



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Carrera de Abogacía

Eutanasia. Si podemos decidir cómo vivir
¿podremos decidir cómo morir?
Perspectiva fáctica, normativa y axiológica

N° 455

Ana Vanina Cohen

Tutor: Elián Pregno

Departamento de Investigaciones
Diciembre 2010

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

ÍNDICE

Dedicatoria	7
Introducción	9
Compendio breve del trabajo.....	9
CAPITULO I: LA EUTANASIA COMO PROBLEMA.....	9
1. Noción de la palabra Eutanasia	9
1.1 Análisis de los elementos de la definición	10
1.2 Clasificaciones de Eutanasia	10
1.2.1 Eutanasia voluntaria	11
1.2.2 Eutanasia involuntaria	11
1.2.3 Eutanasia Activa	11
1.2.4 Eutanasia Pasiva	11
1.2.5 Eutanasia Heroica	11
1.2.6 Cuadro N°1: Clasificación de la eutanasia	12
2. Planteo del problema	12
3. Otros conceptos relacionados: Ortotanasia y distanasia	13
CAPITULO II: PERSPECTIVA FACTICA	13
1. El ingreso a la Terapia Intensiva	13
1.1 Medios ordinarios y extraordinarios	13
1.1.1 Cuadro N°2: Comparación	14
1.2 Medios proporcionados y desproporcionados	14
1.3 Soportes Vitales Especiales	14
1.3.1 Orden de no resucitación (ONR)	14
1.3.2 Retiro de la alimentación e hidratación	15
1.4 El Encarnizamiento Terapéutico	15
1.5 El paciente con una enfermedad irreversible.....	15
2. El Estado Vegetativo	16
2.1 Concepto.....	16
2.2 Clases	16
2.3 El Coma	16
2.4 Cuadro N° 3: Estado Vegetativo Permanente (EVP)	17
3. ¿La agonía es vida?	17
3.1 Concepto.....	17
3.2 Características.....	18
4. Los Cuidados Paliativos	19
4.1 Concepto	19
4.2 Principales objetivos de los cuidados paliativos	19
4.3 La Sedación	19
4.4 Cuadro N°4: : Diferencia entre sedación y eutanasia	20
CAPITULO III: PERSPECTIVA NORMATIVA	20
1. La muerte	20
1.1 Concepto	20
1.2 Su Diagnóstico.....	21
1.3 ¿Qué aspectos legales regulan el diagnóstico de Muerte Encefálica?	21
1.4 Formas médico-legales de la muerte.....	22
1.4.1 Muerte Natural	22

1.4.2	Muerte Violenta.....	22
1.4.3	Muerte de causa dudosa	22
1.4.4	Muerte Cerebral o encefálica.....	22
1.4.5	Muerte Intervenida.....	22
1.5	En el Código Civil.....	22
1.6	En el Código Penal	23
2.	Derechos del Paciente	24
2.1.1	Asistencia	24
2.1.2	Obtener un trato digno y respetuoso	24
2.1.3	Respeto a su intimidad	24
2.1.4	Confidencialidad de la información médica personal	24
2.1.5	Respeto a la autonomía de su voluntad	24
2.1.6	Recibir información sanitaria	24
2.1.7	Posibilidad de tener acceso a una interconsulta médica	24
2.2	El derecho a morir dignamente.....	24
2.2.1	Concepto	24
2.2.2	Legislación nacional que contempla a este derecho	25
2.2.3	Ley 3076 de Derechos del Paciente de Río Negro	25
2.2.4	Ley 6952 de la Provincia de Tucumán. Salud Pública y Derechos del Paciente.....	25
2.2.5	Ley Básica de Salud N° 153 de la Ciudad de Buenos Aires.....	25
3.	El Consentimiento Informado.....	25
3.1	Concepto.....	25
3.2	¿Qué papel cumple la información en el ámbito hospitalario a la hora de tomar decisiones importantes?	26
3.3	Funciones	26
3.4	Fundamentación legal.....	26
3.4.1	En la Constitución Nacional	26
3.4.2	En Código de Ética de la Asociación Médica Argentina del 2001	26
3.4.3	En la Ley 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires	27
4.	Disidencia Terapéutica	27
4.1	Concepto.....	27
4.2	Supuestos	27
4.3	Los valores en conflicto	28
4.4	Legislación que la contempla	28
4.4.1	En la Ley 17.132 sobre el ejercicio de la Medicina.....	28
4.4.2	En la Ley Básica de Salud n° 153 de la Ciudad de Buenos Aires	28
4.4.3	En la Ley 3076 de Derechos del Paciente de Río Negro	28
5.	La importancia del cuerpo médico actuante	28
5.1	Deberes de los médicos en general	28
5.2	Legislación Provincial Vigente	29
5.2.1	Código de Ética Médica de la Provincia de Buenos Aires	29
5.2.1.1	Deberes del médico	29
5.2.1.2	Consultas y juntas médicas	29
5.2.1.3	Causas para solicitar una consulta o junta médica.....	29
5.2.1.4	Disidencia entre los consultantes y el médico de cabecera	30
5.2.2	Ley 4264 de muerte digna de Río Negro.....	30
5.3	Legislación Nacional Vigente.....	30
5.3.1	Código de Ética de la Asociación Médica Argentina.....	30
5.3.1.1	Eutanasia	30
5.3.1.2	Suicidio Asistido	31
5.3.2	Decreto 426/98: Creación de una Comisión Nacional de Ética Biomédica	31
5.3.2.1	Fundamentos por los que se creó la comisión	31
5.3.2.2	Ley 24.742: Creación de Comités Hospitalarios de Ética.....	32

