto de ética profesional a los pacientes en tal situación, ya que si se les aprecia como cadáveres, en una mala interpretación de la Ley y haciendo una homologación errónea del concepto *paciente con muerte cerebral* y el concepto *cadáver*, se pudiera llegar a aplicarles, aunque equivocadamente, el Capítulo V del Título Décimo Cuarto de la Ley General de Salud, intitulado *Cadáveres*¹⁴², con toda las implicaciones y consecuencias de diversa índole que ello ocasionaría.

¹⁴² LEY GENERAL DE SALUD. *Op. cit.*, Capítulo V del Título Décimo Cuarto, (vigente al año 2004).

- h) El Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente es incompleto en las personas que solicitan o autorizan que se prescindan los medios artificiales de los que habla el propio Artículo: El papel del Estado frente al retiro de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada.**

He llegado al tema que creo más importante con respecto al Artículo 345 de la Ley General de Salud, es decir, al que explica por qué considero que la redacción de dicho artículo es incompleta. No obstante ello, este inciso será ampliamente abordado en el siguiente Capítulo, pero no quería terminar el presente sin hacer notar que dentro de las personas a las que se refiere el Artículo 345, y que podrán solicitar o autorizar que se prescindan de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, hicieron falta ciertas figuras jurídicas. Veámoslo con más detenimiento.

El Artículo materia de esta investigación, y como ya lo aclaré al principio de este Capítulo, refiere que *no existirá impedimento alguno* para llevar a cabo la acción o práctica que el mismo refiere en su texto. Dicho de otra forma, refiere que no habrá impedimento alguno para prescindir de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del Artículo 343 de la Ley. Sin embargo, y como también lo inferí casi al final del punto 1 del inciso C) del presente capítulo, el legislador, al redactar este numeral, incluyó una

condición para realizar dicha práctica, y es: *que exista de por medio la solicitud o autorización de las siguientes personas:*

"[...] el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado [...]"¹⁴³

A *contrariou sensu*, y por el simple hecho de tratarse de una condición, la redacción del Artículo se interpreta de esta manera: dado el caso en el cual *no exista tal solicitud o autorización de dichas personas*, de hecho, *no se puede prescindir* de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del Artículo 343 de la Ley. Si esto es así, (y de hecho lo es, ya que no hay algún otro Artículo dentro de la Ley General de Salud o dentro de la legislación sanitaria reglamentaria de la misma que diga lo contrario), entonces en México si existe un impedimento para realizar la práctica de adistanasia *strictu sensu: la inexistencia de dicha solicitud o autorización*. Es por ello que mencioné en su momento que en México existe *sólo la posibilidad* de realizar una práctica de adistanasia en estricto sentido, y *no que, de hecho, se realiza* la adistanasia en estricto sentido, ya que para ello, no debe de existir impedimento alguno, de índole alguna: moral, espiritual o material.

En el caso de la condición que señala el Artículo, existe un impedimento de índole moral: la inexistencia de una solicitud o autorización para que se prescindan de los medios artificiales que impiden que una persona muera completamente.

¹⁴³ *Ibidem*, Artículo 345, (vigente al año 2004).

Así pues, demostrado está que el Artículo 345 de la Ley General de Salud conlleva un impedimento para realizar la adistanasia en estricto sentido. Solo se realiza si se cumple la condición que marca el mismo, si no, no puede haber adistanasia en estricto sentido. Y... ¿qué? ¿El que haya una condición para realizar la adistanasia en estricto sentido; el que esta práctica sea, en la actualidad, solamente una realidad cuando se reúnen los requisitos de consentimiento a través de la solicitud y/o autorización que marca el Artículo en estudio, hacen del mismo un Artículo incompleto? Y aun más, ¿en realidad es incompleto en las personas que dan ese consentimiento? ¿Puede existir alguien más que, a falta de las personas que menciona el Artículo, pueda dar su consentimiento para que se prescindiera de los medios artificiales que no permiten al individuo con muerte cerebral morir completamente como ser material?

Parece que para el legislador ese *alguien más* no es importante considerarlo ni en una exposición de motivos y mucho menos en una legislación sanitaria. Puedo atreverme a especular, (y solo a especular), que el legislador pensó que se puede pasar por alto el análisis y la profundización acerca de si pueden o no existir más personas que den su consentimiento y/o autorización para tal acción, ya que, *finalmente*, (leyendo hipotéticamente, claro está, el pensamiento del legislador), ¿no estamos hablando de una persona que ya está muerta? ¿Qué más da si existe o no el consentimiento de alguien más aparte de la familia del paciente? Al fin y al cabo, el paciente ya está muerto y solo está conectado a un ventilador y se le mantiene su ritmo cardiaco mediante

medicamentos. ¿Qué importancia puede tener? Como dije, solo son meras especulaciones.

No obstante la hipotética forma de pensar del legislador, para conocer la respuesta a la interrogante plasmada dos párrafos arriba, acerca de si realmente puede existir alguien más que, a falta de las personas que menciona el Artículo 345, pueda dar su consentimiento y/o autorización para que se prescindiera de los medios artificiales que no permiten al individuo con muerte cerebral comprobada morir completamente como ser material, utilizaré el método socrático: contestaré la pregunta con otra pregunta, o, para el caso, con otras tantas preguntas...

¿Quién habla en nombre de una persona sola, aquella que no tiene a nadie en el mundo más que a sí misma? ¿Quién habla en nombre de los desconocidos, de los indigentes solitarios, de los abandonados? ¿Quién habla en nombre de una persona que a pesar de tener a toda su familia con ella, ningún miembro de esa familia quiere hablar por él, cuando éste ya no puede hacerlo, para que muera completamente, y no puede proveer los recursos económicos necesarios para mantener a su familiar *conectado* a los medios artificiales de sostenimiento vital? ¿Quién habla en nombre de una persona que está esclavizada a la fe equivocada y a la esperanza egoísta de una familia o de un médico que no permiten que la naturaleza siga su curso en su persona, cuando ésta no puede y no podrá ya alzar su voz en su favor?

El hecho es que, en mi opinión, realmente no debería existir impedimento alguno para realizar la adistanasia en estricto sentido, ya que a mi criterio hay, *al menos*, dos personas más que pueden dar su consentimiento para que esta práctica humanitaria se lleve a cabo en México, que no fueron consideradas al aprobar el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente y que necesariamente deben ser incluidas en el mismo: el propio individuo con muerte cerebral comprobada y el Estado.

La problemática está planteada con las interrogantes antes plasmadas. No obstante de haber precisado la necesidad de incluir al menos a estas dos figuras jurídicas dentro del Artículo 345 en estudio, deseo hacer notar que el hablar del papel tan trascendente que tienen a este respecto cada una de ellas, requiere, necesariamente, de profundizar de manera amplia y completa en cada uno de los aspectos que les competen a las mismas, en relación a la aplicación del Artículo en análisis y a la práctica de la adistanasia en estricto sentido.

Es por ello que mi intención en el presente trabajo es tan solo, por lo que se refiere a la figura jurídica del Estado, primeramente, dejar en claro que en ningún momento se señala en el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, qué papel desempeña el Estado frente a las disyuntivas planteadas tres párrafos arriba, (o cualesquiera otras que pudiesen presentarse en la aplicación de este Artículo), como si prescindir de esta figura para que la misma autorice la realización de la práctica señalada en el Artículo en estudio, de igual forma que las otras personas

mencionadas en el mismo, pudiese pasarse por alto; y en segundo lugar, insistir en que no debe faltar en la redacción del Artículo 345 esta importante figura jurídica.

Hablar de la participación del Estado como una más de las personas que autorice y/o solicite el prescindir de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada, es un digno tema para ser tratado en una investigación por separado, de una manera específica, detallada y completa. Por lo pronto, en el siguiente Capítulo, me avocaré a hablar específicamente de la figura del propio individuo con muerte cerebral comprobada, intentando demostrar lo imprescindible de su inclusión dentro del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente.

**CAPÍTULO V. INCLUSIÓN DE LA FIGURA DEL INDIVIDUO CON MUERTE
CEREBRAL COMPROBADA DENTRO DEL ARTÍCULO
345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD: SU
CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y/O SOLICITUD
PARA LA REALIZACIÓN EN SU PERSONA DE LA
ADISTANASIA EN ESTRICTO SENTIDO**

“No quiero morir, porque en lo que a mí concierne, ya estoy muerto. Sólo quiero que los médicos lo reconozcan. No puedo creer que esta condición sea vivir realmente.” “Toda definición de vida debe incluir la idea de ser independiente.” “Me siento totalmente ultrajado porque ustedes, que no conocen nada de mí o de mi vida, se sientan con el poder para condenarme al tormento eterno, sólo porque no pueden ver el dolor; sólo porque no hay sangre, ni gritos que ustedes puedan percibir.” “Porque la crueldad no radica en la disyuntiva entre salvarle la vida o dejar morir a alguien. La crueldad es quitarle la opción a esa persona sobre tal cuestión. Quiero decidir yo mismo que hacer con mi propio cuerpo.”

Brian Clark, de su obra teatral
Whose life is it, anyway? (Al fin y al
cabo, es mi vida).

A) PREÁMBULO

Primera pregunta obligada: ¿Cómo puede un individuo que ya está cerebralmente muerto dar su consentimiento o solicitar que se realice en su persona una adistanasia en estricto sentido? En primer plano parece absurdo, y más aún, fútil.

La respuesta a esta interrogante no radica en saber el *cómo* da su consentimiento o solicita que se le practique una adistanasia en estricto sentido, sino en saber primero *cuándo* lo consiente o lo solicita, y después *cómo* lo hace. Veamos por qué.

Es claro que una persona que tiene muerte cerebral comprobada no puede ya razonar, y por ende, no puede tomar decisiones; más aún, no puede valerse por sí misma, y mucho menos hablar en su favor. Como ya

lo mencioné en capítulos anteriores, con la muerte cerebral las funciones del tallo cerebral han cesado por completo y el hecho de tener a una persona *conectada* a un ventilador artificial y manteniendo sus funciones cardiacas estables mediante medicamentos, así como sus demás funciones relacionadas con el sistema nervioso autónomo parasimpático, no le permitirá en lo absoluto comunicarse con el mundo exterior y mucho menos tener voz en la decisión de apartarla de dichos medios extraordinarios que mantienen sus funciones cardiacas, respiratorias, etc.

Pero ello no indica que el individuo de referencia no haya decidido *con anterioridad* acerca de qué es lo que quería que ocurriese con su persona en el momento de tener muerte cerebral comprobada y quedar *conectado* a un ventilador artificial y sujeto a un tratamiento de sostenimiento vital de las demás funciones, tanto cardiacas como de vida vegetativa. En otras palabras, y a mayor abundamiento, el hecho de que una persona tenga en el presente muerte cerebral comprobada y que no pueda comunicarse con el mundo exterior, no quiere decir que, en algún momento antes de estar en esa condición:

- ☞ Dicha persona no haya previsto que, de hecho, podría ocurrirle estar en esa condición en un futuro;
- ☞ Dicha persona no haya previsto todas las implicaciones que tal condición acarrearía, si la misma ocurría; y, lo más importante,
- ☞ Dicha persona no haya decidido, aun en pleno uso de sus facultades físicas y mentales, (o solo mentales), qué era lo que deseaba que su familia o cualquier otra persona ajena a él, hicieran con su persona si se presentaba la citada condición.

Las anteriores hipótesis permiten vislumbrar un territorio hasta ahora inexplorado por el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente: el individuo con muerte cerebral comprobada, antes de estar en tal condición, *pudo, de hecho, haber tenido su opinión acerca de su probable muerte cerebral, y quizá hasta una decisión pudo haber tomado acerca de qué se debía hacer con su persona si dicha probabilidad llegara a presentarse en un futuro.*

Surge el cuestionamiento siguiente: ¿por qué en una decisión tan importante como es la de prescindir de los medios artificiales con los que cuenta un paciente con muerte cerebral comprobada, la Ley General de Salud solo toma en cuenta la solicitud o autorización de los familiares del paciente que presenta muerte cerebral comprobada, cuando debería antes considerar la autorización y/o solicitud del propio paciente? Antes de dejar en manos de los familiares del individuo con muerte cerebral comprobada el consentir o solicitar que se prescindan de los medios artificiales que no le permiten a dicho individuo morir totalmente, el legislador debió tomar en cuenta la opinión y decisión del propio paciente que presenta tal condición, con respecto al retiro de los mencionados medios artificiales, considerando que dicha opinión o decisión pudieron haber existido antes de que el paciente sufriera la muerte cerebral.

Ahora bien, el párrafo que antecede habla de lo que en justicia y lógica debiera ser: considerar primero la opinión y decisión del propio paciente, siempre y cuando su deseo haya sido externado antes de que suceda el acontecimiento, es decir, la muerte cerebral comprobada. Pero, nuevamente, surge otra interrogante: en el supuesto caso de que en la Ley se establezca de plano, que el deseo del paciente será el primero en

tomarse en cuenta, ¿cómo debe hacerse esto? Aún más, ¿cómo o mediante qué procedimiento deben dar su consentimiento o hacer su solicitud las personas que ya menciona actualmente la Ley? En fin, eso es un tema ya conocido por todos desde el Capítulo anterior. Por ello, es menester concentrar la atención en cómo debe tratarse la autorización o solicitud del paciente para que se lleve a cabo en su persona una adistanasia en estricto sentido cuando en un futuro pudiera llegar a presentársele la muerte cerebral comprobada.

No obstante que de hecho se llegasen a presentar cualquiera de las tres hipótesis mencionadas cuatro párrafos arriba, o las tres al unísono, y a pesar de la importancia que cada una de ellas tiene en lo individual y mucho más en conjunto, carecerían de toda credibilidad, autenticidad y aplicación práctica en el preciso momento de la toma de decisión del retiro de los medios artificiales que no le permiten al individuo con muerte cerebral morir totalmente, si es que dichas hipótesis fueron exteriorizadas por el individuo en mención, cuando aun estaba en pleno uso de sus facultades físicas y/o mentales, solamente *de manera verbal y no de manera escrita*. En breve, resulta muy difícil llevar a cabo el deseo de un individuo, exteriorizado con anterioridad a la muerte de éste, si no se tiene la certeza de que dicho deseo:

- ☞ Realmente se formuló o no;
- ☞ De que de haberse formulado, se haya hecho de tal o cual manera; ó
- ☞ De que la forma de llevarlo a cabo sea exactamente como dicho individuo lo dispuso.

Cuando cualquier individuo ha dejado de existir como persona, cuando ha muerto, la exteriorización verbal que de su voluntad hizo con anterioridad a su muerte resulta tan incierta, que casi podría calificarse de inexistente, aunque de hecho no se califique de tal manera en la realidad. Es por ello que la voluntad del individuo debe de estar, preferentemente, plasmada por escrito y, por supuesto, de manera clara, completa y precisa, de tal suerte que sus deseos puedan llevarse a cabo después de su muerte tal y como el individuo lo dispuso, sin posibilidad de dudas o errores.