6. Responsabilidad Médica	32
6.1 Concepto.....	32
6.2 En el Derecho Civil	32
6.3 En el Derecho Penal	33
7. El bien jurídico “vida”.....	33
7.1 Concepto.....	33
7.2 Disponibilidad de la propia vida	33
7.3 ¿Qué pasa cuando la disponibilidad de la vida se trasfiere a terceros?	34
8. La eutanasia en el ámbito del Derecho Penal Argentino	35
8.1 En el Código Penal Argentino	35
8.2 Eutanasia voluntaria activa	35
8.3 Eutanasia voluntaria pasiva	36
8.3 Eutanasia involuntaria activa	36
8.4 El Suicidio Asistido y el Homicidio por Piedad	36
8.4.1 El suicidio asistido	36
8.4.2 El homicidio por piedad o pietístico	37
8.4.2.1 Ordenamientos jurídicos Americanos que tipifican éste delito	37
8.4.2.1.1 Supuestos que no exigen el consentimiento del enfermo	37
8.4.2.1.2 Supuestos que exigen el consentimiento del enfermo	37
9. Jurisprudencia.....	38
9.1 Cuadro N°5: Casos centrales de la Jurisprudencia Nacional	38
10. Reconocimiento de los derechos fundamentales en Documentos Internacionales	43
10.1 En la Declaración Universal de los Derechos Humanos.....	43
10.2 En el Pacto de Derechos Civiles y Políticos.....	43
10.3 Cuadro N°6: La vida, integridad y dignidad de la persona	43
11. Legislación de la Eutanasia a nivel mundial.....	44
11.1 Unión Europea	44
11.1.1 Holanda.....	44
11.1.2 Bélgica	44
11.1.3 Luxemburgo	44
11.1.4 Otros países	44
11.1.5 Consejo de Europa: Recomendación N° 1418 (1999)	
11.2 Continente Americano	44
11.2.1 Estados Unidos.....	44
11.2.2 Uruguay	45
12. Directivas Anticipadas	45
12.1 Concepto	45
12.2 Modalidades principales de directivas anticipadas	45
12.2.2 Testamento vital, testamento de vida o living will	45
12.2.3 Designación de un representante legal o apoderado	46
12.2.4 Combinación de las dos primeras instrumentadas en un mismo documento.....	46
13. Registro de Actos de Autoprotección	46
13.1 El registro	46
13.1.1 Cuadro N° 7: Nómina de Registros creados	47
13.2 Los actos de autoprotección	47
13.2.1 Concepto.....	47
13.2.2 Instrumentalización de los actos	48
13.3 Cuadro N° 8: Contenido de los actos	48
13.4 Ventajas de la legalización de las disposiciones referidas a la salud	48

14. Proyectos de Ley.....	49
14.1 Enumeración de los proyectos analizados.....	49
14.2 Cuadro N° 9: Proyectos de Ley presentados ante el Congreso Nacional en los últimos 10 años	49
15. Propuesta normativa orientada a regular las disposiciones de última voluntad	50
15.1 Proyecto de ley sobre Muerte Digna	50
15.1.1 ¿Qué provincias cuentan con una ley de muerte digna y cuáles proyectan tener una?	50
15.1.2 Cuadro N° 10: Legislación vigente y proyectada sobre muerte digna en Argentina	50
15.1.3 ¿Cuál sería su ámbito de aplicación?.....	50
15.1.4 ¿Por qué convendría aprobar una ley de ésta índole?.....	50
15.1.5 Objetivos	50
15.1.6 Contenido.....	51
15.1.6.1 Puntos Esenciales.....	51
15.1.6.2 Clases de eutanasia	51
15.1.6.2.1 Eutanasia voluntaria pasiva	51
15.1.6.2 Eutanasia voluntaria activa	52
15.1.6.2.1 Requisitos para poder llevar a cabo una buena muerte.....	52
15.1.6.3 Aspectos comunes para ambos tipos de eutanasia.....	52
CAPITULO IV: PERSPECTIVA AXIOLOGICA.....	53
1. Argumentos a favor y en contra sobre la eutanasia.....	53
1.1 Breve reseña histórica del debate	53
1.2 Cuadro N° 11: Enumeración de argumentos	54
2. Bioética	55
2.1 Concepto.....	55
2.2 Finalidad.....	55
2.3 Principios bioéticos.....	55
2.3.1 Autonomía.....	55
2.3.2 No maleficencia	56
2.3.3 Beneficencia	56
2.3.4 Justicia	56
3. La dignidad humana.....	56
3.1 Concepto.....	56
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFÍA.....	59
1. De consulta	59
1.1 Páginas de Internet	59
1.2 Otras fuentes.....	60
2. De referencia.....	60

A mi abuelo José Luis Fast.

INTRODUCCIÓN

En nuestra época se han producido notables avances en materia sanitaria, farmacológica, científica y tecnológica, que junto a nuevas técnicas de higiene general y asepsia en centros de salud, coadyuvaron a la postergación de la muerte y una importante prolongación de la vida del ser humano. Se produce aquí la constante tensión entre la tecnología que impulsa la preservación imperativa de la vida y la posibilidad de poder permitir una muerte en paz.

La medicina siempre ha tratado de prolongar la vida del hombre, evitando o alejando el instante de la muerte lo más posible, a veces a cualquier costo, mediante el desarrollo de técnicas de reanimación y de aparatos capaces de mantener artificialmente vivos a pacientes por tiempo indeterminado. Este esfuerzo de la medicina por preservar y cuidar la salud de las personas ha demostrado que es capaz de volverse en contra de aquellos a quienes pretende proteger. Cuando los médicos se empeñan en extender la vida aún más allá de las posibilidades fisiológicas y del deseo de sus pacientes aparece lo que se ha dado en llamar el encarnizamiento terapéutico.

Estos fenómenos de prolongación artificial de la vida y de longevidad plantean la necesidad de encontrar soluciones a dichas falencias para que esas vidas transcurran en paz, con libertad y con dignidad.

COMPENDIO BREVE DEL TRABAJO

En este trabajo nos concentraremos en analizar la viabilidad de una propuesta normativa orientada a regular las disposiciones de última voluntad. Para ello, se analizará el significado de palabras clave y se estudiará al tema desde tres perspectivas distintas:

- **La fáctica:** analizando lo que implica para una persona el ingreso a una sala de terapia intensiva y los cuidados paliativos que se le deben brindar a un paciente que tiene una enfermedad irreversible. También estudiaremos qué se entiende por estado vegetativo y cómo se comporta el paciente que se encuentra en ese estado.
- **La normativa:** evaluando los derechos que tiene el paciente y las obligaciones del médico. Analizando nuestra legislación y la de distintos países de la Unión Europea y el Continente Americano. Además se estudiarán fallos nacionales como así también los derechos fundamentales más relevantes de documentos internacionales. Por último se elaborará una propuesta normativa orientada a regular las disposiciones de última voluntad.
- **La axiológica:** estudiando todo lo referido a la bioética, analizando los argumentos a favor y en contra de la eutanasia y dando una noción de dignidad humana.

LA EUTANASIA COMO PROBLEMA

Noción de la palabra Eutanasia

En su sentido etimológico, la palabra "EUTANASIA", derivada de las voces griegas eu (bueno) y thánatos (muerte), alude a "*buena muerte*".

El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua¹, da dos acepciones de esta palabra:

- 1) Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.
- 2) Muerte sin sufrimiento físico

¹ http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=eutanasia (25/10/2010)

El prestigiado Doctor en Medicina Carlos Gherardi nos brinda una definición muy clara cuando dice que la eutanasia significa básicamente “provocar la muerte de un paciente portador de una enfermedad mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio, por medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal efectuada por un tercero”.²

Teniendo en cuenta esta definición restrictiva, no se considerarán actos eutanásicos, aunque la muerte fuera el resultado final, las siguientes situaciones:

- **El rechazo de un tratamiento:** es la determinación de un paciente competente, debidamente informado, que se niega a recibir un tratamiento específico.
- **La muerte intervenida:** es aquella en la que tienen participación los médicos al decidir sobre las acciones de abstención y retiro de un soporte vital.
- **La sedación paliativa:** es la inducción, en un enfermo avanzado, de un sueño lo suficientemente profundo para aliviar su sufrimiento hasta que acontece su muerte. La sedación se plantea como una medida terapéutica paliativa en el enfermo terminal cuando hay un sufrimiento desproporcionado y los demás tratamientos se han mostrado ineficaces.
- **La limitación del esfuerzo terapéutico:** es la decisión clínica de no iniciar o retirar un tratamiento de soporte vital cuando se percibe una desproporción entre éstas y los fines a conseguir, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica.

Análisis de los elementos de la definición

1) **El escenario:** debe existir en el paciente una enfermedad que acarree la muerte próxima, este elemento permite diferenciar la eutanasia del homicidio.

2) **Los actores:**

- Requerimiento del paciente: permite legitimar al mismo por medio de la expresión de su voluntad autónoma para ejercer su derecho a morir. Cuando no se cuenta con la solicitud del paciente porque no tiene competencia para decidir o porque no se lo consulta pudiendo hacerlo, se estaría en presencia de un homicidio piadoso o misericordioso. En esta definición la eutanasia será siempre voluntaria.
- Actuación de una tercera persona: generalmente es el médico el que provoca la muerte. Este carácter distingue a la eutanasia del suicidio asistido por el médico, ya que en el primer caso el que provoca la muerte es una tercera persona y en el segundo es el paciente mismo el que la provoca usando un mecanismo o droga que le proveyó el médico.

3) **Interés del acto:** deberá efectuarse teniendo en cuenta siempre el beneficio del propio paciente para evitar el deterioro de su calidad de vida y/o sufrimientos insoportables para su persona.

4) **Procedimiento por el que se materializa la eutanasia:** en el ámbito médico el acto que provoca la muerte con seguridad es aquel que se basa en la administración de un veneno o una droga en dosis tóxica mortal, independientemente de la enfermedad que aun siendo letal es una condición que debe ser ajena a su propia determinación.

Esta definición de eutanasia incluye sólo las formas de eutanasia tradicionalmente llamadas directas, voluntarias y activas. Por lo cual, quedan eliminadas aquí las formas pasivas.

CLASIFICACIONES DE EUTANASIA

Existen numerosas y extensas clasificaciones de eutanasia de distintos autores elaboradas para entender los distintos supuestos que pueden ocurrir con relación a una determinada acción u omisión por parte del paciente o del médico, entre todas las analizadas mencionaré la clasificación hecha por la Dra Graciela Medina³:

² Gherardi, Carlos R. “Vida y muerte en terapia intensiva”. Página 152. Bs As. Editorial Biblos. 2007

³ www.graciamedina.com/articulos-publicados/ (03/09/2010). ¿Prolongar la vida o prolongar la agonía? La eutanasia en el derecho argentino. Trabajo de Investigación de la Dra Graciela Medina.

1) **Eutanasia voluntaria:** es aquella en la que el paciente acepta que se le suspendan los tratamientos terapéuticos que prolongan su vida y/o solicita que se le suministren medicamentos que le produzcan la muerte.

2) **Eutanasia involuntaria:** es aquella en la cual el paciente no presta su consentimiento, en ella el fin de la vida se produce sin voluntad del paciente.

Con la eutanasia involuntaria suelen darse dos situaciones distintas dependiendo de la exteriorización o no de la voluntad del paciente:

- Paciente que exteriorizó su voluntad antes de perderla: “es dable esperar que se repare en la manifestación de voluntad oportunamente exteriorizada, no si dejar de considerar que resulta especialmente problemática la actualización de la misma. Bajo esa lógica, resultaría válida una metodología que apelase a la recreación de escenarios posibles que habilitasen la consideración de la cuestión como si fuese eutanasia voluntaria.”⁴
- Paciente que no exteriorizó su voluntad antes de perderla: en este caso, si existiera un entorno familiar que actúe como interlocutor válido, podríamos decir que habría un consentimiento subrogado. Si, en cambio, no hubiera un entorno familiar presente, podría entrar en juego la decisión colectiva del equipo de salud y del Comité de Bioética del hospital, evitando de esta manera acarrear este tema a los tribunales.

Ambas clases de eutanasia se pueden clasificar en:

a) **Eutanasia activa (por acción):** es aquella en la que existe una acción positiva tendiente a producir la muerte (ej: suministrar una inyección de cloruro de potasio).

b) **Eutanasia pasiva (por omisión):** es la producida por la omisión de los tratamientos, medicamentos, terapias o alimentos que adelanten la muerte.

Eutanasia Heroica

Dentro de la eutanasia voluntaria activa, podríamos agregar una adicional, la *eutanasia heroica*, que sería aquella en la que un paciente que tiene una calidad de vida que no lo satisface decide dejar de vivir en esas condiciones y a la vez presta su consentimiento para donar uno o varios de sus órganos.

Aquí las motivaciones que tiene el paciente son dos:

- una principal: el paciente decide no seguir viviendo en esas condiciones.
- una secundaria: desea ayudar a otros que necesitan seguir viviendo. La denomino secundaria porque si no lo aceptaran como donante, igualmente terminaría con su vida.