Con lo anterior, viene a la memoria jurídica el concepto de *Testamento*. Pero, ¿no es acaso el testamento una figura del Derecho Civil que permite al individuo en pleno uso de sus facultades físicas y mentales exteriorizar su voluntad con respecto a la suerte que *sus bienes* correrán después de su muerte? ¿Puede existir, o existe en la actualidad un documento análogo al testamento en el que el individuo pueda exteriorizar su deseo y voluntad con respecto a qué hacer con su persona en caso de que le acontezca una muerte cerebral comprobada?

B) EL *LIVING WILL* Ó TESTAMENTO EN VIDA

Existe en la actualidad, no en México, sino en otros países, un documento llamado *Testamento en Vida* o *Living Will*, término éste último que en una estricta traducción significaría *voluntad viviendo* o *voluntad cuando aún se está viviendo*. Pero, ¿qué es el Testamento en Vida o *Living Will*? ¿De dónde proviene y a qué se refiere específicamente este documento?

1. Breviario Histórico: el *Living Will* en diversos países del mundo.

"A finales de los años sesenta del siglo XX, se comenzaron a emplear en los Estados Unidos de Norteamérica, ciertos documentos con declaraciones de pacientes llamadas *Living Will*, en las que el paciente firmante manifestaba que, en determinadas circunstancias, no deseaba que se prolongara a toda costa su vida."¹⁴⁴

Propiamente, el *Living Will* es:

"[...] un documento en el que una persona, en pleno uso de sus facultades físicas y mentales, afirma de manera escrita su deseo de no ser mantenido con vida mediante equipo médico de sostén extraordinario o artificial, o mediante procedimientos o tratamientos extraordinarios, cuando su condición se ha diagnosticado como terminal, o en otras condiciones incurables o irreversibles bien definidas, como el estado vegetativo constante."¹⁴⁵

"En un principio, alrededor de 1967, en la propia Unión Americana, dichos documentos de corte adistanásico no tuvieron valor legal, pero en algunas ocasiones llegaron a servir para evitar en médicos y pacientes sentimientos de culpa."¹⁴⁶

Sin embargo,

"[...] a partir del año de 1976, algunos Estados legislaron acerca de los estatutos nombrados como de *muerte natural*. Así pues, el Estado de California fue el primero de ellos, seguido por los Estados de Texas, Oregon, Idaho, Nevada, Carolina del Norte, Nuevo México y Arkansas, al año siguiente. Ocho en total."¹⁴⁷

¹⁴⁴ PÉREZ VALERA, Victor M., *Op. cit.*, pág. 158.

¹⁴⁵ http://www.rlbm.tripod.com/ALL_Enxyclopedia/enxyc111.txt (traducido de su original en inglés al español).

¹⁴⁶ PÉREZ VALERA, Victor M., *Loc. cit.*

¹⁴⁷ *Ibidem*, pág. 159.

Actualmente, más y más Estados de la Unión se han ido sumando a dicha corriente legislativa.

"Cada Estado ha usado su propia terminología: *Condición Terminal, Prolongación Artificial, Medios Extraordinarios, Sostenedor de Vida, Muerte con Dignidad* (que trae a la mente, más que cualquier otro, el concepto de Eutanasia), *Derechos de los Enfermos Terminales, Derechos de los Pacientes*, etc."¹⁴⁸, "[...] sin que ninguno de dichos términos sea lo suficientemente preciso y claro en *qué tipo de tratamiento, procedimiento o equipo médico de sostenimiento artificial de la vida* es el que se puede rechazar mediante estos documentos, ni *quién* es el que puede determinar en *qué circunstancias específicas* pueden rechazarse tales cosas."¹⁴⁹

Por su parte, en español se ha hecho costumbre nombrarle, simplemente, *Testamento en Vida* o *Testamento Vital*, lo cual me parece inapropiado, ya que el término *testamento* puede mal interpretarse o confundirse con el concepto clásico de testamento, es decir, con el

"Acto jurídico solemne, personalísimo, revocable y libre, mediante el cual el testador dispone de sus bienes materiales y derechos, y mediante el cual, además, declara o cumple deberes para después de su muerte, mismo que solo puede llevarse a cabo en las formas expresamente reglamentadas por la Ley, no siendo testamento cualquier otra expresión de voluntad."¹⁵⁰

Así pues, en un testamento así entendido, de darse el caso, confusamente podría caber el consentimiento del testador para que

¹⁴⁸ *Idem*

¹⁴⁹ http://www.rlbm.tripod.com/ALL_Encyclopedia/encye1111.txt

¹⁵⁰ Voz "testamento", en BAQUEIRO ROJAS, Edgard, *Derecho Civil*, Edit. Oxford University Press México, S.A. de C.V., México, 2000. Col. Diccionarios Jurídicos Temáticos, Tomo I, pág. 106 (VII Tomos).

éste autorice el que se realice en su persona una acción para no ser mantenido con vida mediante equipo médico de sostén extraordinario o artificial, o mediante procedimientos o tratamientos extraordinarios, cuando su condición, en un futuro, tal vez se diagnostique como terminal, incurable o irreversible.

Por otro lado, la legislación del Estado de Nueva York, y la legislación de Puerto Rico, han optado por llamarlo *Última Voluntad Respecto de Tratamientos Médicos* término que me parece mucho más acertado y que desliga del *Living Will* el concepto clásico de *testamento*.¹⁵¹

“Francia, por su parte, propuso el reconocimiento legal del Testamento en Vida en abril de 1978, a través de M. H. Caillavet.”¹⁵²

Otros países como España, en su provincia de Cataluña, y el ya mencionado Puerto Rico, definitivamente han legislado este tipo de documento, el 21 de diciembre de 2000 y el 17 de noviembre del año 2001, respectivamente.¹⁵³

“Argentina ha tenido desde finales del año 2000 diversos proyectos de ley para que los *testamentos vitales* tengan cabida en su legislación sanitaria.”¹⁵⁴

¹⁵¹ El párrafo fue resumido por un servidor de las siguientes páginas de Internet: <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/hospital/spanish3.htm> y http://www.capr.org/abogados/Legislativo/living_will.htm

¹⁵² PÉREZ VALERA, Victor M., *Op. cit.*, pág. 160.

¹⁵³ El párrafo fue resumido por un servidor de las siguientes páginas de Internet: <http://www.nucrecdigna.org/textos/cuta233.htm> y http://www.capr.org/abogados/Legislativo/living_will.htm

¹⁵⁴ <http://www.parlamentario.com/informes/594A.php>

Por otro lado, en el resto del continente europeo, hasta diciembre del año 2000, el *Living Will* no estaba regulado, no obstante que “[...] no parece haber obstáculo para admitirlo, siempre que, obviamente, se haga por escrito”.¹⁵⁵ Sin embargo, ninguna legislación europea hasta ese año recogía positivamente en sus articulados la posibilidad de formular documentos *Living Will*, y

“Holanda, a pesar de su legalización para realizar la Eutanasia activa a partir del año 2000, no presenta en su legislación un documento como el *Living Will*, que conlleve fines adistanásicos y no eutanásicos.”¹⁵⁶

“En los Estados Unidos de Norteamérica, la mayor parte de los documentos *Living Will*, constan de formularios *de machote* de acuerdo a la legislación aplicable a ellos en cada estado de la Unión, con la condición de que las instrucciones que en el mismo aparezcan plasmadas, sean específicas y no generales, ya que si así lo son, incluso si están escritas, podrían no cumplirse. En los estados de la Unión Americana en donde están regulados los documentos *Living Will*, las instrucciones impartidas por el paciente mediante los mismos deben indicar clara y detalladamente qué tipo de tratamiento o procedimiento es el que debe de administrársele o dejar de administrársele.”¹⁵⁷

“Por ejemplo, el paciente puede declarar en el documento que lo que no quiere para su persona es que se tomen medidas heroicas, no siendo dicha instrucción lo suficientemente específica. El paciente debe ser claro y preciso en cuanto a qué clase de tratamiento o procedimiento no desea recibir, por ejemplo, que no le pongan un ventilador artificial o que no se le administre quimioterapia, además de decir cuándo no desearía que le administren o apliquen tal o cual tratamiento o procedimiento, por ejemplo, cuando esté desahuciado o

¹⁵⁵ <http://www.actualderechosamitario.com/felsinki.htm>

¹⁵⁶ <http://www.bbc.co.uk/spanish/news001128eutanasia.shtml>

¹⁵⁷ http://www.rlbm.tripod.com/ALL_1/encyclopedia/encye111.htm

permanentemente inconsciente sin ninguna esperanza de recuperación.”¹⁵⁸

No obstante que, como ya se dijo, en los Estados Unidos, la mayoría de los documentos *Living Will* son documentos de machote,

“[...] éstos, como muchos de los documentos legales, pueden confeccionarse a petición del cliente para contener actualizaciones o necesidades de último minuto, entre las que se cuentan:

- ☞ Solicitar o rechazar la aplicación de uno o varios aparatos, como los son los tubos de alimentación, diálisis, ventiladores artificiales y tratamientos que ayuden a controlar el ritmo cardíaco y las funciones de vida vegetativa del sistema autónomo parasimpático;
- ☞ Solicitar o rechazar la administración de tratamientos específicos como son la resucitación cardio-pulmonar, y/o de antibióticos o analgésicos;
- ☞ Establecer el lugar deseado para que ocurra la muerte, incluido el hogar del propio paciente;
- ☞ Designar un procedimiento para que se lleven a cabo decisiones sobre cuidados de salud, cuando el paciente está incapacitado para hacerlo; y
- ☞ Solicitar que se designe al paciente como posible donador de órganos al momento de su muerte, entre otros.”¹⁵⁹

En todo caso, en ese país, el procedimiento en la gran mayoría de los documentos *Living Will* permite al paciente revocar en cualquier momento dicho documento, mediante la expresión oral o escrita de tal cambio de opinión hecha a un galeno, a una enfermera o a cualquier otro trabajador de la salud, lo que, obviamente, está supeditado a la condición que prevalece en el paciente en el momento en el que decide revocar el documento, ya que si tiene

¹⁵⁸ <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/hospital/spanish3.htm>

¹⁵⁹ http://www.dbm.tripod.com/ALL_Encyclopedia/cnecyc111.txt (Nota: Los puntos con señalamiento de *mano* son de un servidor)

dicho cambio de opinión después de que es incapaz de comunicarse con el exterior, pues... mala suerte, ya que,

“Bajo las condiciones que actualmente privan en el Sistema Judicial Estadounidense, después de que un documento *Living Will* ha sido firmado por el interesado, es legalmente obligatorio su cumplimiento, por lo que en adelante, si el paciente es incapaz de comunicarse con el exterior, es prácticamente imposible para el doctor de cabecera o la familia el tomar decisiones positivas que puedan ser consideradas, en un momento dado, como en mejor provecho para el paciente, por lo que la única opción legal viable es seguir el documento *Living Will* al pie de la letra. En esa tesitura a pesar de lo detallado que pueda llegar a ser un documento tipo *Living Will*, en los países en donde se suscriben legalmente documentos de este tipo, existe una incertidumbre, sobre todo entre los profesionales de la ciencia médica, con respecto a que, en el momento de suscribir el documento mediante el cual el interesado proscriba un determinado tratamiento terapéutico o médico en su persona, ese tratamiento, en efecto, sea inútil y hasta cruel; más sin embargo, temen que si la persona no revoca dicho documento en ningún momento de su vida, y llega el momento en que ya no pueda hacerlo por su incapacidad física de comunicarse totalmente con el exterior, aquél tratamiento o medio extraordinario que otrora pareciera inútil y hasta cruel, al cabo de los años, en el tiempo actual, puede llegar a ser una terapia bastante segura y eficaz.”¹⁶⁰

Por su parte, los defensores de la idea de que el *Living Will* es un escalafón hacia la legalización de la eutanasia pasiva, en primer lugar, y activa, en última instancia, presumen que

“[...] pueden llegar a ocurrir casos en los que el médico encargado del caso puede decidir que el cambio de opinión del paciente que pretenda revocar el documento tipo *Living Will* que suscribió tiempo atrás, es resultado de un trauma o de alguna otra circunstancia de tipo psicológico, con lo que el galeno

¹⁶⁰ <http://www.muertedigna.org/textos/cma233.htm>

puede desacreditar dicho cambio de opinión para continuar con lo especificado en el documento *Living Will*.”¹⁶¹

Para evitar que esta idea sea llevada a cabo por algún médico o institución médica defensores de la Eutanasia pasiva o activa, las políticas de algunos centros de salud de los Estados Unidos, o en lo personal, algunos médicos de dichos centros, han optado por objetar el ser partícipes de las decisiones plasmadas en un documento *Living Will*. Sin Embargo, por simple ética médica,

“[...] cuando un hospital tiene objeciones respecto a algún tratamiento, (como es el descontinuar el uso de medios artificiales de sostenimiento vital), se recomienda a los pacientes estar previamente informados, directamente con sus médicos o en los hospitales de su preferencia, acerca de tales objeciones para saber en qué consisten las mismas y si se refieren claramente a no llevar a cabo la última voluntad del paciente con respecto a su tratamiento médico en caso de que este ya no pueda comunicarse con el exterior.”¹⁶²

De cualquier modo, siempre, en cualquier tema de índole médica que contiene elementos propios de debate, como lo es el de los documentos *Living Will*, la información y la difusión clara, precisa, completa y oportuna que de los mismos se dé, es siempre la mejor forma de que los pacientes puedan tomar una mejor decisión acerca de lo que se hará con su cuerpo llegado el momento en el que éstos ya no puedan decidir por sí mismos sobre el asunto. Por ello, los diferentes Estados de la Unión Americana que cuentan con una legislación aplicable respecto a los Testamentos Vitales, por poner un ejemplo en el mundo, difunden e informan cada vez más a su

¹⁶¹ http://www.rlbm.tripod.com/AT1_Encyclopedia/encyc111.txt

¹⁶² <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/hospital/spanish3.htm>

población, a través de diversos medios y canales, de las diferentes opciones que pueden tener los pacientes y las diversas modalidades que, de acuerdo a cada legislación, pueden adoptar los documentos *Living Will*. Finalmente,

“[...] se ha adoptado la postura de recomendar a los pacientes que antes de que tomen cualquier decisión acerca de firmar o no un documento *Living Will*, consulten con su familia, con sus amigos cercanos, con su médico, e inclusive, con su abogado, con la advertencia de que la decisión que tome cada individuo, será personalísima, por lo que se informa de todas las responsabilidades y consecuencias que implica la firma de un documento de dicha índole.”¹⁶³

No obstante todo lo anterior, el tema del *Living Will* aun es motivo de estudio y debate en muchos países y úe mejoramiento y actualización en aquellos que ya lo han adoptado como una medida humanitaria de respeto a la autonomía del paciente y a la calidad de vida que cada quien quiere llevar llegado el momento en que ya no puede decidir sobre el asunto.