Este supuesto altruista me conmueve y me inspira una profunda admiración, ya que el mismo paciente firma su propia donación estando consciente y con plena capacidad minutos antes de someterse a la operación de extracción de órganos.⁵

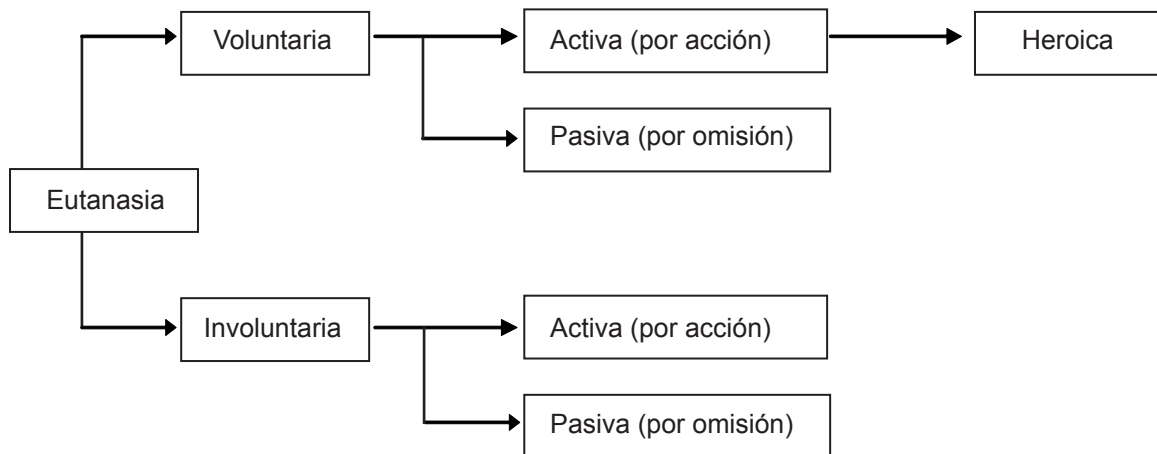
4 Pregno, Elián. “El fin de la vida” en “IX Jornadas Nacionales de Filosofía y Ciencia Política.” Página 310 y 311. Compilado por Pablo E Slavin. 1º Edición, Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2009.

5 Sobre el particular, puede verse: la serie Three Rivers (tres ríos), el episodio denominado “The Luckiest Man” (el hombre más afortunado). El capítulo habla sobre un hombre llamado Víctor, que ya estaba enfermo y sufre un accidente automovilístico que complica aún más su cuadro y por tal motivo lo internan en un hospital especializado en la realización de transplantes de órganos.

A lo largo de su internación en el hospital y luego de una operación exitosa y de numerosos estudios le dan un diagnóstico muy grave, le informan que luego de una segunda operación sobreviviría pero tendría que pasar el resto de su vida postrado en una cama y con respirador.

El se da cuenta que sus órganos podrían salvarle la vida a muchas personas que están a la espera de un donante y decide no operarse y donar sus órganos. Al principio su hija se opone a tal decisión pero después de recapacitar junto con el doctor que lo trata decide respetar la voluntad de su padre.

Cuadro N° 1: Clasificación de la eutanasia



PLANTEO DEL PROBLEMA

Cuando hablamos de eutanasia y sus distintos tipos nos planteamos algunos interrogantes, que giran en torno a:

<p>El derecho de los sujetos al rechazo o interrupción de tratamientos médicos a pesar de que estos le produzcan la muerte.</p>		<p><i>¿El paciente puede decidir qué hacer con su propio cuerpo en situaciones límites?</i></p>
<p>La posibilidad de expresar anticipadamente la voluntad de no recibir determinadas terapias o nombrar un representante para que tome decisiones en caso de incapacidad del sujeto para expresarla.</p>		<p><i>¿Hay algún registro en donde se pueda plasmar la voluntad de uno para cuando se encuentre incapacitados?</i></p>
<p>El derecho de los familiares de un incapaz a suspender los tratamientos cuando su omisión conduzca a la muerte..</p>		<p><i>¿En la Argentina, los familiares pueden solicitar la suspensión de determinados tratamientos? ¿Se lo solicitarían al médico o a un juez?</i></p>
<p>El derecho del enfermo a recibir los cuidados paliativos pertinentes, cuando la muerte lo asecha..</p>		<p><i>¿Qué son los cuidados paliativos y cuáles son sus objetivos?</i></p>
<p>El derecho del paciente a tener una muerte digna..</p>		<p><i>¿Caduca el derecho de la persona a tener una muerte digna cuando se vuelve incapaz? ¿La incapacidad produce la pérdida de la dignidad?</i></p>

Todos estos temas serán tratados a lo largo de éste trabajo con la finalidad de clarificar, analizar y responder cada una de las preguntas anteriormente realizadas, teniendo en cuenta la legislación nacional y provincial vigente en nuestro país.

OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS: ORTOTANASIA Y DISTANASIA

La “**ortotanasia**” proviene del griego “orthos” (recto), y “thánatos” (muerte) y es aquella que permite al paciente con una enfermedad terminal morir lo mas confortable y naturalmente posible y autoriza a los médicos a prescindir de procedimientos o medicaciones desproporcionadas e inútiles que prolonguen la agonía.

La palabra “**distanasia**”, del griego “dis” (mal, algo mal hecho), y “thánatos” (muerte), es etimológicamente lo contrario de la eutanasia. Se entiende por distanasia a la práctica médica que tiene por finalidad alejar la muerte, a prolongarla en forma innecesaria, alargando la agonía del individuo por el empleo inmoderado de medios terapéuticos o la desproporción de los mismos, aunque no haya esperanza alguna de curación y eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece, y que, obviamente, no lograrán esquivar la muerte inevitable, sino sólo aplazarla unas horas o unos días en unas condiciones lamentables para el enfermo.

Eu-tanasia = muerte buena Orto-tanasia = muerte oportuna o digna Dis-tanasia = muerte pospuesta o diferida
--

PERSPECTIVA FACTICA

En los últimos tiempos el avance de la medicina ha sobrepasado fronteras que hace siglos atrás no hubiéramos podido imaginar: podemos nombrar por ejemplo el desarrollo y el estudio del genoma humano, el conocimiento de enfermedades hereditarias y su posible extirpación y la prolongación de la vida humana sobre la base de soportes vitales.

No obstante lo que hay que advertir, es que todo éste impulso alcanzado por la medicina y la tecnología pueden llegar a tener un costo moral muy alto para aquel paciente enfermo que no quiere someter su cuerpo a ningún soporte vital. Por tal motivo, es importante destacar lo que dice el Doctor en Medicina, Carlos Gherardi para entender hasta dónde puede llegar hoy el avance de la medicina: “el paciente no deberá ser nunca un rehén del poder tecnocientífico ni una víctima de las decisiones ajenas a sus deseos o a sus valores”.⁶

EL INGRESO A LA TERAPIA INTENSIVA

Las salas de terapia intensiva, donde se han rescatado miles de vidas que antes se perdían inexorablemente, ahora permiten realizar con éxito tratamientos clínicos e intervenciones quirúrgicas antes impensables, pero a la vez se han transformado en uno de los escenarios de la habitual muerte hospitalaria.

A) Medios ordinarios o extraordinarios:

Se suele calificar a una terapia como ordinaria o extraordinaria, centrandó la distinción en las características propias de una determinada terapia. Para clarificar los distintos medios que aparecen en una institución hospitalaria realizaré el siguiente cuadro comparativo:

⁶ Gherardi, Carlos R. “Vida y muerte en terapia intensiva”. Página 13. Bs As. Editorial Biblos.. 2007.

Cuadro N°2 : Comparación de los medios ordinarios y extraordinarios

	M. ORDINARIOS	M. EXTRAORDINARIOS
DISPONIBILIDAD	disponibles	escasos
ONEROSIDAD	económicos	costosos
CARACTERES	suaves habituales	agresivos o intrusivos de alta complejidad
APLICACION	temporal	permanente e intensiva
ACEPTACIÓN POR EL MEDICO	clínicamente aceptados	en fase de experimentación
ACEPTACIÓN POR EL PACIENTE	obligatoria	opcional

“Estos medios no deben juzgarse en abstracto, sino teniendo en cuenta el sujeto en sí mismo (cada paciente en particular, considerando su estado de salud, sus condiciones psicofísicas y su medio familiar)”⁷.

B) Medios proporcionados o desproporcionados:

Para entender bien cada concepto daré una breve definición de cada uno de ellos.

a) Medios proporcionados: se llama así a “las intervenciones que, teniendo en cuenta el estado de la persona, los costos, las inversiones personales exigidas, son proporcionadas a los resultados esperados para el bien del enfermo”⁸.

b) Medios desproporcionados se refieren a las intervenciones que son exageradas en relación a los resultados esperados.

C) Soportes Vitales Especiales

Me enfocaré en dos situaciones que se caracterizan por ser extremadamente conflictivas y a la vez determinantes de la muerte del paciente:

1) Orden de no resucitación (ONR): podemos definir a la resucitación como “un conjunto de maniobras tendientes a restablecer la circulación y la respiración después de un paro cardíaco y que pueden efectuarse con escasos medios bien aplicados en una situación de urgencia por personal entrenado no médico, o con toda la tecnología disponible en un área destinada al cuidado de la salud”⁹.

La ONR consiste en la negación a una reanimación mediante una orden expresa, ya sea por escrito o en forma verbal. Esta ONR se creó a mediados de la década del 70 en Estados Unidos como un elemento indispensable para justificar moral y legalmente su no realización. La idea era evitar la prolongación de la vida y la agonía mediante la aplicación indiscriminada de resucitaciones a pacientes murientes y ancianos a quienes con medidas de este tipo no se les permitía morir.

La decisión de la no reanimación “importa el abstenerse de efectuar una reanimación cardio pulmonar (RCP) ante un paro cardiorrespiratorio, respetándose la voluntad y preferencias antes expresadas del paciente competente que sabe de su estado y con su previa anuencia esclarecida, o bien, con el

⁷ Revista Internacional del Notariado n° 109. Capítulo 4, “Temas Jurídico – Notariales”. Página 72. Artículo escrito por la Not. Patricia Marcela Casal.

⁸ Revista Internacional del Notariado n° 109. Capítulo 4, “Temas Jurídico – Notariales”. Página 73. Artículo escrito por la Not. Patricia Marcela Casal.

⁹ **Gherardi, Carlos R.** “Vida y muerte en terapia intensiva”. Página 121. Bs As. Editorial Biblos.. 2007.

asentimiento de sus representantes legales, familiares, o cuando, desde el punto de vista médico y bioético, la RCP es considerada inapropiada y fútil”¹⁰.

Aún después de tanto tiempo de impuesta la ONR, esta indicación no se ha generalizado como hábito en muchos países como el nuestro.

2) **Retiro de la alimentación e hidratación:** la supresión de la administración de agua y alimentos en los estados vegetativos para permitir la muerte ha sido muy cuestionada no sólo por el argumento de producir la muerte inevitable sino por provocar hambre y sed en el paciente. Es importante aclarar que la última argumentación no tiene sustento científico, ya que estos pacientes (privados de todas las funciones dependientes de la corteza cerebral) no pueden disfrutar de la sensación de hambre y sed debido a que estas últimas son percepciones subjetivas incompatibles con su situación neurológica de muerte neocortical (pérdida de funciones corticales de conciencia, conservando las funciones de control neurovegetativo del tronco encefálico).

La hidratación y nutrición es un tratamiento ordinario proporcionado para cualquier circunstancia médica que no sea absolutamente irreversible.

La administración de agua y nutrientes por gastrostomía (orificio abdominal que comunica el estómago con el exterior) es un procedimiento quirúrgico que no esta exento de complicaciones, por lo cual si este se produjera, por ejemplo, en un estado vegetativo permanente se transformaría en un soporte vital fútil, extraordinario y desproporcionado.

D) El Encarnizamiento Terapéutico

El Encarnizamiento Terapéutico o también llamado “Obstinación Terapéutica” es aquel proceso en el que el médico o el miembro del equipo de salud recurre de una manera desproporcionada a métodos y a alternativas terapéuticas con el único fin de mantener “con vida al paciente” aun cuando ya no hay nada que hacer con la enfermedad y cuando el proceso normal y natural de la muerte es inminente.¹¹

El encarnizamiento terapéutico da lugar a la distanasia que es la muerte en malas condiciones, con dolores, con molestias toda vez que dicha terapéutica supone una desproporción entre el tratamiento brindado y el resultado de este.

Las intervenciones pueden ser desde el entubamiento, la colocación de sondas, estudios dolorosos o mantener al paciente aislado en una terapia donde no permiten visitas, en estos casos el paciente pierde toda autonomía ya que depende totalmente de las decisiones de los familiares y de los médicos y el actuar del profesional de la salud se transforma en un acto fútil. Se entiende que el acto médico es considerado como fútil “cuando carece de sentido (de justificación) efectuarlo, por considerarse que resultará irrazonable e inoperante, en particular tratándose de pacientes irrecuperables”¹².