Por otra parte, es común en los Estados Unidos el que se llegue a confundir el documento *Living Will*, con lo que es el *Poder para Casos de Emergencia Médica*. El primero de ellos, como ya se ha puntualizado, es un documento que por lo general se usa para que el propio paciente, y sin intermediarios, exprese su negativa anticipada a recibir tratamientos o procedimientos de mantenimiento vital en ciertas circunstancias, cuando llegado el momento, esté imposibilitado para hacerlo por su propia cuenta. Por el contrario,

“*El Poder para Casos de Emergencia Médica* permite a una persona escoger a otra de su plena confianza, para que

¹⁶³ *Idem*

tome en su nombre decisiones sobre tratamientos y procedimientos médicos que deberán administrársele a la primera si ésta no está en condiciones de tomar dichas decisiones por su propia cuenta. A diferencia del *Living Will*, el poder no indica expresamente que el paciente deba saber con anticipación todas las decisiones que se deben tomar llegado el caso. El apoderado designado por el paciente podrá interpretar sus deseos a medida que cambien las circunstancias médicas y podrá tomar decisiones en las cuales el paciente no hubiese reparado. Sin embargo, el Poder para Casos de Emergencia Médica es tan útil para autorizar tratamientos y procedimientos médicos, como para decidir que un determinado tratamiento y/o procedimiento se deben discontinuar. Si la persona llena y firma un formulario de Poder para Casos de Emergencia Médica, y además, llena y firma un formulario de *Living Will*, las instrucciones que este último documento contenga son las que el apoderado del paciente deberá cumplir y hacer cumplir y le servirán de guía cuando tenga que tomar decisiones. Dado el caso de que el apoderado del paciente no pueda estar presente cuando se deban tomar las decisiones, o no esté en condiciones de actuar, el paciente tiene la facultad de designar un apoderado suplente para que decida en lugar suyo, ya que de lo contrario, los encargados de la atención médica del paciente podrán tomar decisiones sobre los tratamientos médicos pertinentes, ateniéndose a las instrucciones que el paciente haya impartido cuando estaba capacitado para ello, es decir, las instrucciones que el paciente anote en el formulario del Poder para Casos de Emergencia Médica son los que sirven de guía a los encargados de la atención médica del paciente en tales circunstancias.”¹⁶⁴

En muchos Estados de la Unión Americana y en el caso de la Provincia de Cataluña, España, y de Puerto Rico, si bien el paciente no requiere de la presencia de un abogado para firmar el documento *Living Will*, si es necesaria la presencia de por lo menos dos testigos y que el documento esté firmado ante Notario Público, ya que éste último debe poder declarar que tanto el paciente como los testigos se

¹⁶⁴ *Idem*

presentaron delante de él, voluntariamente, para legalizar el Testamento en Vida del paciente, y que se satisficieron todos los requisitos pertinentes.¹⁶⁵

La motivación para la creación de este tipo de documentos en cada legislación, en principio, es el mismo:

"[...] evitar el encarnizamiento o ensañamiento terapéutico, ocasionado, según los defensores de tales documentos, por el orgullo prepotente de los médicos que tienen celos de perder prestigio como profesionales ante el hecho natural e inevitable de la muerte, máxime cuando de por medio existen intereses económicos, o si el paciente resulta ser un alto personaje, dando paso a una ética médica alterada y un manejo artificial del paciente y de la familia de éste."¹⁶⁶

Existen ejemplos de esta motivación:

El Estado de California, cuya *Ley de Muerte Natural* entró en vigor el 1° de enero de 1977, expuso los motivos de legislar este tipo de documentos en el preámbulo de dicha ley, que a la letra sostiene:

"La legislación entiende que las personas adultas tienen el derecho fundamental de controlar las decisiones referentes a la administración de su propio cuidado médico, incluyendo la decisión de no utilizar o interrumpir procesos de mantenimiento de la vida en casos de condición desahuciada.

La legislación reconoce además que la tecnología médica moderna ha hecho posible la prolongación artificial de la vida humana más allá de los límites naturales.

La legislación entiende también que en interés de proteger la autonomía individual, esa prolongación de la vida para personas en condición desahuciada puede causar la pérdida de

¹⁶⁵ El párrafo fue resumido por un servidor de las siguientes páginas de Internet:
http://www.ncha.org/public/lw_i_s.html, <http://www.actualderechosanitario.com/fielsinki.htm>, y
http://www.capr.org/abogados/Legislativo/living_will.htm

¹⁶⁶ <http://colombamedica.umvalle.edu.co/Vol27No2/reflexiones.html>

la dignidad del paciente y dolores y sufrimientos innecesarios, mientras que no proporciona nada que sea médicamente necesario o beneficioso para el paciente.

La legislación recoge asimismo el hecho de que existe una incertidumbre en las profesiones médicas y legales respecto a la legalidad de terminar con la utilización o aplicación de procedimientos para mantener la vida cuando el paciente haya evidenciado voluntariamente y con plenas facultades un deseo de que estos procedimientos no se utilicen o se interrumpan.

En reconocimiento de la dignidad e intimidad que los pacientes tienen derecho a esperar, la legislatura declara por lo tanto que las leyes del estado de California reconocerán el derecho de una persona adulta a hacer una declaración por escrito instruyendo a su médico para no usar o para interrumpir procedimientos para mantener la vida en el caso de un paciente desahuciado.”¹⁶⁷

Por su parte, la legislación de Puerto Rico, en su Ley número 160 del 17 de noviembre de 2001, denominada *Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente*, menciona en su Exposición de Motivos lo siguiente:

“Como principio rector del entramado constitucional, se sentenció en el Artículo II, Sección I, de la Constitución de Puerto Rico, que la dignidad del ser humano es inviolable. Por tal motivo, en la Carta de Derechos de los Individuos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico enumera una serie de derechos fundamentales cuya expresión es consecuencia lógica e inescapable de dicho reconocimiento. Sobresale entre dichos derechos reconocidos: el derecho a la intimidad; el derecho a la protección, de parte del Estado, contra ataques abusivos a la honra y la dignidad de los individuos. En relación con ello, mucho se ha hablado sobre la convergencia entre dicho mandato constitucional y las fronteras de lo permisible en el tratamiento del cuerpo humano.

¹⁶⁷ PÉREZ VALERA, Victor M., *Op. cit.*, pág. 159, en nota de pie de página, con referencia a German Grisez y Joseph M. Boyle Jr., *Life and Death with Liberty and Justice: A Contribution to the Euthanasia Debate*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, London, 1979, p.p. 100-107.

Actualmente, con los avances de la tecnología médica, se ha alcanzado la capacidad de mantener activos los signos vitales de una persona en permanente estado de inconsciencia y retrasar el curso normal de la muerte, mediante la utilización de medios artificiales en etapas en que la muerte, de ordinario, sobrevendría. En tales casos, se ha reclamado el derecho de los pacientes a que se respete su voluntad expresada de que no se le someta, o que se le someta afirmativamente, a determinado tratamiento médico. De este modo se reclama el derecho a la intimidad en su modalidad de impedir la invasión corporal mediante tratamiento médico. Esto es, a su vez, una manifestación de los derechos libertarios de los individuos, reconocidos y protegidos con la exigencia del debido proceso de ley.

Esta Ley atiende al reclamo del derecho a la intimidad y al reconocimiento de la autonomía de la voluntad del individuo para integrar a nuestro ordenamiento jurídico un proceso legal mediante el cual el individuo mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, pueda dejar constar su voluntad anticipada de que en caso de sufrir, en el futuro, de alguna condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente, su cuerpo sea sometido o no a determinado tratamiento médico. Esto, ante la eventualidad de que su condición no le permitirá expresarse durante el momento en que dicho tratamiento médico deberá o no deberá, según su voluntad, serle administrado. Así también, el declarante podrá nombrar un mandatario para que en este mismo caso y ante la eventualidad de no haber dispuesto sobre alguna situación médica en la declaración de voluntad, éste tome las decisiones, según los valores e ideas del declarante en cuestión. A falta de tal designación, operará una prelación entre los familiares, según se dispone en la medida. En la figura del mandato consignada en el Código Civil, las obligaciones que produce cesan con la incapacidad del mandante. Mediante la adopción de esa figura aquí, las obligaciones del mandato se activan, luego de ocurrida la incapacidad de facto.”¹⁶⁸

2. El *Living Will* en México: tan lejos, tan cerca.

Después de este breviarío histórico sobre el concepto y los documentos tipo *Living Will*, veamos qué es lo que sucede en México al respecto. La verdad es que en México, actualmente, comienzan a suceder cosas interesantes sobre este tema, aunque falta todavía un gran tramo por recorrer para que los documentos de este tipo puedan ser realmente considerados un instrumento legal de ayuda idónea en la práctica médica cotidiana en nuestro país, ya que aún no está plena y detalladamente definido su contenido y delimitados los usos y alcances que pueden tener, por lo que nuestra legislación positiva, hoy día, recoge apenas las primeras pinceladas del cuadro médico-legal que se ha comenzado a crear en México en torno a este tema.

A pesar de que en México el tema de los documentos tipo *Living Will* ciertamente cuenta ya con un génesis y una lenta evolución hacia un marco jurídico definitivo, aun es comentado de manera superficial dentro de los círculos médicos de nuestro país, sin darle la importancia y relevancia que el tema merece desde el punto de vista médico, y son escasas las personas que en el ámbito jurídico tratan el tema con la seriedad y profundidad que se requiere para tener una legislación detallada y eficaz al respecto.

En este espacio, quiero mencionar la labor que al respecto ha estado realizando el equipo de investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. En especial, me gustaría resaltar la participación en el tema de tres reconocidas investigadoras dentro de dicho Instituto. Se trata de la Doctora Ingrid

Lilian Brena Sesma, Investigadora Titular C de tiempo completo en dicho Instituto, reconocida como Investigadora Nacional Nivel 1; de la Doctora María Patricia Kurczyn Villalobos, Investigadora Asociada B de tiempo completo en el mismo Instituto, reconocida también como Investigadora Nacional Nivel 1, y de la Maestra Eugenia Maldonado Rodríguez, Investigador Jubilado Docente en el Instituto en cita. Tres personalidades de la investigación jurídica Universitaria actual, en cuyas líneas de investigación se encuentran, precisamente, la de Salud y Derecho, la de Derechos de la Personalidad y la de Genética, entre muchas otras, perteneciendo las dos primeras al Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derecho. Dentro del programa de actividades del año 2002 del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, estas tres investigadoras participaron en las rondas acerca de los Derechos de los Pacientes y específicamente, el 29 de mayo del 2002, participaron en las conferencias en torno al tema del *Living Will*, a las cuales en su conjunto se les intituló *Manifestación de la voluntad: ¿el Living Will en México?*, conferencias que, dicho sea de paso, tuvieron poca difusión, (muy poca difusión, a decir verdad), y a las que, por no tener conocimiento a tiempo de su existencia, desgraciadamente no pude asistir.

Fue por ello que el pasado mes de septiembre de 2002, intenté entablar una charla acerca de este tema con la Doctora Brena, a la cual solo pude contactar vía telefónica. En dicha conversación, le pregunté a la Doctora si me podía hablar un poco acerca de sus conocimientos acerca del *Living Will* en México, tema materia de la conferencia del 29 de mayo. Sin embargo, como muchos de los

investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, la Doctora Brena es reservada y celosa en cuanto a divulgar los resultados de sus investigaciones, por lo que se mostró renuente a compartir su opinión acerca del tema conmigo, prefiriendo guardar para sí cualquier comentario, por lo menos hasta que existiese una publicación formal con su nombre inscrito en la misma, (publicación que hasta la fecha aun no edita el Instituto), no obstante en que le insistí que el presente trabajo se trataba solamente de una tesis de licenciatura, y en que la información que ella me proporcionara y que llegase a incluir en el mismo, sería perfectamente reconocida como suya en exclusividad. Por su parte, las investigaciones que sobre el tema presentaron en la citada conferencia tanto la Doctora María Patricia Kurczyn Villalobos, como la Maestra Eugenia Maldonado Rodríguez, tampoco han sido publicadas por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

La investigación jurídica es a veces propensa a sufrir del hermetismo exagerado, y en ocasiones, incomprensible de los investigadores jurídicos con respecto a sus hallazgos, opiniones y conocimientos, los cuales, finalmente, representan su legado personal para la sociedad en la que viven, para que ésta pueda aplicarlo en su beneficio. Consciente estoy que en la actualidad se han relajado cada vez más los principios éticos entre los colegas de la ciencia jurídica, y que existe un miedo entendiblemente latente al robo de ideas, sobre todo entre los investigadores jurídicos. Sin embargo, no se puede permitir que ese miedo se convierta en pánico y que, además, se complemente con arrogancia. Lo que es más, no debe permitirse que ese temor y arrogancia se constituyan como el

eje de la investigación y el conocimiento jurídicos, ya que ambos se verán frenados considerablemente si no aprendemos a controlar esos males que los aquejan en un interminable círculo vicioso.

No es mi intención hablar más al respecto. Lo que sí quiero hacer patente es que en México sí se discute acerca del *Living Will*, pero los resultados de esos debates son muy poco difundidos, (por no decir mínimamente difundidos), entre la población, quien, finalmente, tiene la opinión más importante en cuanto a este tema, ya que es a ella a quien directamente afectará la instauración en la legislación de este tipo de documentos.

No obstante lo anterior, un acercamiento a los documentos tipo *Living Will*, puede verse reflejado en dos importantes y sobre todo, innovadores documentos que la práctica médica mexicana tiene al alcance en la actualidad. Me refiero al *Código de Conducta para el Personal de Salud 2002* y el *Código de Bioética para el Personal de Salud 2002*, ambos editados por la Secretaría de Salud.

En el primero de ellos se puede observar, específicamente en su apartado II intitulado *ESTÁNDARES DE COMPORTAMIENTO*, punto 1, *Estándares de trato profesional*, sub-punto 8, que una de las conductas que los integrantes de salud y sus líderes deberán observar será defender “[...] la dignidad de la persona, vedando [...] tratamientos innecesarios [...]”.¹⁶⁹

Ahora bien, el documento en comento, en el punto 4, llamado *Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación*, en su sub-punto 14, da un breve bosquejo de cómo defenderá el personal de salud la dignidad de la persona, (además de actuar vedando tratamientos innecesarios), al referir que “[...] el consentimiento válidamente informado del paciente [...] protege sus derechos y dignidad humana.”.¹⁷⁰ Se debe recordar que una de las formas de obtener el consentimiento válidamente informado del paciente es a través de los *documentos* conocidos como *Cartas de Consentimiento Bajo Información*, de las que habla la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, *Del Expediente Clínico*. Además con respecto a lo anterior, dicho sub-punto, menciona que, “Bajo los principios de privacidad y autonomía, *una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.*”.¹⁷¹ Esta autodeterminación se ve sustentada en el sub-punto 16, del punto 1, *Estándares de trato profesional*, mencionado líneas arriba, en donde se menciona que, además de defender la dignidad de la persona, y en relación directa con dicha defensa, el personal de salud

“*Respetará las decisiones de los pacientes o de quien tutele sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias diagnósticas, terapéuticas o rehabilitatorias para las que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada.*”.¹⁷²

Supongo que lo que se intentó decir al referir que *la misma que será documentada*, es que la autorización del paciente será documentada.

¹⁷⁰ *Idem*

¹⁷¹ *Idem* (Nota: las cursivas son de un servidor.)

¹⁷² *Idem* (Nota: las cursivas son de un servidor.)

Aunado a lo anterior, el personal de salud, según el sub-punto 28 del mismo punto 1,

*“Se abstendrá de realizar, en el marco normativo de la institución, y en acuerdo con los familiares responsables, todo procedimiento desproporcionado que pueda significar ensañamiento terapéutico o bien efectuar acciones de reanimación que expresamente haya prohibido el paciente.”*¹⁷³

Por último, en el sub-punto 29 señala que el personal de salud

*“[...] debe revisar y actualizar las indicaciones verbales y por escrito con el paciente referentes a sus decisiones anticipadas de mantenimiento del tratamiento de sostén en terapia intensiva y elección de su representante para que apoye su decisión cuando no exista el pleno uso de sus facultades mentales, anotando en cada ocasión en el expediente clínico.”*¹⁷⁴

Por su parte, el Código de Bioética para el Personal de Salud 2002, menciona en su Capítulo III, intitulado *EL ENFERMO COMO CENTRO DE INTERÉS DE LA BIOÉTICA*, específicamente en el punto 20 del Código que

*“El enfermo, en cualquier momento de su vida, puede expresar por escrito su voluntad anticipada para evitar que si sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas, se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con las que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida física, psicológica o socialmente aceptable.”*¹⁷⁵

¹⁷³ *Idem* (Nota: las cursivas son de un servidor.)

¹⁷⁴ *Idem* (Nota: las cursivas son de un servidor.)

¹⁷⁵ *Idem* (Nota: las cursivas son de un servidor.)

“Los deseos del paciente bien informado que solicita no ser reanimado en la complicación comatosa de una enfermedad incurable, deben ser respetados y no prolongar artificialmente su vida. En todo caso, el médico debe proteger los derechos del paciente y auxiliarlo sin excesos terapéuticos con lo mejor de sus conocimientos y creencias, cumpliendo con los cuatro principios de la BIOÉTICA [...]”¹⁷⁷

No obstante la relevancia que la redacción de este último punto tiene con respecto al tema que trato en el presente Capítulo, el mismo fue adecuado y finalmente redactado de la manera como ahora se puede leer en el punto 20 del Capítulo III del actual Código de Bioética para el personal de Salud, mismo que fue expuesto párrafos arriba.

Como se puede ver, los Códigos de Conducta y de Bioética para el Personal de Salud del 2002, contienen en su texto un claro ejemplo de los comienzos creativos de lo que puede llegar a ser finalmente el marco jurídico de los documentos tipo *Living Will* en México. Pero si se compara por un momento a la totalidad de ese marco jurídico con una sinfonía musical en la que intervienen diferentes elementos instrumentales organizados de manera sistematizada y adecuada a la pieza que se va a interpretar, se debe estar consciente de que si se quiere que la sinfonía legal respecto de los documentos tipo *Living Will* esté perfectamente armonizada y entonada con la realidad médico-social que actualmente vive la población de México, (misma que puede conocerse a partir del

¹⁷⁷ *idem*

estudio y análisis de las necesidades reales y congruentes que tienen los millones de pacientes que día a día acuden a las instituciones y establecimientos que proporcionan los servicios de salud en nuestro país, necesidades entre las cuales destacan la enseñanza, fomento, delimitación y respeto de la autodeterminación a la que tiene derecho la población en general, con respecto a su propio cuerpo y a su vida), se debe contar con más elementos, con más instrumentos de los que existen actualmente en la aun ambigua e incompleta redacción de los puntos plasmados en el texto de los Códigos que he venido exponiendo y comentando a lo largo de los últimos párrafos, mismos puntos que representan apenas unas cuantas notas en el pentagrama de la sinfonía legislativa de los documentos tipo *Living Will* en México, más no la música en sí. En efecto, los puntos antes referidos quedan aun lejos de ser la legislación sustantiva y adjetiva detallada que se busca tener, adecuada a la realidad y las necesidades que he mencionado.

Es por lo anterior que me vienen a la mente, como ya se ha hecho costumbre en este trabajo de investigación, una serie de interrogantes que considero trascendentales en lo que se refiere al tema central de este Capítulo:

Teniendo conocimiento que la conformación de ambos Códigos son el resultado de la consulta, apoyo, estudio e investigación profunda y comprometida de distinguidos profesionales de la salud, de investigadores, académicos, profesores, y hasta estudiantes de medicina y enfermería, y de personas destacadas en ámbitos sociales afines a la salud de nuestro país, ¿por qué nuestros

legisladores, al igual que todas las personas mencionadas, no han tenido el mismo compromiso, esfuerzo y dedicación para realizar, con el asesoramiento adecuado de profesionales de la medicina, la investigación, consulta, estudio, debate y, finalmente, la creación de una legislación sustantiva y adjetiva federal, o la inclusión dentro de un cuerpo normativo ya existente, como es la Ley General de Salud, del tema referente al consentimiento anticipado del propio paciente con muerte cerebral comprobada para que sea él quien, antes que nadie, decida por escrito el prescindir de los medios artificiales que no le permiten morir completamente? ¿Por qué tiene que ser un puñado de dedicados y esforzados profesionales de la salud en México el que debe dedicar su tiempo en legislar sobre estos temas, para que finalmente solo se gaste un bosquejo incompleto y falto de todo procedimiento sobre la documentación que puede darse con respecto a la autodeterminación del paciente respecto de su cuerpo y de su calidad de vida en situaciones de salud extremas, como el que hemos visto en los puntos de los dos Códigos que comentamos? ¿Es que acaso no existe la preocupación por parte de nuestros legisladores por revisar las Leyes que rigen a los gobernados, (como la Ley General de Salud vigente), para que las mismas estén actualizadas, acordes con la realidad que la población mexicana vive, y para que vayan a la par de los cambios que se gestan tanto en la sociedad de nuestro país, como en la del resto del mundo, para el caso específico, en materia de salud? ¿Deben permanecer solamente los puntos que en materia de autodeterminación del paciente con respecto a su cuerpo y a su calidad de vida en casos de salud extremos, contienen los Códigos de Conducta y Bioética para el personal de Salud del 2002, como actualmente se encuentran: es

decir, ambiguos, incompletos, faltos de procedimientos detallados y adecuados y a un nivel de simples códigos de conducta y ética biológica, cuando muy bien podrían estar los mismos, (y específicamente, el tema del consentimiento anticipado del propio individuo con muerte cerebral comprobada y del documento en el que se plasme dicho consentimiento), perfectamente detallados, delimitados y adjetivados con un procedimiento acorde a las necesidades de las personas que dan ese consentimiento y suscriben tal documento, dentro de la propia Ley General de Salud?

Todas las anteriores interrogantes podrían tener respuesta satisfactoria si existiera una intervención comprometida y formal de los integrantes del Congreso de la Unión.

Quizá he criticado muy duramente con estas interrogantes el trabajo legislativo que en materia de Salud, y propiamente, con respecto al Artículo 345 de la Ley General de Salud, han llevado a cabo en los últimos años y realizan actualmente nuestros legisladores, pero desgraciadamente, la realidad es cada vez más evidente, llegándose al extremo de pensar, no siempre, pero ocasionalmente, que tales preguntas no tendrán respuesta...

Con todo este panorama que se ha venido estudiando, y en lo que concierne a la realización de la adistanasia en estricto sentido en México, con respecto a la inclusión dentro del texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, del individuo con muerte cerebral, entre las personas que pueden autorizar, solicitar y/o dar su consentimiento para que se realice tal práctica en dicho individuo al

presentarse en éste la referida condición de muerte cerebral comprobada, plantearé ciertas consideraciones:

- Se debe tener presente que la Ley General de Salud no reconoce, en la actualidad, de manera alguna el derecho del propio paciente con muerte cerebral comprobada, a autorizar, consentir y/o a solicitar, antes que cualquiera otro individuo, la realización en su persona de una adistanasia en estricto sentido al momento de que le acontezca dicha muerte cerebral, anticipadamente a que tal condición ocurra, excluyéndolo totalmente de tal decisión;
- Se debe reconocer que la falta de la figura del individuo con muerte cerebral comprobada como una de las personas que anticipadamente puede autorizar, solicitar y/o consentir la realización de la adistanasia *strictu sensu* en su persona al momento de que le acontezca dicha muerte cerebral, dentro de la Ley General de Salud vigente, puede acarrear problemas de diversa índole en el momento mismo de ser comprobada la muerte cerebral del paciente, problemas que pueden consistir, entre muchos otros, en la incertidumbre de quién debe autorizar la desconexión de los medios artificiales que mantienen con vida al individuo con muerte cerebral comprobada, sobre todo cuando se trata de un paciente el cual no tiene a nadie en el mundo más que a sí mismo, o cuando se trata de un desconocido, un indigente solitario, o un abandonado; o bien, cuando se trata de un paciente que tiene a toda su familia con él, y no obstante ello, ningún miembro de esa familia quiere tomar la decisión de prescindir de los medios artificiales que mantienen con vida a ese

paciente con muerte cerebral comprobada, aun y cuando puede ser un posible donador de órganos, y el tiempo para un receptor apremia.

- Se debe reconocer que, para evitar esos problemas, se puede, de hecho, tener anticipadamente el consentimiento, autorización y/o solicitud del paciente con muerte cerebral comprobada, para que se realice la adistanasia en estricto sentido en su persona al momento de que le acontezca dicha muerte cerebral, a través de un documento en el que se plasme por escrito, de manera clara, precisa y sin lugar a dudas, el deseo de dicho paciente de que se le practique la referida adistanasia en estricto sentido como consecuencia de que en su persona acontezca la muerte cerebral comprobada, a través del procedimiento que propuse en el Capítulo anterior para tal caso;
- Se debe reconocer que, para que éste documento tenga los efectos legales pertinentes para la realización de la adistanasia en estricto sentido en el paciente que presenta muerte cerebral comprobada, debe de incluirse como una figura jurídica dentro de la legislación sanitaria vigente en nuestro país;
- Se debe reconocer que para que este tipo de documento pueda tener cabida dentro de la Ley General de Salud como una figura jurídica, debe de contar con un procedimiento de igual manera regulado por la legislación positiva, para evitar confusiones, desviaciones, abusos e irregularidades de cualquier tipo y de cualquier persona, en su creación y, sobre

todo, en su aplicación al momento de presentarse la muerte cerebral comprobada del individuo que lo suscribe;

- Se debe tener en cuenta que, para que tanto la figura del documento que se menciona, como la del procedimiento para su creación y aplicación, dado el caso, puedan incluirse dentro de la Ley General de Salud y/o en la legislación sanitaria reglamentaria de ésta, deben pasar por un estudio minucioso, pero a la vez objetivo y eficiente, que permita tener un crisol de ideas y opiniones que sobre este tema aporten tanto médicos como juristas, además de, por supuesto, la sociedad en quien recaerá finalmente esta figura jurídica y su reglamentación; y que
- Contando con todo lo anterior, se debe reconocer que no existe ningún impedimento para incluir dentro del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, tanto al individuo con muerte cerebral entre las personas que pueden autorizar, solicitar y/o dar su consentimiento para que se realice tal práctica en dicho individuo al presentarse en éste la referida condición de muerte cerebral comprobada, como para incluir el documento y el procedimiento con los que se llevará a cabo tal acción.

Ahora bien, no es suficiente mencionar las anteriores consideraciones. Así que las aterrizaré auxiliándome de lo que he aprendido acerca de los documentos *Living Will* en otras naciones y de lo que me han permitido vislumbrar acerca del tema los Códigos de Conducta y Bioética en México.

C) EL DOCUMENTO DE MUERTE TOTAL

1. Creación del documento a proponer.

En primer lugar, los documentos tipo *Living Will* o *Testamento en Vida* en México, enfocados a la realización de la adistanasia en estricto sentido cuando ocurre la muerte cerebral comprobada de un individuo, no deben llevar tales nombres, por los motivos de confusión que pueden llegar, (y de hecho llegan), a presentarse, en la significación de los conceptos, cuando se les relaciona con el fondo del tema que estoy tratando en la presente investigación, razonamiento que ya expliqué con anterioridad, y que detallaré más adelante, al hablar de la errónea utilización de la palabra *testamento* para referirse a este tipo de documentos.

Aun y cuando en la práctica los documentos a los que me referiré a continuación tendrán un espíritu humanitario similar al que tienen los documentos tipo *Living Will* o de los *Testamentos en Vida* o *Testamentos Vitales*, y un fin último idéntico, el logro de una adistanasia en estricto sentido, los documentos que propogo deben ser nombrados en México de acuerdo al acontecimiento específico que los origina, (en este caso, la posibilidad de que le acontezca la muerte cerebral comprobada del individuo que suscribe el documento), y al fin que persiguen de manera práctica, (es decir, no solo la adistanasia en estricto sentido, sino la manera de llevarla a cabo; en otras palabras, el prescindir de todos y cada uno de los medios artificiales de soporte vital con los que cuente el paciente al que se le haya comprobado la muerte

cerebral). Así pues, el documento que propongo debe llevar en México por nombre:

*DOCUMENTO DE DECLARACIÓN
UNILATERAL DE ÚLTIMA VOLUNTAD,
REFERENTE A PRESCINDIR DE TODOS Y
CADA UNO DE LOS MEDIOS ARTIFICIALES
DE SOSTENIMIENTO VITAL CON LOS QUE
LLEGUE A CONTAR EL DECLARANTE, EN
CASO DE QUE, A FUTURO, SE COMPRUEBE
EN SU PERSONA LA MUERTE CEREBRAL.*

Lo anterior, siguiendo el modelo de nombre que para documentos tipo *Living Will* adoptaron por su parte el estado de Nueva York en los Estados Unidos de Norteamérica, y la Nación de Puerto Rico.

Ahora bien, es mi deber aclarar algo: el que el nombre de este documento contenga los elementos esenciales que le permiten no ser confundido con ningún otro tipo de documento legal que pudiese llegar a tener características similares¹⁷⁸, no necesariamente significa que dicho nombre es práctico, de fácil uso, o que es fácil de recordar. Lo que intento decir es que, en verdad, el nombre del documento es realmente específico y no deja lugar a dudas respecto a qué suceso lo origina, cuál es su objeto y cómo se logra dicho objeto. Aún más: el nombre es en gran medida apropiado para que lo manejen y lo empleen juristas, abogados, médicos y en general todo profesional de la salud.

¹⁷⁸ Piensese en que puede llegar a existir legalmente un documento con el cual el declarante decida prescindir de todos los medios artificiales de sostenimiento vital a los que puede llegar a estar *conectado*, cuando le acontezca a este solo un coma profundo o un estado vegetativo permanente, y no así una muerte cerebral comprobada.

En pocas palabras, y a mi humilde parecer, es un excelente *término legal*. Sí, de acuerdo. Pero resulta ser que el grueso de la población no maneja términos tan específicos como el de *declaración unilateral de última voluntad*, el vocablo *prescindir*, o no saben con certeza cuáles son o pueden ser los *medios artificiales de sostenimiento vital*.

El hecho es que debo idear un término más simple e igual de convincente que el que acabo de mencionar. A la población en general, debo darle un *término popular* para que nombre al documento que propongo. Un término que, cuando lo escuche, lo vea y lo tenga en mente, le permita identificar al documento inmediatamente, sin que tenga dudas acerca del mismo. Para ello, es necesario, primeramente, manejar un lenguaje sencillo, accesible y práctico; y en segundo lugar, el término popular al que me refiero, a pesar de ser sencillo y práctico, debe ser, a su vez, entendible en su significación y alcance, y claramente diferenciable de cualquiera otro.