El médico no debe propiciar el encarnizamiento terapéutico contra el paciente sino el respeto a las directivas anticipadas del mismo, en lo referente al cuidado de su vida.

El paciente con una enfermedad irreversible

La irreversibilidad suele indicar que, aunque una descompensación o insuficiencia pueda ser manejada transitoriamente (por ejemplo con asistencia respiratoria mecánica) la enfermedad agravada por dicha complicación conducirá inevitablemente a la muerte.

¹⁰ Blanco, Luis Guillermo. “Muerte Digna, consideraciones bioético-jurídicas”. Página 60. Bs As. Editorial Ad-Hoc. 1997.

¹¹ www.conversacionessobregeronologia.blogspot.com/2009/03/encarnizamiento-terapeutico (17-5-2010).

¹² Blanco, Luis Guillermo. “Muerte Digna, consideraciones bioético-jurídicas”. Página 60. Bs As. Editorial Ad-Hoc. 1997.

Los cuadros clínicos que se consideran generalmente como irreversibles son los siguientes:

- o Cuando no se haya conseguido la efectividad terapéutica buscada.
- o Cuando no se pueda evitar el sufrimiento del paciente., y éste sea desproporcionado al beneficio esperado por los médicos.
- o Cuando el paciente rechace en forma fehaciente el tratamiento que corresponda a su enfermedad crónica, en su fase terminal.
- o Cuando la utilización de más o mayores procedimientos no logran la recuperación del paciente.

EL ESTADO VEGETATIVO

Concepto

El estado vegetativo “está determinado por lesiones córtico- subcorticales de los hemisferios cerebrales con preservación parcial o completa del tronco cerebral y clínicamente se caracteriza por grave alteración de la conciencia con conservación de los ciclos sueño-vigilia y de las funciones vegetativas en forma variable”¹³ .

Clases

El estado vegetativo, que se instala a partir de un coma, puede ser un estado:

- a) Persistente: se produce después de un mes de transcurrido el evento cerebral agudo traumático o no traumático, generalmente es reversible.
- b) Permanente: corresponde tres meses después de una injuria no traumática y doce meses después de una injuria traumática, denota irreversibilidad. En este estado, se presenta el problema de encontrar una prueba que permita establecer un diagnóstico de certeza. Además la conciencia no puede ser explorada con ninguna máquina y sólo está sujeta a la exploración clínica.

El Coma

El coma implica una pérdida absoluta del estado de conciencia de por lo menos una hora. Cuando uno esta conciente, el cerebro realiza dos funciones que están íntimamente conectadas:

- 1) El mecanismo del despertar, alerta o estado vigil (Capacidad de la conciencia).
- 2) El conocimiento y percepción de sí mismo y de su entorno (Contenido de la conciencia).

En el coma se encuentran abolidos ambos componentes de la conciencia y en su evolución ésta puede ir hacia su recuperación completa, hacia un estado vegetativo o progresar hacia una muerte encefálica.

Estos pacientes en estado crítico pierden en forma permanente su autonomía, por lo tanto, la determinación de realizar algún procedimiento en ellos se centra en los médicos o los familiares, con lo cual se genera un consentimiento hipotético: si pudiera expresarse el paciente, ¿qué decisión tomaría?

En el estado vegetativo, se mantiene el mecanismo del despertar pero se pierde el conocimiento de sí mismo y de su entorno.

Para entender un poco más sobre el funcionamiento de un organismo en estado vegetativo, podemos sintetizar las acciones que se pierden y aquellas que se conservan en el siguiente cuadro:

¹³ Patitó, José Angel. “Manual de medicina legal”. Página 284. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2008.

Cuadro N° 3: Estado Vegetativo Permanente (EVP)

ACCIONES QUE NO SE CONSERVAN	ACCIONES QUE SE CONSERVAN
<ul style="list-style-type: none"> - El contenido de la conciencia. - La atención. - La memoria. - La afectividad - El lenguaje y la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los ciclos sueño- vigilia. - Estímulos fuertes pueden provocar apertura ocular y aceleración de la respiración, el pulso y la tensión arterial. - Los reflejos (hasta los reflejos protectores de los vómitos y la tos). - Los movimientos oculares. - Emisión de sonidos o gestos que sugieran ira, llanto, queja, gemidos o sonrisas. - Movimientos espontáneos (masticar, deglutir, etc).

El conflicto moral se plantea cuando el estado vegetativo se convierte en permanente, ya que una persona en ese estado puede estar muchos años así hasta que se produzca alguna complicación que la lleve a la muerte. En estos casos se dan dos situaciones delicadas:

- 1) Se plantea la alternativa de no tratar la complicación que se presente, (por ejemplo una infección) u otra patología que se asocie (por ejemplo un cáncer).
- 2) Suspender en forma directa la alimentación e hidratación, lo que produce la muerte por paro cardiocirculatorio en un lapso no mayor a veinte días.

Un juez en lo criminal y un médico paliativista han dicho que “la interrupción de medios artificiales de sostén vital en casos de un EVP, previo dictamen de una junta médica y/o Comité de Etica, en diálogo con familiares directos del paciente resulta inobjetable, ante la inexistencia de toda posibilidad de recuperación”¹⁴. En éstos supuestos el médico no incurre ni en violación del deber de cuidado, ni en abandono de persona, ni en homicidio, dado que la interrupción del soporte vital no es la causante de la muerte del paciente (la que será consecuencia de la patología mortal de base que padece y que ha devenido irreversible).

¿LA AGONIA ES VIDA?

Concepto

“La agonía o los últimos días de vida es el fenómeno que precede a la muerte cuando ésta ocurre en forma lenta; tal situación se manifiesta por un deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos de la conciencia, dificultad para la ingesta de alimentos o líquidos, incapacidad para relacionarse con otras personas, postración”.¹⁵

¹⁴ Blanco, Luis Guillermo. “Muerte Digna, consideraciones bioético-jurídicas”. Página 84. Bs. As. Editorial Ad-Hoc. 1997.

¹⁵ www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61294 (26/08/2010). “Agonía y muerte asistida”. Revista Dolor: Clínica y Terapia. Vol. VI/ Núm. 4/ 2009. Artículo publicado el 17 de Agosto del 2009, redactado por Tulio Velásquez, anestesiólogo oncológico del Centro de Cáncer “Emma Romero de Callejas”, España.