Para lograr esto último, debo enfocarme lograr que cuando la población tenga dicho término popular en mente, debe saber de manera instantánea, con toda certeza y con toda exactitud, que el mismo es idéntico al término legal que manejé en un principio, solo que con menos palabras y planteado de una forma más sencilla. Siendo más preciso, la población en general, al escuchar, ver y tener en mente el término popular del documento que propongo, debe saber de manera inmediata qué significa dicho término, es decir: a) qué suceso origina el documento contenido en dicho término, (la posibilidad de que le acontezca al individuo que lo suscribe una muerte cerebral y que la misma sea comprobada); b) cuál es el objeto del mismo, (lograr una

muerte total) y; c) cómo se lleva a cabo éste, (a través de prescindir de los medios artificiales de sostenimiento de la vida), de tal suerte que el término popular de este documento, y el término legal con el que lo nombré en primera instancia, estén íntima e irremediabilmente ligados el uno al otro en la mente de la población, con el propósito de que no exista en ella posibilidad alguna de confusión o de duda respecto a si el término popular es distinto en cuanto a concepto, significado, origen, finalidad y procedimiento, del término legal que maneje al principio, o si el término popular se refiere a otro tipo de documento con características similares al que maneje como término legal.

Por todo lo anterior, siendo práctico con respecto al nombre popular que se les puede dar en nuestro país al documento que ya he nombrado con el término legal multicitado, puedo referirme a él simplemente como:

DOCUMENTO DE MUERTE TOTAL

O por sus siglas:

D. M. T.

Insisto: cuando la población tenga en mente o se refiera al *DOCUMENTO DE MUERTE TOTAL* sabrá que tal denominación es idéntica en concepto, significado, origen, finalidad y procedimiento al del *DOCUMENTO DE DECLARACIÓN UNILATERAL DE ÚLTIMA VOLUNTAD, REFERENTE A PRESCINDIR DE TODOS Y CADA UNO DE LOS MEDIOS ARTIFICIALES DE SOSTENIMIENTO VITAL CON*

LOS QUE LLEGUE A CONTAR EL DECLARANTE, EN CASO DE QUE, A FUTURO, SE COMPRUEBE EN SU PERSONA LA MUERTE CEREBRAL.

De manera gráfica, la población mexicana deberá entender el nombre popular de este documento tipo *Living Will*, de la siguiente manera:

DOCUMENTO DE MUERTE TOTAL	■ ■	DOCUMENTO DE DECLARACIÓN UNILATERAL DE ÚLTIMA VOLUNTAD, REFERENTE A PRESCINDIR DE TODOS LOS MEDIOS ARTIFICIALES DE SOSTENIMIENTO VITAL CON LOS QUE LLEGUE A CONTAR EL DECLARANTE, EN CASO DE QUE, A FUTURO, SE COMPRUEBE EN SU PERSONA LA MUERTE CEREBRAL
---------------------------	-----	---

En consecuencia, y apegándome a la explicación que he dado en estos últimos párrafos, en adelante, y para los propios efectos prácticos de la presente investigación, me referiré a los documentos tipo *Living Will* en nuestro país como *Documentos de Muerte Total* o con sus siglas *D.M.T.*

No obstante la precisión hecha en el párrafo que antecede, ahondaremos solo un poco en el término legal que manejamos primeramente, para explicarlo y analizarlo de una manera más completa, con la finalidad de mostrar las características del documento que hemos propuesto.

2. Características de fondo del documento propuesto.

Este nombre o término legal al que he llegado para nombrar a los documentos tipo *Living Will* en México es específico, ya que, a diferencia de los nombres *Living Will*, *Testamento en Vida* o *Testamento Vital*, esta denominación se limita a referirse a un *documento*, (debe ser por escrito), que suscribe una persona, de manera *unilateral*, (no se hace conjuntamente con otra persona, valga la redundancia), mediante el cual expresa, *previo* al probable acontecimiento tras el cual surtirá sus efectos, (es decir, previo al probable hecho de que acontezca la muerte cerebral comprobada de la persona mencionada), una *última voluntad*, (es decir, un último deseo o decisión), con respecto, y sólo con respecto, a *prescindir de todos y cada un de los medios artificiales que mantienen con vida a dicha persona*, (sean cuales sean éstos, según el caso), cuando, y sólo cuando, sobrevenga *la muerte cerebral* y esta sea *comprobada*.

Con lo anterior se descarta la posibilidad de que pueda llegar a darse en México la incertidumbre entre suscribir o no un documento de esta naturaleza, incertidumbre que suele existir en otros países del mundo en donde legalmente se llevan a la práctica los documentos tipo *Living Will*, y que consiste en la siguiente hipótesis: las terapias, tratamientos o medios extraordinarios de los cuales el paciente quiere prescindir en el futuro cuando ya no pueda comunicarse por medio alguno con el mundo exterior, son, en efecto, al momento de suscribir el paciente el documento tipo *Living Will*, *a todas luces inútiles* y generan solamente un encarnizamiento terapéutico innecesario, pero al cabo de los años, cuando le llega al paciente el momento en que ya no puede

comunicarse con el exterior, y el momento de llevar a cabo, (y al pie de la letra), lo que plasmó en el citado documento tipo *Living Will*, (el cual no revocó previamente), aquellos tratamientos, terapias y/o medios extraordinarios que antes parecían inútiles y hasta crueles, llegan a ser en ese momento, bastante seguros y eficaces. ¿Por qué refiero que se descarta en México la incertidumbre que tal hipótesis genera? Porque como ya lo dije, los DMT solo declaran el prescindir de todos y cada uno de los medios artificiales de sostenimiento vital, sólo, y sólo cuando concurre en el paciente la muerte cerebral y ésta es comprobada.

Es por esta misma razón que, por un lado, los DMT no conllevan a realizar una eutanasia pasiva en el individuo, ya que el documento que propongo solo podrá tener efectos hasta que sea plenamente comprobada la muerte cerebral, en estricto apego al procedimiento marcado en la Ley General de Salud y el cual mencioné y propuse en el Capítulo anterior. Y es también por esa razón que, por ahora, y tal vez, por mucho, mucho tiempo, el declarante del DMT no tiene de que preocuparse, ya que si la ciencia humana logra hacer reversible la muerte cerebral comprobada, los DMT que se hayan suscrito y que no se hallan cumplimentado, quedarán nulos... y toda esta investigación, también...

Volveré a mi anterior contexto. Al hablar de *última voluntad* en el término legal citado líneas arriba, indico que es *última* porque la persona que suscribe el documento no podrá tener otra voluntad con respecto a los medios artificiales que mantienen sus órganos vitales funcionando, (a excepción, claro está, de los órganos que comprenden el tallo cerebral y el encéfalo), ya que una vez que se ha prescindido de

tales medios artificiales, cualquier otra voluntad que dicha persona pueda tener con respecto a ellos es inoperante. Así mismo, al hablar de última voluntad, se puede inmediata, pero erróneamente, ligar dicho concepto al concepto de *testamento*, pero a diferencia de éste, la última voluntad a la que se refiere el documento que propongo se construye única y exclusivamente a *prescindir de todos los medios artificiales que mantienen con vida a dicha persona, cuando le sobrevenga la muerte cerebral comprobada*, y no refiere en nada a las decisiones o deseos de la persona que suscribe el documento respecto de sus bienes, obligaciones y derechos para después de su muerte. Aún más, el documento que propongo ni siquiera refiere el deseo o decisión de la persona que lo suscribe sobre su cuerpo o sus órganos para después de su muerte.

Insisto: el documento propuesto solo tiene como fin establecer, de manera previa, el deseo de la persona que lo suscribe de prescindir de todos los medios artificiales que la mantengan con vida en el probable caso de que le acontezca una muerte cerebral comprobada. Es también por ello que los DMT tampoco pueden ser *confeccionados a petición del cliente* para que sean actualizados a última hora en el fondo de su objetivo.

En fin, los DMT solo sirven para una cosa: para que el propio individuo con muerte cerebral comprobada, y solo él, decida, de manera escrita y anticipada, el prescindir de todos y cada uno de los medios artificiales que mantendrán sus órganos funcionando al momento en el cual le acontezca la muerte cerebral comprobada, y *nada más que para eso*.

No obstante todo lo anteriormente expuesto y explicado, el documento que propongo bien puede contener algunas de las características de la figura jurídica del testamento, si bien no todas, a fin de que no se le confunda con dicha figura. ¿Cómo es esto? Veamos:

El DMT, debe ser un *acto jurídico*, (debe crear derechos y obligaciones), *unilateral*, (lo que ya expliqué con anterioridad), *personalísimo*, (solo la persona que lo suscribe puede otorgarlo, no así su representante, ni siquiera en el caso de un menor, caso del que hablaré un poco más adelante); y *revocable*, (en tanto que el autor puede modificar el documento tantas y cuántas veces lo desee¹⁷⁹, o de plano revocarlo, sin que se le pueda obligar por contrato a no hacerlo). Por otro lado, las características de solemnidad y libertad se pueden dejar sólo para la figura jurídica del testamento, ya que, por un lado, no es necesario que en la Ley se especifique que dicho documento debe considerarse como un acto solemne, que deba estar revestido de ciertas formulas o protocolos en el momento de ser suscrito, como sucede con la figura jurídica del testamento, aunque sí debe especificarse expresamente en la Ley los requisitos básicos que debe contener el documento que propongo, concepto éste último distinto al de la solemnidad. En otra tesitura, no es precisamente un documento libre, ya que si tiene límites a la voluntad del que lo suscribe, en lo que se refiere a la forma de llevar a cabo el objetivo o finalidad del mismo, ya que, como lo mencioné líneas arriba, se enfoca a prescindir de *todos y cada uno* de los medios artificiales que mantienen con vida a dicha persona, cuando le sobrevenga la muerte cerebral comprobada, y no solo a *algunos* de esos medios artificiales, ya que el espíritu

¹⁷⁹ Si no en su objeto o finalidad, si en su contenido y forma.

humanitario del que está revestido el documento, (lograr una adistanasia *strictu sensu* y con ello, la muerte completa del individuo con muerte cerebral comprobada), no podría lograrse si no se prescinde de todos los medios artificiales de sostenimiento vital con los que cuenta el paciente, a diferencia de lo que ocurre con el testamento, el cual

“[...] no tiene límites en el poder de disposición de los bienes del testador que no se extinguen con la muerte, y al cual la Ley no impone obligación de destinar determinada parte de sus bienes a ciertos herederos.”¹⁸⁰

Ahora bien, necesariamente debo hablar del caso de los menores y de los incapacitados con respecto a su inclusión en el tema de los Documentos de Muerte Total. Para ello, me auxiliaré de lo que la Ley dispone acerca de los testamentos, ya que, como se ha visto, llegan a ser figuras parecidas, pero nunca iguales, (situación que explica, de cierto modo, porque a los documentos tipo *Living Will* se les suele llamar, aunque erróneamente, *testamentos*).

Por principio de cuentas, se debe observar la capacidad para testar en sentido amplio y la capacidad para testar *a contrariu sensu*, de la que nos hablan, respectivamente, los Artículos 1305 y 1306, tanto del Código Civil para el Distrito Federal, como del Código Civil Federal, conceptos que ayudarán a poner en un plano paralelo al de capacidad para testar, el concepto de capacidad para suscribir el DMT. Pero antes, permítanme referirme al Artículo 450 de dichos ordenamientos que habla de la incapacidad en general, y más específicamente de quienes tienen incapacidad natural y legal:

¹⁸⁰ BAQUETIRO ROJAS, Edgar, *loc. cit.*

"I. Los menores de edad;

*II. Los mayores de edad que por causa de enfermedad reversible o irreversible, o que por su estado particular de discapacidad, ya sea de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional, mental o varias de ellas a la vez, no puedan gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad, por sí mismos o por algún medio que la supla."*¹⁸¹

Así pues, por lo que respecta a los menores de edad, el Artículo 1305 tanto del Código Civil para el Distrito Federal, como del Código Civil Federal, establece que "*Pueden testar todos aquellos a quienes la ley no prohíbe expresamente el ejercicio de ese derecho.*" Pero inmediatamente después, el artículo 1306 de los ordenamientos citados, señala, *a contrariu sensu*, que están incapacitados para testar, primeramente, los "[...] menores que no han cumplido dieciséis años de edad [...]", y los que "[...] habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio."¹⁸², refiriéndose, aunque no expresamente, a los mayores de edad en tal condición. En base a lo anterior, en primer lugar, se puede decir que la capacidad para suscribir un Documento de Muerte Total no les está dada a los menores de dieciséis años. En sustento a lo anterior, y en términos del propio Artículo 345 de la Ley General de Salud que se analiza en el presente trabajo, no es necesario que la persona menor de la edad mencionada suscriba un Documento de Muerte Total, ya que serán, en este caso en particular, las personas que el propio Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente las que

¹⁸¹ CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 26 de marzo de 1928. Artículo 450. Fracciones I y II. (vigentes al año 2004).

CÓDIGO CIVIL FEDERAL. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 29 de mayo de 2000. Artículo 450. Fracciones I y II. (vigentes al año 2004).

¹⁸² "ARTÍCULO 1306. Están incapacitados para testar:

I. Los menores que no han cumplido dieciséis años de edad, ya sean hombres o mujeres; y

II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio."

Ibidem. Artículo 1306. Fracciones I y II. (vigentes al año 2004).

decidan si se prescinde o no de los medios artificiales que evitan que en el menor de dieciséis años se presente la muerte total, siendo de esas personas las principales, en tal caso, las que ejercen sobre el menor la patria potestad.

A reserva de que en una investigación paralela a la que ahora se plasma en el presente trabajo comente y exponga a detalle y a profundidad el caso específico de que no exista persona alguna de las que se mencionan el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente para que decida si se retiran o no del menor de edad los medios artificiales de sostenimiento vital que no le permiten morir completamente después de comprobada su muerte cerebral, hablaré del papel que tiene el Estado en este tema, sin extenderme demasiado. En mi opinión, solo el tutor testamentario en términos del Artículo 471 de los dos ordenamientos civiles anteriormente referidos¹⁸³, o los tutores que no requieran de curador¹⁸⁴, como son los que prevén los Artículos 492 y 500 de los dos Códigos multicitados,¹⁸⁵ serán las personas indicadas que decidirán sobre si se prescinde o no de los medios artificiales que no permiten a un menor de edad con muerte

¹⁸³ -ARTÍCULO 471. El nombramiento de tutor testamentario, hecho en los términos del Artículo anterior, excluye del ejercicio de la patria potestad a los ascendientes de ulteriores grados."
Ibidem, Artículo 471, (vigente al año 2004).

¹⁸⁴ -ARTÍCULO 618. Todos los individuos sujetos a tutela, ya sea testamentaria, legítima o dativa, además de tutor tendrán un curador, excepto en los casos de tutela a los que se refieren los Artículos 492 y 500 de este Código."
Ibidem, Artículo 618, (vigente al año 2004).

¹⁸⁵ -ARTÍCULO 492. La ley coloca a los expositos y abandonados bajo la tutela de la persona que los haya acogido, quien tendrá las obligaciones, facultades y restricciones previstas para los demás tutores. Se considera exposito al menor que es colocado en una situación de desamparo por quienes conforme a la ley estén obligados a su custodia, protección y cuidado y no pueda determinarse su origen. Cuando la situación de desamparo se refiera a un menor cuyo origen se desconoce, se considerará abandonado. El acogimiento tiene por objeto la protección inmediata del menor [...]"
Ibidem, Artículo 492, (vigente al año 2004).