La agonía es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de unos signos determinados (nariz fría o pálida, extremidades frías, pausas de apnea mayores a los 15 segundos, somnolencia) que pronostican una muerte próxima.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo frustrante y estresante que resulta ser la fase agónica para cualquier ser humano, me pregunto si la agonía es vida. Es interesante lo que opina el Dr Carlos Gherardi sobre la agonía cuando dice que la misma “injustificadamente prolongada, el sufrimiento extremo, la desfiguración y el aislamiento del paciente; cualquiera de ellas puede ser la consecuencia del encarnizamiento terapéutico que conlleva formas de morir que resultan una caricatura de la dignidad personal”¹⁶. Sea cual sea la forma de la agonía resulta fundamental que tanto el enfermo como su familia sepan cuál será la posible evolución de la enfermedad a fin de que tomen las decisiones oportunas.

Al ver que un paciente se va deteriorando progresivamente y que a pesar de seguir con un esquema de tratamiento no presenta mejoría alguna, conviene hablar con el paciente y su familia y explicar lo que esta sucediendo. En estas situaciones, se tienen que exponer todas las posibles reacciones que se pueden esperar del enfermo en el transcurso de esta etapa de agonía, pero a la vez hay que brindarles todas las posibles soluciones para así evitar la aparición de hechos que produzcan un mayor grado de ansiedad en la familia.

Características

La agonía se caracteriza habitualmente por un periodo, mas o menos largo, de deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios.

La agonía, también, puede ser considerada como el conjunto de circunstancias que se desarrollan ante el llamado “enfermo terminal”; los signos más notorios de muerte inminente son:

- Alteraciones de la visión: borrosa y desenfocada.
- Aparición de nuevos síntomas.
- Dificultad para la deglución.
- Confusión.
- Disminución del interés en la conversación.
- Agitación.
- Sensación de mareo y somnolencia.
- Frialdad en las extremidades.
- Alucinaciones.
- Ruido respiratorio.
- Debilidad extrema con reducción de movimientos.
- Boca seca.
- Periodos cortos y limitados de atención.
- Desorientación temporal.

¹⁶ “**Cuando prolongar la agonía no ayuda a vivir**”. Artículo redactado por Sebastián A Ríos en el diario La Nación, publicado el domingo 6 de Octubre de 2002. La frase referida a la agonía es del Dr Carlos Gherardi en el simposio “Cuestiones éticas al final de la vida”, organizado por el Consejo Académico de Ética en Medicina.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Concepto

Para la Organización Mundial de la Salud, cuidado paliativo es “el cuidado activo total del paciente cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo fundamental el control del dolor, otros síntomas y los problemas psicológicos, sociales y espirituales”.¹⁷

La medicina paliativa alcanza a pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, reumatológicas, enfermedades genéticas, etc., que no responden a tratamientos disponibles con finalidad curativa.

La meta principal de esta medicina es buscar la mejor calidad de vida posible para el paciente, y brindar apoyo y acompañamiento a él y a su familia.

Principales objetivos de los cuidados paliativos

Según la Organización Mundial de la Salud, los objetivos primordiales de la medicina paliativa son los siguientes:

- Alivio del dolor y control de otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo normal
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo

En estas situaciones, es fundamental realizar un enfoque interdisciplinario, en el cual se desempeñen psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, enfermeros y otros agentes de salud, en trabajo coordinado, centrado en el paciente y su familia.

La Sedación

Concepto

“En el plano de la medicina paliativa se entiende por sedación a la administración de fármacos en dosis adecuadas para disminuir o anular la percepción por parte del paciente de síntomas que por su intensidad o nula respuesta al tratamiento recibido producirían un sufrimiento innecesario”.

Con la sedación se trata de aminorar el impacto emocional que dicho síntoma produce en el paciente.

Durante la etapa agonizante, generalmente suele sobrevenir un empeoramiento de los síntomas que se manifiesta en la agonía, por lo que los médicos se ven obligados a recomendar la opción de la sedación al paciente y/o a la familia

No se debe confundir sedación con eutanasia, ya que ambos conceptos son muy distintos, las diferencias entre uno y otro radican en:

¹⁷ www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Hechos_Solidos.pdf (09/04/2010).

Cuadro N° 4: Diferencia entre sedación y eutanasia

CONCEPTO	SEDACION	EUTANASIA
INTENCION	Se busca el alivio del sufrimiento.	Se busca la muerte para liberar al paciente de su sufrimiento.
PROCESO	Se usan fármacos y dosis reguladas para cada paciente para el alivio del síntoma que indujo a este acto, lo cual se monitoriza en forma periódica.	Se utilizan fármacos o combinaciones a dosis letales.
RESULTADO	El parámetro de respuesta es el alivio del sufrimiento.	El parámetro de respuesta es la muerte.

PERSPECTIVA NORMATIVA

Analizando nuestra Constitución Nacional, su art 19¹⁸ habla del derecho a decidir sobre el destino final de nuestra vida, a éste se lo considera como un acto privado e indelegable y fuera del ámbito de reproches por parte de las autoridades y de la sociedad.

Ahora bien, ¿existe en nuestra legislación alguna prohibición respecto a la eutanasia voluntaria? Si bien nuestro Código Penal tiene por objeto, entre otros, proteger el bien jurídico “vida”, no encontramos en ninguno de sus títulos a la “eutanasia”, sino homicidio con todos sus agravantes o el suicidio. Ante el vacío existente, la eutanasia cae en el área del homicidio.

La sociedad moderna basa su ordenamiento jurídico en la protección de los derechos humanos. En este sentido, cada enfermo tiene derecho a decidir, informadamente, sobre los asuntos que pertenecen a una esfera tan privada como su cuerpo; y en virtud de esto, decidir cómo quiere seguir -o no seguir- viviendo.

Si los derechos a la dignidad, a la privacidad, a la intimidad y a la libertad se vieran lesionados o restringidos por parte del equipo médico que estuviera aplicando medidas terapéuticas fútiles, nada priva al propio paciente o a terceros legitimados para ello a interponer una acción de amparo contra dicho equipo, como lo dice el art 43, párrafo 1° de nuestra Constitución Nacional.¹⁹

LA MUERTE

Concepto

La muerte puede definirse como “el cese definitivo e irreversible de las funciones vitales, respiratoria, cardiovascular y nerviosa”.