"ARTÍCULO 500. A los menores que no estén sujetos a la patria potestad, ni a tutela testamentaria o legítima, aunque no tengan bienes, se les nombrará tutor dativo. La tutela en este caso tendrá por objeto el cuidado de la persona del menor, a efecto de que reciba la educación y asistencia que requiera."
Ibidem, Artículo 500, (vigente al año 2004).

cerebral morir completamente. Estas personas, creo, deberían estar incluidas también en la redacción del Artículo 345 de la Ley General de Salud como personas que, a falta de las que se mencionan en el cuerpo del Artículo en estudio, sean quienes den su consentimiento, autorización o soliciten que se realice una adistanasia en estricto sentido a las personas que, bajo su encargo, les sea comprobada la muerte cerebral. Lo anterior me atrevo a asegurarlo por varias razones, mismas que no invento, si no que extraigo directamente de los ordenamientos civiles federal y local (del Distrito Federal), específicamente de los Artículos 449 y 450, cuando se refieren, primeramente, a que la tutela tiene por objeto “[...] la guarda de la persona y bienes [...]” de los incapacitados natural y legalmente, *cuidándose preferentemente* “[...] de la persona de los incapacitados.”¹⁸⁶, y al referirse, en segundo lugar, como *incapacitado legal y naturalmente, a aquél individuo*

“[...] que por su estado particular de discapacidad de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional, mental o varias de ellas a la vez no pueda gobernarse o manifestar su voluntad, por sí mismos o por algún medio que la supla.”¹⁸⁷

A pesar de no ser tema de la presente investigación, concluiré este pequeño apartado del caso de los menores con respecto a los Documentos de Muerte Total, diciendo que la tutela para el menor en el caso que nos ocupa, seguirá las mismas reglas que la tutela que refieren los ordenamientos civiles tanto sustantivos como adjetivos de nuestra legislación vigente, con la salvedad de que, para la hipótesis que plantea el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, la tutela

¹⁸⁶ *Ibidem*. Artículo 449, (vigente al año 2004).

¹⁸⁷ *Ibidem*. Artículo 500, (vigente al año 2004).

solo se ocupará de una sola materia: la decisión acerca de si se solicita o se otorga el consentimiento y/o la autorización para que se prescinda de los medios artificiales que no le permiten morir totalmente al menor con muerte cerebral comprobada que esté bajo su encargo, por lo que en tal caso, la tutela será interina, como lo establece el final del primer párrafo del Artículo 449 de los multiferidos ordenamientos civiles.¹⁸⁸

Por otra parte, para hablar de los dementes con respecto a los Documentos de Muerte Total, nuevamente me auxiliaré de la legislación civil tanto federal como del Distrito Federal, a saber, de los Artículos 1307 a 1312, para delimitar los alcances que tendrán los DMT para este tipo de personas.¹⁸⁹

¹⁸⁸ "ARTÍCULO 449." "La tutela puede también tener por objeto la representación interina del incapaz en los casos especiales que señale la ley." (Nota: las cursivas son de un servidor).
Ibidem, Artículo 449, (vigente al año 2004).

¹⁸⁹ "ARTÍCULO 1307. Es válido el testamento hecho por un demente en un intervalo de lucidez, con tal de que al efecto se observen las prescripciones siguientes."
Ibidem, Artículo 1307, (vigente al año 2004).

"ARTÍCULO 1308. Siempre que un demente pretenda hacer testamento en un intervalo de lucidez, el tutor y en defecto de éste, la familia de aquél, presentará por escrito una solicitud al Juez que corresponda. El Juez nombrará dos médicos, de preferencia especialistas en la materia, para que examinen al enfermo y dictaminen acerca de su estado mental. El Juez tiene la obligación de asistir al examen del enfermo, y podrá hacerle cuantas preguntas estime convenientes, a fin de cerciorarse de su capacidad para testar."
Ibidem, Artículo 1308, (vigente al año 2004).

"ARTÍCULO 1309. Se hará constar en acta formal el resultado del reconocimiento."
Ibidem, Artículo 1309, (vigente al año 2004).

"ARTÍCULO 1310. Si este fuere favorable, se procederá desde luego a la formación de testamento ante Notario Público, con todas las solemnidades que se requieren para los testamentos públicos abiertos."
Ibidem, Artículo 1310, (vigente al año 2004).

"ARTÍCULO 1311. Firmarán el acta, además del Notario y de los testigos, el juez y los médicos que intervinieron para el reconocimiento, poniéndose al pie del testamento, razón expresa de que durante todo el acto conservó el paciente perfecta lucidez de juicio, y sin este requisito y su constancia, será nulo el testamento."
Ibidem, Artículo 1311, (vigente al año 2004).

"ARTÍCULO 1312. Para juzgar de la capacidad del testador se atenderá especialmente al estado en que se halle al hacer el testamento."
Ibidem, Artículo 1312, (vigente al año 2004).

Así pues, será válido un Documento de Muerte Total hecho por un demente en un intervalo de lucidez, con tal de que se observe que el tutor, o en su defecto la familia de aquél, (es decir, del demente), presente por escrito una solicitud al juez que corresponda, de un examen de reconocimiento médico para comprobar la lucidez o demencia del enfermo solicitante. En tal caso, el Juez nombrará dos médicos, de preferencia especialistas en la materia, para que examinen al enfermo y determinen acerca de su estado mental, y quienes, para juzgar la capacidad del enfermo para suscribir el documento, atenderán, especialmente, al estado en que se halle éste al suscribir el DMT. El Juez tiene la obligación de asistir al examen del enfermo, y podrá hacerle cuantas preguntas estime convenientes, a fin de cerciorarse de su capacidad para suscribir el DMT. Además estará presente un notario público, mismo que tendrá que firmar el acta de lucidez o, en su caso, de demencia del enfermo. El resultado del reconocimiento de ambos médicos, se hará constar, como ya se dijo, en un acta formal, la cual deberá ser firmada, además de por el notario, por el Juez y los médicos que intervinieron en el reconocimiento del enfermo. Si el resultado del reconocimiento no es favorable y ambos médicos determinan de manera unánime la demencia del enfermo, el Juez podrá llamar, a petición del tutor o de la familia del enfermo, por una única ocasión, a un tercer médico para que juzgue la capacidad del enfermo para suscribir el DMT, en cuyo caso, el dictamen del tercer médico será inapelable. Si existe discrepancia entre el reconocimiento del primero y el segundo médico, el Juez llamará al tercer médico de oficio para los efectos mencionados con anterioridad. En cualquier caso, si el resultado del reconocimiento finalmente es desfavorable, y se determina la demencia del enfermo, no se podrá solicitar nuevamente el

examen de reconocimiento por parte del tutor o los familiares del enfermo sino hasta pasado el tiempo que el Juez determine conveniente, para lo cual pedirá y escuchará la opinión de los médicos que realizaron el examen, a fin de impedir que se determine dicho tiempo de manera arbitraria. Si el resultado del reconocimiento es favorable, y se determina la lucidez del enfermo, se procederá sin dilación de algún tipo a la suscripción del Documento de Muerte Total con las formalidades requeridas para el mismo, poniéndose al pie de dicho Documento, razón expresa de que durante todo el acto se conservó el enfermo en perfecta lucidez de juicio. Sin estos requisitos y la debida constancia legal, el Documento de Muerte Total será nulo. Además, es condición *sine quan non*, que todo el acto, desde el reconocimiento hasta la firma final del DMT, sea continuo y sin interrupciones.

Con lo anterior, se tiene, a mi criterio, una breve pero completa visión acerca de las características de fondo de las que deberán estar revestidos los Documentos de Muerte Total en México.

3. Características de forma y formalidades que debe revestir el documento propuesto.

Ahora bien, ¿cómo deben estar conformados los DMT en México?

Antes que nada es menester precisar que no necesariamente propongo que deba haber un formato exclusivo para redactar el tipo de documento al que me he estado refiriendo. No obstante, ya sea en un

formato preestablecido o en un documento libre, el documento que exprese la declaración unilateral de última voluntad que nos ocupa debe contener ciertos requisitos indispensables que le den forma y contexto, de acuerdo al objetivo que con su creación se persigue:¹⁹⁰

- ☞ Primeramente, el declarante debe mencionar sus generales (nombre completo, edad, [debe ser mayor de dieciséis años, lo que ya he explicado anteriormente], sexo, nacionalidad, domicilio, [aunque el mismo pueda cambiar; sin embargo, ello no importa, ya que no será necesario que por este solo dato se tenga que modificar el documento cada vez que el declarante cambie de domicilio], estado civil, [mismo caso del domicilio], y ocupación, [igual caso que los dos anteriores]).
- ☞ En segundo lugar, el declarante deberá mencionar el nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario, si los hubiere, o si fuese soltero, el nombre y domicilio de los padres, y a falta de estos, de dos de sus familiares más cercanos, (abuelos, hermanos, tíos, primos, hijos, sobrinos, etc.) Lo anterior en función de tener en consideración a estas personas en el momento en que el documento tenga que ser llevado a la práctica, para que se les pueda avisar, (y solo avisar), de que el declarante se encuentra con muerte cerebral comprobada y de que el documento se llevará o se ha llevado a cabo tal y como se ha ordenado por el propio declarante en el cuerpo de dicho

¹⁹⁰ Los siguientes requisitos están basados en los que se consideraron para realizar el documento tipo *Living Will* que contempla la actual legislación del estado de Carolina del Norte, Estados Unidos de Norteamérica, (mismos que pueden ser vistos en http://www.ncha.org/public/lw_1_s.html), así como en el Artículo 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 20 de febrero de 1985, Artículo 24, Fracciones I a la XV, (vigente al año 2004).

documento, y no así para pedir el consentimiento o autorización de estos para realizar lo que indica el Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, según el orden que la misma establece.

- En tercer lugar, el declarante deberá plasmar en el documento que el mismo está actuando en pleno uso de sus facultades físicas y mentales, de manera libre y sin estar bajo presión alguna del tipo que sea.¹⁹¹
- Acto seguido, debe de indicar que conoce y entiende el significado del estado físico que representa la muerte cerebral comprobada y la irreversibilidad de dicho estado.
- Posteriormente, debe precisar que conoce el hecho de que ni aún los medios artificiales de sostenimiento vital hacen reversible el estado de muerte cerebral comprobada y que entiende que es inútil que, llegado el momento en que le acontezca la muerte cerebral comprobada, siga contando con los medios artificiales mencionados.
- Seguidamente, señalará que entiende que el objetivo del documento que suscribe es permitir que, llegado el momento en que se encuentre en el estado de muerte cerebral comprobada, se presenten en su persona los demás signos de muerte a que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de la Ley General de Salud;
- Posteriormente, el declarante mencionará que ha recibido información a su plena satisfacción acerca de que existen procedimientos marcados en la Ley General de Salud vigente

¹⁹¹ Lo mismo se observará en el caso de que el declarante sea un demente y que el mismo se encuentre en el estado de lucidez necesario para suscribir el DMI, observando las formalidades que para el caso se requieren, mismas que fueron comentadas en páginas anteriores.

para prescindir de los medios artificiales de sostenimiento vital y de tratamientos de cualquier índole en el caso de que le acontezca muerte cerebral comprobada.

- A continuación, el declarante manifestará que está enterado sin lugar a dudas de cuáles son los pasos que se seguirán en el retiro de los medios artificiales con los que cuenta al momento de estar en estado de muerte cerebral comprobada, de cuáles son dichos medios artificiales, y de las contingencias y reacciones que posiblemente puede tener al momento de ser desconectado de tales medios, reacciones que no indican que el declarante siente dolor o que no cuenta verdaderamente con muerte cerebral;
- Después, el declarante manifestará que es su voluntad y deseo que se prescinda tanto el uso de todos y cada uno de los medios extraordinarios de sostenimiento vital como lo son los ventiladores artificiales y los tratamientos de mantenimiento cardiaco y de vida vegetativa del sistema nervioso autónomo parasimpático, así como todo tratamiento que al momento de determinársele la muerte cerebral comprobada, se le este suministrando;
- Acto seguido, el declarante manifestará que está consciente de que el documento que suscribe autoriza al personal médico capacitado de la institución en la que se encuentre al momento de que se le determine muerte cerebral comprobada, y solo a ellos, a únicamente prescindir de todos y cada uno de los medios artificiales de sostenimiento vital y tratamientos mencionados en el punto anterior, sin que se realicen u omitan realizar cualquier otra acción que no sea la que se está

autorizando llevar a cabo, de acuerdo a las formalidades y procedimiento que establece la Ley General de Salud vigente, de la mejor manera posible para la integridad corporal y dignidad del declarante, y atendiendo al principio de libertad prescriptiva, aplicable al caso;

- Después, el declarante precisará que el documento que suscribe no puede ser modificado sino por su propio consentimiento, y que ninguna persona podrá impedir que lo plasmado en el mismo se lleve a cabo, bajo ninguna circunstancia. Así mismo, asentará que está de acuerdo en que si revoca el documento en cualquier momento antes de que le acontezca la muerte cerebral comprobada, será él, a través de su representante legal, o quién el declarante decida, a través de los canales legales correspondientes, quienes se responsabilizarán de las consecuencias económicas que su revocación ocasionen, tanto para el paciente como para la institución hospitalaria de que se trate, eximiendo a los médicos tratantes y especialistas, así como a dicha institución hospitalaria, de toda responsabilidad por su decisión. Así también manifestará que está de acuerdo en que si revoca el documento que suscribe, en cualquier momento, antes de que se presente en su persona la muerte cerebral comprobada, se podrá pedir la autorización para que se prescindan de los medios artificiales con los que cuente en ese momento a las personas mencionadas en el Artículo 345 de la Ley General de Salud, en el estricto orden establecido en dicha norma jurídica;
- Acto seguido, el declarante podrá nombrar a un apoderado legal, y en su caso, nombrar también un suplente de éste, para

el caso en el que el primero no pueda estar presente al momento de presentarse en el que suscribe el documento la condición de muerte cerebral comprobada, o cuando dicho apoderado principal no se encuentre en condiciones de cumplir con el encargo para el cual fue nombrado. El nombramiento de uno y/o de otro, tiene como finalidad primordial de que sean estas personas designadas quienes guarden una copia del documento que firma el declarante, y para que sean ellas quienes, llegado el caso, notifiquen al o a los médicos sobre la existencia de dicho documento, para que se lleve a cabo la voluntad plasmada en el mismo, sin demora alguna, finalidad la cual deberá quedar asentada en el DMT como parte de las obligaciones del apoderado y/o su suplente. En este apartado del documento que propongo se debe asentar, así mismo, que necesariamente las instrucciones que el DMT contenga son las únicas que el apoderado del declarante y/o su suplente deberán cumplir y hacer cumplir, al pie de la letra, y sin que exista alteración alguna de cualquier tipo en dichas instrucciones, por parte del apoderado principal o suplente o de parte de los médicos que conozcan del caso. Por último con respecto a este punto, debe precisarse que en ausencia del apoderado y el suplente de éste, será el personal médico especializado quien, sin necesidad de consulta a cualquier otra persona, y previas las formalidades que marque al respecto la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias, procederá a realizar el retiro de los medios artificiales con los que llegue a contar el declarante, constriñéndose únicamente a las instrucciones que el declarante haya impartido en el DMT cuando estaba

capacitado para ello, es decir, las instrucciones de prescindir del uso de todos y cada uno de los medios extraordinarios de sostenimiento vital y de todo tratamiento que al momento de determinársele la muerte cerebral comprobada, se le este suministrando, sin que se realicen u omitan realizar cualquier otra acción que no sea la que se está autorizando a llevar a cabo, de acuerdo al procedimiento que establece la Ley General de Salud vigente.

- Además, el documento contendrá nombre, firma y domicilio de los testigos y la manifestación de éstos, de que ante su presencia, el declarante, estando en pleno uso de sus facultades mentales, ha firmado el presente documento; que no están unidos al mismo por vínculo de sangre o matrimonio, que no tienen derecho a porción alguna de los bienes del declarante, ya sea por testamento o mediante sucesión intestamentaria, que no son el médico que está cuidando del declarante o un empleado de dicho médico, o cualquier otro empleado de alguna Institución de Salud pública o privada, y que no tienen ningún sentimiento de odio, rencor o demanda en contra del declarante;
- Por último, se plasmará la fe del Notario Público, ante el cual se suscriba el documento, asentando todos los datos del mismo, y en donde se mencione que el declarante se presentó delante de él, en pleno uso de sus facultades mentales, por su propia voluntad y sin presiones o amenazas de algún tipo, declarando ante su presencia y la de dos testigos, su deseo de prescindir de todos y cada uno de los medios artificiales y tratamientos de sostenimiento vital con los que pueda llegar a contar, llegado el

momento en que con las formalidades y procedimientos que marca la Ley General de Salud, se le determine la muerte cerebral comprobada.

Finalmente se plasmarán el lugar y fecha de emisión del documento y la firma o huella digital del declarante, así como de todas las personas que en la redacción del mismo intervinieron.

Es necesario hacer notar que no solo con todo lo anteriormente expuesto, se plasma la estructura de fondo, de forma y las formalidades de que debe estar revestido el Documento de Muerte Total, sino que, intrínsecamente, se tiene con tal estructura un bosquejo del procedimiento que necesariamente debe llevarse a cabo para suscribir el documento, mismo procedimiento que propongo que, junto con esta nueva figura jurídica del individuo con muerte cerebral comprobada, y la figura legal del Documento de Muerte Total, sea incluido dentro de la legislación sanitaria vigente de nuestro país, encontrando cabida tanto en la Ley General de Salud como en las disposiciones reglamentarias de la misma, específicamente, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Por otra parte, también propongo que el Documento de Muerte Total sea incluido como un documento que necesariamente deba ser integrado al expediente clínico, debido a la importancia que el mismo tiene, en atención al objetivo que se persigue con su elaboración y aplicación. De tal suerte, sugiero que el Documento de Muerte Total esté considerado como un tipo más de Carta de Consentimiento Bajo Información, como la que propuse en el Capítulo anterior, es decir, la

Carta de Solicitud y/o Autorización Bajo Información para que se prescinda de los medios artificiales con los que cuenta el paciente con muerte cerebral comprobada. Por tanto, también proponemos que este documento sea incluido también en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

Sin minimizar lo anteriormente expuesto, deseo recalcar que por sobre todas las cosas que he hablado con respecto a los Documentos de Muerte Total, el objetivo principal que persigo es mostrar que con tales documentos, la figura del individuo con muerte cerebral comprobada necesariamente debe ser incluida dentro del texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente como la persona principal y más importante que puede solicitar y/o autorizar que se prescinda de los medios artificiales que no le permiten al mismo morir totalmente, ya que con su inclusión, y la inclusión de las figuras jurídicas de los tutores y del Estado dentro de dicho Artículo, el mismo podrá considerarse como un Artículo completo, y la práctica adistanásica en estricto sentido será en México una realidad y no solo una posibilidad.

Es preciso señalar que uno más de los beneficios que contrae el que el propio individuo con muerte cerebral comprobada se incluya en el texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud, es que no existirá la problemática que en ciertos hospitales de los Estados Unidos de Norteamérica ocurre, con respecto a que las políticas de dichos centros de salud o en lo personal, algunos médicos de dichos centros, han optado por objetar el ser partícipes de las decisiones plasmadas en un documento *Living Will*, ya que una vez plasmado en la Ley General de

Salud y en sus disposiciones reglamentarias, el DMT y todo lo que al mismo concierne, (procedimientos, formalidades, etc.), ningún hospital o médico podrá objetar tales documentos, por haberse plasmado precisamente en la legislación sanitaria mexicana como un derecho de los pacientes de autodeterminación sobre su cuerpo y la dignidad al momento de perder la vida, y porque el propio Artículo 345 lo establece, al decir que una vez comprobada la muerte cerebral del paciente, *no existirá impedimento alguno para prescindir de los medios artificiales que no le permiten morir completamente*, cumplimentados, obviamente, y en primer lugar, todos los requisitos de los que he hablado a lo largo de la presente investigación.

Por otra parte, es prudente precisar que, dado el caso en el que la persona que suscribe el DMT, sea o pretenda ser un donador orgánico o multiorgánico al momento de comprobársele la muerte cerebral en su persona, el deseo de que se prescinda de los medios artificiales con los que cuente en tal momento, como ya se vio en su oportunidad, deberá sujetarse a la situación de que los mismos deberán permanecer para mantener el buen funcionamiento de los órganos a trasplantar, hasta el momento mismo del trasplante, lo que se puede precisar en propio documento en el que se manifieste el deseo de ser donador. Por lo tanto, es muy importante señalar que los DMT, tal y como los he manejado hasta este momento, solo son aplicables para el caso en el que el declarante no es un donador orgánico o multiorgánico.

No quisiera concluir el presente Capítulo sin comentar una inquietud surgida a partir de la idea de los DMT en México, y la cual consiste en la creación de un Registro Nacional de Documentos de

Muerte Total. Pienso que en dicho Registro podrían estar resguardados todos los DMT que se formularan, mismos que con la tecnología que se tiene en la actualidad, podrían digitalizarse, de tal suerte que el personal de tales instituciones, específicamente encargado de ello, pudiera tener acceso a la base de datos con el que contaría dicho Registro, en el momento en que fuese necesario, con la finalidad de consultar si los pacientes que ingresen a tales instituciones y a los que, desafortunadamente, les sobrevenga el estado de muerte cerebral comprobada, suscribieron previamente un DMT, para con ello, saber cómo proceder con respecto a tales pacientes, siempre, claro está, en estricto apego a los procedimientos y las formalidades que la Ley marca para el retiro de medios artificiales de los pacientes en los que sea comprobada la muerte cerebral, y todo lo que tal actividad conlleva necesariamente, todo de lo cual he hablado en esta investigación.

Ciertamente, tanto esta propuesta de implementar un Registro Nacional de Documentos de Muerte Total, como en general, todas las propuestas que a lo largo del presente trabajo de investigación he plasmado, requieren, necesariamente, de un mayor estudio, investigación y profundización. Mi intención ha sido ser, con este trabajo, un ingrediente más en la mezcla de ideas, opiniones y apreciaciones que de estos temas tienen las mentes y las sensibilidades de muchas personas y autoridades interesadas y expertas en los mismos.

Falta un largo trecho por navegar en este océano tan vasto que es la investigación jurídica, y en especial, la que dedica su tiempo y esfuerzo al Derecho Sanitario. Pero con mis apreciaciones y aportaciones sobre el tratamiento que la muerte cerebral tiene en nuestro país y en la legislación sanitaria actual, espero haber comenzado el trazo de lo que puede llegar a ser una nueva ruta en este interesante viaje que los temas jurídicos sobre Salud representan. Un servidor, junto con el Honorable Jurado, nos hemos adentrado, desde la playa de la que partimos, en el Capítulo I, hasta este momento, un poco más en ese inmenso océano, quizá, hasta el tobillo. Y el agua parece invitarnos a seguir adelante...

Espero que el presente trabajo pueda representar una útil contribución a la exploración y conquista de nuevos horizontes en el quehacer jurídico y que con la investigación en él plasmada nazca en muchos más la inquietud de ir mar adentro en el Derecho de Salud en México.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La adistanasia es mucho más que un simple término de reciente creación. Es un concepto que necesariamente entraña un fin por demás humanitario, como otros que le son afines, (el de la eutanasia, por ejemplo), pero que a diferencia de estos, no pretende intervenir en apresurar la muerte de manera alguna, sino que, al contrario, al no intervenir, esta práctica respeta el proceso natural de muerte de una persona, no poniendo o retirando cualquier obstáculo que impida el desarrollo natural de la muerte hasta que la misma sea completa, practica que, para que sea considerada verdaderamente humanitaria, debe necesariamente realizarse bajo la premisa de que es inútil continuar obstaculizando la llegada de la muerte, ya que al quitar todo obstáculo, se apresura dicho acontecimiento, el cual de manera inevitable e inminente llegaría de todos modos permaneciendo el obstáculo, pero, tal vez, con consecuencias desastrosas para la persona que sufra el proceso de muerte mientras ésta se completa.

SEGUNDA.- La adistanasia así entendida, es igual a la llamada *adistanasia en sentido amplio o latu sensu*, la cual, además de ser sumamente peligrosa en su aplicación, y desviada de su fin humanitario, fácilmente puede ser confundida y hasta homologada con otros conceptos, que, aunque resulten afines, son diferentes. Así, este tipo de adistanasia puede llegar a confundirse con el concepto de *eutanasia pasiva*.

TERCERA.- Para evitar lo anterior, existe otro tipo de adistanasia, la llamada *adistanasia en estricto sentido o strictu sensu*, misma que está

íntimamente vinculada con la pérdida permanente e irreversible de la conciencia que llega a ocurrirle a los seres humanos por diversas causas, acontecimiento al que se le llama propiamente *muerte encefálica o muerte cerebral*.

CUARTA.- La muerte cerebral es un estado físico comprobable en el individuo al que le acontece, con un grado de certeza cada vez mayor en la actualidad, y el cual, una vez determinado de acuerdo a los criterios aceptados, es irreversible.

QUINTA.- El acaecimiento de la muerte cerebral en un paciente es el punto de partida para la realización de diversas acciones, entre ellas, el retiro de todos y cada uno de los medios artificiales de sostenimiento vital de los que depende dicho paciente, y los cuales no le permiten morir completamente. A esta acción se le llama propiamente *adistanasia en estricto sentido*.

SEXTA.- La práctica adistanásica en México actualmente consiste en la *posibilidad* de llevar a cabo la adistanasia en estricto sentido referida anteriormente. Dicha posibilidad está contemplada, aunque no de manera literal, dentro del Artículo 345 de la Ley General de Salud.

SÉPTIMA.- La práctica adistanásica en México es una innovación legislativa. No siempre estuvo contemplada en la Ley General de Salud, sino que fue después de la reforma que la misma tuvo, publicada el 26 de mayo de 2000 en el Diario Oficial de la Federación, que el Artículo 345 de la referida Ley contempló,

como hasta ahora lo hace, la posibilidad de prescindir de los medios artificiales que no permiten que en el paciente que presenta muerte cerebral comprobada, se manifiesten los demás signos de muerte a los que se refiere la Fracción II del Artículo 343 de la misma Ley.

OCTAVA.- La redacción del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, desde su reforma en el año 2000, adolece de ser superficial, inexacta, ambigua e incompleta, por las razones ampliamente expuestas a lo largo del Capítulo IV de este trabajo.

NOVENA.- La aplicación del Artículo 345 de la Ley General de Salud tal y como se encuentra redactado en la actualidad, puede provocar diversas dificultades reales y evidentes, tanto para aquellos a quienes sea aplicado como para aquellos que lo apliquen, situación que aleja al Artículo de referencia del espíritu humanitario que la adistanasia en estricto sentido propone.

DÉCIMA.- La legislación sanitaria mexicana de la actualidad, lejos de dar un soporte y representar una ayuda idónea para la mejor y más correcta aplicación del Artículo 345 de la Ley General de Salud, acentúa la problemática que se genera al aplicar el numeral en cita con su actual redacción.

UNDÉCIMA.- Sin embargo, es posible modificar la redacción del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente, así como la legislación sanitaria que, en un momento dado, puede servirle de soporte. Lo anterior puede lograrse a través de llevar a cabo las

propuestas que he ofrecido dentro del Capítulo IV de la presente investigación. De hacerse, se soslayaría la problemática que presenta su aplicación actual, y se lograría que el mismo esté acorde con la realidad médica tanto nacional como internacional, y con las necesidades y exigencias que la población mexicana tiene con respecto a la muerte cerebral hoy día.

DUODÉCIMA.- Uno de los aspectos que hace al Artículo 345 de la Ley General de Salud un numeral incompleto, se refiere a que el individuo con muerte cerebral comprobada no está incluido como una de las personas que pueda solicitar y/o autorizar que se prescindan de los medios artificiales con los que cuenta, una vez comprobándosele en su persona el estado de muerte cerebral.

DÉCIMO TERCERA.- La falta de la figura del individuo con muerte cerebral comprobada dentro de la Ley General de Salud vigente como una de las personas que anticipadamente puede autorizar, solicitar y/o consentir la realización de la eutanasia *strictu sensu* en su persona al momento de que le acontezca dicha muerte cerebral, puede acarrear problemas de diversa índole en el momento mismo de ser comprobada la muerte cerebral del paciente.

DÉCIMO CUARTA.- Se puede, de hecho, tener anticipadamente el consentimiento, autorización y/o solicitud del

paciente con muerte cerebral comprobada, para que se realice en su persona la adistanasia en estricto sentido al momento de que le acontezca dicha muerte cerebral, a través de un documento en el que se plasme por escrito, de manera clara, precisa y sin lugar a dudas, el deseo de dicho paciente para que se le practique la referida adistanasia en estricto sentido como consecuencia de que en su persona acontezca la muerte cerebral comprobada.

DÉCIMO QUINTA.- El documento al que me refiero debe tener características especiales que le permitan tener una existencia como figura jurídica dentro de la legislación sanitaria, contemplándose el mismo dentro de la Ley General de Salud y/o dentro sus normas reglamentarias. De tal suerte, propongo la creación del *Documento de Muerte Total* o DMT, el cual, a diferencia de los documentos tipo *Living Will*, única y exclusivamente tiene como finalidad que el propio individuo con muerte cerebral comprobada, y solo él, decida de manera escrita y anticipada el prescindir de todos y cada uno de los medios artificiales que no le permiten morir completamente al momento de acontecerle la muerte cerebral comprobada.

DÉCIMO SEXTA.- Teniendo las características de fondo y forma del DMT perfectamente bien delimitadas en la Ley, (mismas que, necesariamente deberán estar acordes a las

necesidades que la población mexicana tiene con respecto a la realización de la adistanasia en estricto sentido a partir de la comprobación de la muerte cerebral en el paciente), no existe ningún impedimento para incluir dentro del Artículo 345 de la Ley General de Salud vigente y/o en las normas reglamentarias de ésta, según proceda, al individuo con muerte cerebral entre las personas que pueden autorizar, solicitar y/o dar su consentimiento para que se realice tal práctica en dicho individuo al presentarse en éste la referida condición de muerte cerebral comprobada, y para incluir, de igual forma, al DMT y al procedimiento con el que se llevará a cabo tal documento.

DÉCIMO SÉPTIMA.- Además del individuo con muerte cerebral comprobada, existen otras figuras jurídicas como el tutor o el Estado que necesariamente deben estar incluidas dentro del texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud para que el mismo pueda ser contemplado como un numeral completo.

DÉCIMO OCTAVA.- La inclusión de estas dos figuras dentro del texto del Artículo 345 de la Ley General de Salud es un tema que por su importancia y envergadura, debe tratarse en investigaciones afines, pero aparte del presente trabajo.

DÉCIMO NOVENA.- El tema de la adistanasia en estricto sentido no debe constreñirse solamente a los planteamientos hechos en

el presente trabajo, ya que dicho tema es de gran importancia por lo que hace al tema de la donación y trasplante de órganos. Así pues, la adistanasia *strictu sensu* debe ser estudiada con mayor profundidad y exactitud, a fin de que tal tema se acople de manera congruente a los nuevos tratamientos y procedimientos para el cuidado, manejo, donación y trasplante de órganos, sin que se pierda de vista el fin humanitario primordial que persigue la adistanasia en estricto sentido.

VIGÉSIMA.- Solo el interés constante e innovador volcado en el estudio, investigación y aportación creativa en el campo de la medicina, la higiene, la salubridad y el derecho, podrán colocar al Derecho de Salud Mexicano a la altura de los nuevos retos tanto nacionales como mundiales que enfrenta la humanidad en cuestiones de salud, cualesquiera que estas sean. El presente trabajo muestra un breve bosquejo de una de esas cuestiones: el tratamiento de la muerte cerebral en México, a partir del Artículo 345 de la Ley General de Salud, el cual ha adquirido y adquiere gran relevancia día con día.

ANEXOS

A) CARTA AL DIRECTOR DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES, (RECIBIDA EL 06/05/2002)

Naucalpan, México, a 22 de abril de 2002.

Doctor **JOSÉ SALVADOR ABURTO MORALES**
Director del Registro Nacional de Trasplantes.

PRESENTE

ASUNTO: Solicitud de información y estadísticas.

Dentro de las cuatro opciones de titulación previstas en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Derecho, en tres de ellas es necesario presentar un trabajo de investigación o tesis. Considerando los requisitos de fondo y forma que debe satisfacer el trabajo recepcional, el alumno deberá reunir información suficiente y actualizada para desarrollar correctamente la investigación.

Manifestado lo anterior, me permito solicitarle atentamente, apoye a nuestro alumno Sergio Canalizo Garcia, quien esta realizando una tesis sobre el sentido y alcance del Artículo 345 de la Ley General de Salud, basando su investigación en la muerte cerebral, a fin de que le sea proporcionada, de la manera más detallada posible, la información y estadísticas referidas a continuación, procurando cubrir cada uno de los puntos planteados:

I.- Información acerca de:

- f) Todas las causas externas e internas que originan o pueden originar la muerte cerebral en un paciente.*
- g) Cuál es el procedimiento detallado a seguir en México para la comprobación de la muerte cerebral en un paciente, y en qué Ley, Reglamento, Política Interna, Guía Médica, etc, se encuentra descrito dicho procedimiento.*
- h) Qué criterios se siguen en México para decidir desconectar a un paciente con muerte cerebral de un respirador artificial, y en qué Ley, Reglamento, Política Interna, Guía Médica, etc, se encuentran descritos dichos criterios.*
- i) En México, qué personas son las autorizadas para realizar la desconexión de un paciente con muerte cerebral de un respirador artificial, y en qué Ley, Reglamento, Política Interna, Guía Médica, etc, se mencionan a dichas personas.*
- j) En México, qué documentos, formas o certificados son los que se deben llenar o formalizar para desconectar a un paciente con muerte cerebral de un respirador artificial, y en qué Ley, Reglamento, Política Interna, Guía Médica, etc, se encuentran descritos dichos documentos, formas o certificados.*

II.- En atención al Artículo 338 de la Ley General de Salud, estadísticas acerca de:

- a) La frecuencia con la que se presenta en México la muerte cerebral como causa de muerte, comparada con otras causas de muerte.*
- b) Los casos registrados de muerte cerebral que ha habido en la República Mexicana en los últimos tres años, hasta la fecha, en general y por entidad federativa.*

- g) *Las causas más frecuentes por las que se presenta la muerte cerebral en pacientes hospitalizados, comparadas entre sí.*
- h) *Los casos registrados en la República Mexicana de pacientes que habiendo tenido muerte cerebral, hayan donado sus órganos, comparados con los casos en los que no hubo donación de órganos, en los últimos tres años hasta la fecha.*

Agradeciendo de antemano la atención prestada, le proporciono los datos personales del alumno:

- c) Nombre: **SERGIO CANALIZO GARCÍA**
- f) Dirección: **Planta El Novillo número 38, Colonia Electra, Tlalnepantla, Estado de México. C.P. 54060.**
- g) Teléfonos: **53 97 49 84 (Casa y Fax), 56 24 04 00 ext. 4648 (Oficina), 044 55 85 16 96 56 (Celular).**
- h) E-Mail: **sergio2001@hotmail.com sergio2001@impq.uec.mx**

Hago propicia la ocasión para reiterarle mi consideración distinguida y enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

**LIC. SAÚL MANDUJANO RUBIO
DIRECTOR**



Recibí
Gabriela
Mayo 06-2002

B) OFICIO SIC/DG/CENATRA/30/2002 (DE FECHA 17/05/2002)

SECRETARÍA
DE SALUD

C.G.2

DEPENDENCIA	SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD.-
DIRECCIÓN GENERAL	DEL CENTRO NACIONAL DE
TRASPLANTES.-	CARRETERA PICACRO- AJUSCO N°
	154 6° PISO.- COL. JARDINES DE LA MONTAÑA.-
DIRECCIÓN	DELEG. Tlalpan.- C.P. 14210, MEXICO, D.F.
MESA	
NÚMERO DE OFICIO	SIC/DG/CENATRA/ 30 /2002
EXPEDIENTE	

ASUNTO INFORMACIÓN

México, D.F. a 17 de mayo de 2002

C. SERGIO CANALIZO GARCÍA
PRESENTE

En respuesta a su oficio de fecha 22 de abril del presente año, a través del cual solicita usted información diversa, el Centro Nacional de Trasplantes le proporciona, de acuerdo a sus capacidades, la siguiente:

1. Las causas de muerte cerebral pueden ser las siguientes:
 - a) Traumatismos craneoencefálicos
 - b) Accidente cerebrales vasculares
 - c) Enfermedades (tumores)
 - d) Encefalopatía noxoisquémica
2. En el artículo 344 de la Ley general de Salud se indican las pruebas a través de las cuales se corroboran los signos que presenta la muerte cerebral.
3. En la práctica cotidiana la familia en común acuerdo con el o los médicos tratantes deciden quien desconecta al individuo.

4. No existe un trámite oficial por parte del Centro Nacional de Trasplantes por medio del cual se solicite que se prescinda de los medios artificiales que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343 de la Ley general de Salud.
5. No existen estadísticas sobre reportes de muerte cerebral.

ATENTAMENTE
DIRECTOR REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

DR. SALVADOR ABURTO MORALES



BIBLIOGRAFÍA

I. LIBROS

A) SOBRE ADISTANASIA, EUTANASIA, VIDA HUMANA Y DERECHO

1. Germain Grisez y Joseph M. Boyle Jr., *Life and Death with Liberty and Justice. A Contribution to the Euthanasia Debate. University of Notre Dame Press, Notre Dame, London, 1979, p.p. 100-107.*
2. PÉREZ VALERA, Víctor M., *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*, 2ª ed., Edit. Jus, México, 1989. 310 p.p.
3. ROYO-VILLANOVA Y MORALES, Ricardo, *El Derecho a Morir Sin Dolor. El Problema de la Eutanasia*, Col. "Biblioteca de Ideas y Estudios Contemporáneos", Edit. M. Aguilar Editor, España, 1929. 248 p.p.
4. RECASENS SICHES, Luis, *Vida Humana, Sociedad y Derecho. Fundamentación de la Filosofía del Derecho*, 2ª ed., Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1945. 620 p.p.
5. TRUEBA, Eugenio, *Derecho y Persona Humana*, Edit. Jus S.A., México, 1966. 252 p.p.

B) SOBRE MEDICINA, NEUROLOGÍA Y TRASPLANTES

1. FRED PLUM, Jerome B. Posner, *Estupor y Coma*, tr. J. González, 2ª ed., Edit. El Manual Moderno, México, 1982. 448 p.p.
2. J. M. OLIVÉ, L. Masana, *Licenciatura Neurología*, Col. "Serie Manuales Clínicos para Licenciatura y Residencia", Edit. Salvat Editores, España, 1988. 184 p.p.
3. JOSÉ ALCOCER POZO, Mario Alva Rodríguez, *Medicina Legal. Conceptos Básicos*, Edit. Limusa, México, 1993. 172 p.p.

4. MARÍA TERESA BERGOGLIO DE BROUWER DE KONING, María Virginia Bertoldi de Fourcade, *Trasplantes de Órganos. Entre Personas. Con Órganos de Cadáveres*, Edit. Hamurabi, Argentina, 1983. 392 p.p.

II. ARTÍCULOS DE REVISTAS

A) SOBRE EUTANASIA

1. FERNÁNDEZ, Juan, "Eutanasia. ¿Homicidio? ¿Muerte Digna?", en *Cambio 16 América*, número 18, 26 de abril de 1993, p.p. 16-29; pág. 18.
2. QUIRÓZ CUARÓN, Alfonso, "¿Cuándo Estamos muertos?", en *Criminalia*, Año XXXV, número 2, 28 de febrero de 1969, p.p. 170-172

B) SOBRE MUERTE CEREBRAL Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

1. ALEJANDRO MARFIL RIVERA, Héctor Jorge Villareal Velázquez, Heidi Patena Tello, "Diagnóstico de muerte cerebral en pacientes donadores de órganos", en *Medicina Universitaria*, Volumen 3, Número 12, julio-septiembre 2001, p.p. 141-144.
2. ALFONSO ESPINOSA GONZÁLEZ, Alberto Holm Corzo, et al, "Evaluación y manejo del donador multiorgánico en la unidad de cuidados intensivos: fisiopatología y tratamiento", en *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, Volumen XII, Número 5, septiembre-octubre 1998, p.p. 189-194.
3. GULLERMO DÁVILA GUTIÉRREZ, Laura Flores Dinorín, et al, "Criterios para el diagnóstico de muerte cerebral en México", en *Acta Pediátrica de México*, Volumen 19, Número 2, marzo-abril 1998, p.p. 69-75
4. MATEOS GÓMEZ, Humberto, "Concepto de Muerte Cerebral", en *Archivos de Neurociencias*, Vol. 5, Número 3, 2000, p.p. 165-167.

III. CÓDIGOS, DECRETOS, LEYES, NORMAS OFICIALES Y REGLAMENTOS

A) CÓDIGOS

1. CÓDIGO CIVIL FEDERAL. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 29 de mayo de 2000. (Vigente al año 2003).
2. CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 26 de marzo de 1928. (vigente al año 2003).
3. CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 14 de agosto de 1931. (Vigente al año 2003).

B) DECRETOS

1. DECRETO POR EL QUE SE DA A CONOCER LA FORMA OFICIAL DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 21 de noviembre de 1986.
2. DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 26 de mayo de 2000.

C) LEYES

1. LEY GENERAL DE SALUD. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 07 de febrero de 1984. (Vigente al año 2003).

D) NORMAS OFICIALES MEXICANAS

1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 30 de septiembre de 1999.

E) REGLAMENTOS

1. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 14 de mayo de 1986. (Vigente al año 2003).
2. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 20 de febrero de 1985. (Vigente al año 2003).

IV. DICCIONARIOS, DICCIONARIOS JURÍDICOS Y ENCICLOPEDIAS

A) DICCIONARIOS

1. ANÓNIMO, *Gran Sopena. Diccionario Enciclopédico*, Edit. Ramón Sopena, S.A., España, 1973. (XX Tomos).

B) DICCIONARIOS JURÍDICOS

1. BAQUEIRO ROJAS, Edgard, *Derecho Civil*, Edit. Oxford University Press México, S.A. de C.V., Col. Diccionarios Jurídicos Temáticos, México, 2000. (VII Tomos).

C) ENCICLOPEDIAS

1. ANÓNIMO *Hombre, Ciencia y Tecnología*, Edit. Ediciones Océano-Exito, S.A., España, 1986. (8 Tomos).

V. PÁGINAS DE INTERNET

(En orden de aparición dentro del presente trabajo)

- A) <http://www.geocities.com/qcenta/muerceb.html>
- B) <http://www.bnot.hc.edu.uy/completo2.htm>
- C) <http://gacetacddhcu.gob.mx/Gaceta/2000/abr/20000410.html>
- D) <http://gacetacddhcu.gob.mx/Gaceta/2000/abr/20000428.html>

- E) <http://gaceta.cddhcu.gob.mx/Gaceta/Votaciones/tabla30r2-43.php3>
- F) <http://www.tvazteca.com/cgi-bin/hechos.sh/admin/notaimprimir.w?cve=58612>
- G) ARTEAGA, Carlos, "Denuncian muerte sospechosa en el IMSS", en [reforma.com](http://www.reforma.com)
<http://www.reforma.com/ciudademexico/articulo/245698/default.htm>
- H) <http://www.cajpe.org.pe/RIJ/bases/legisla/bolivia.1716.HTM>
- I) [http://www.latinsalud.com/Temas/muerte donac.htm](http://www.latinsalud.com/Temas/muerte_donac.htm)
- J) <http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/2001/04/14.htm>
- K) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271193/default.htm>
- L) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271192/default.htm>
- N) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271240/default.htm>
- O) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271651/default.htm>
- P) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271763/default.htm>
- Q) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271852/default.htm>
- R) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/271948/default.htm>
- S) <http://www.reforma.com/nacional/articulo/272161/default.htm>
- T) http://www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/version_himprimir?p_id=14064&p_seccion=22
- U) http://www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/version_himprimir?p_id=14068&p_seccion=notas

- V) http://www.rlbm.tripod.com/ALL_Encyclopedia/encyc111.txt
(traducido de su original en inglés al español).
- W) <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/hospital/spanish3.htm>
- X) http://www.capr.org/abogados/Legislativo/living_will.htm
- Y) <http://www.muertedigna.org/textos/euta233.htm>
- Z) <http://www.parlamentario.com/informes594A.php3>
- A-1) <http://www.actualderechosanitario.com/Helsinki.htm>
- B-1) <http://www.bbc.co.uk/spanish/news001128eutanasia.shtml>
- C-1) http://www.ncha.org/public/lw_i_s.html
- D-1)
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol27No2/reflexiones.html>
- E-1) http://bioetica.salud.gob.mx/codigo_conducta.html
- F-1) http://bioetica.salud.gob.mx/codigo_bioetica.html
- G-1)
http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2001-04-05-CODIGO-GUÍA-BIOETICA.htm