¹⁸ Art. 19 de la Constitución Nacional Argentina: Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

¹⁹ Art. 43, párrafo 1° de la Constitución Nacional: Toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva.

Se considera que “la muerte es un proceso, no un momento o instante. Una vez desencadenado el proceso, éste es irreversible porque todos los tejidos no mueren al mismo tiempo, sino después de un proceso que fundamentalmente depende de la viabilidad textural y de la mayor o menor resistencia a la anoxia²⁰”²¹

Su diagnóstico

Durante siglos el criterio para determinar la muerte de una persona fue el cese irreversible de la actividad cardiorrespiratoria: cuando una persona dejaba de respirar y no se percibían los latidos cardíacos y el pulso, el médico diagnosticaba el fallecimiento. Este diagnóstico de muerte entró en crisis en la segunda mitad del siglo actual cuando comienza a desarrollarse la terapia intensiva, que permite mantener artificialmente la función cardiorrespiratoria. Fueron neurofisiólogos y neurocirujanos franceses los que comenzaron a desarrollar los criterios de la muerte cerebral o encefálica como el diagnóstico básico para poder determinar el fallecimiento de una persona.

Por otro lado, los trasplantes de órganos suscitaron un especial interés en acudir a definiciones de muerte, basadas en criterios neurológicos -ya que para conservar los órganos en buena condición era necesario mantener en el fallecido la respiración y la circulación sanguínea.

En 1968 la XXII Asamblea de la Asociación Médica Mundial marcó nuevas directrices en el concepto de muerte cerebral y, simultáneamente, la Escuela de Medicina de Harvard hizo públicos los famosos “criterios de Harvard” con su nueva definición de muerte cerebral.

De esta manera, se ha pasado a un nuevo concepto de muerte, el de muerte cerebral o encefálica, que ha sustituido al de muerte cardiorrespiratoria. No obstante, es importante aclarar que el concepto de muerte encefálica no surgió para beneficiar la trasplantología, sino que fue una consecuencia del desarrollo de la terapia intensiva.

En nuestro país “la Ley N° 21.541/77 y su reglamentación expuso las condiciones requeridas para el diagnóstico de muerte cerebral, siguiendo los lineamientos del informe Harvard, pero durante un largo período esta certificación sólo fue válida en aquellos pacientes cuyos órganos fueran requeridos para ser trasplantados. Sólo a partir de una nueva reforma (Ley N° 23.464/87 después ratificada por la Ley N° 24.193/93) se igualó a todos los hombres en la determinación formal de la muerte, con prescindencia del destino de sus órganos”²².

¿Qué aspectos legales regulan el diagnóstico de Muerte Encefálica?

La Ley 24.193. de Trasplante de Órganos y Tejidos en su art 23 nos habla de los requisitos que deben existir en el momento de dar un diagnóstico de muerte. Para considerar si una persona ha fallecido o no, se deben verificar en forma acumulativa distintos signos, estos son:

- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia;
- b) Ausencia de respiración espontánea;
- c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;
- d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuado (innecesario en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible).²³

Todos estos signos para ser confirmados en forma definitiva deben persistir en forma ininterrumpida durante seis horas posteriores a su constatación conjunta.

²⁰ **Anoxia.** (Del lat. cient. anoxia). f. Biol. Falta casi total de oxígeno en la sangre o en tejidos corporales. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

²¹ **Patitó, José Angel.** “Manual de medicina legal”. Página 65. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2008.

²² **Gherardi, Carlos R.** “La muerte cerebral y la muerte”. División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Revista de Medicina, volumen 57 - N° 1, 1997.

²³ **Art 23 de la Ley 24.193. de Trasplante de Órganos y Tejidos** –Texto actualizado por Ley 26.066.

Teniendo en cuenta el concepto de muerte que nos brinda la ley de transplantes de órganos y tejidos, todo trasplante que se efectúe luego de la constatación de los signos mencionados anteriormente no será considerado un acto eutanásico, un ejemplo de ello sería el trasplante de corazón, el cual se obtiene de un donante que ha sufrido muerte cerebral pero que se mantiene con respirador artificial.

FORMAS MEDICOLEGALES DE LA MUERTE

- A) Muerte Natural: es un hecho biológico que pone fin a la vida de los seres humanos. Hoy es casi inexistente
- B) Muerte Violenta: la muerte, en este caso, es el resultado de un accidente, de un homicidio o de un suicidio.
- C) Muerte de Causa Dudosa: cuando no se sabe con exactitud la causa que provocó la muerte. En este caso es necesaria la intervención policial y la práctica de una autopsia para determinar la causa y el mecanismo de la muerte.
- D) Muerte Cerebral o Encefálica: es un criterio introducido por la legislación sobre ablación de órganos y materiales anatómicos. Se denomina muerte encefálica al “estado no funcional permanente del encéfalo, incompatible con la sobrevivencia somática sin soporte artificial, determinado por lesiones encefálicas difusas de tipo estructural que destruyen los hemisferios cerebrales, el tronco encefálico y el cerebelo”.²⁴ La muerte cerebral puede tener distintas causas:
- Hemorragia o infarto cerebral (ACV)
 - Golpes en la cabeza (accidentes)
 - Herida de bala en el cráneo

“En todos estos casos, una gran inflamación hace que la sangre no pueda llevar oxígeno al cerebro. Al hincharse dentro del cráneo, el cerebro no puede expandirse y aumenta la presión”.²⁵

- E) Muerte Intervenida: es aquella muerte en la que tienen participación los médicos al decidir sobre las acciones de abstención y retiro de un soporte vital que se presentan de manera habitual en las salas de terapia intensiva.

“La llegada de la muerte que acontece en el paciente crítico (que por definición tiene una amenaza de muerte próxima) se debe plantear desde el concepto actual de muerte intervenida y no de muerte natural”.²⁶

La muerte, en este caso, debe producirse con el conocimiento del paciente, con el acuerdo de su familia o de su representante, si fuera aquel incompetente o con la sola decisión médica cuando la consulta no fuera posible.

En la práctica médica que maneja soportes vitales, matar no es una opción médica ni ética, sino un pedido explícito que el paciente, sus familiares o representante podrían realizar en los términos y condiciones que impone la eutanasia.

Aunque la muerte sea el resultado final, la muerte intervenida no es eutanasia ni tiene nada que ver con ella, ya que la misma es una práctica médica de uso habitual y no cumple con los requerimientos de la definición que dimos anteriormente de eutanasia.

LA MUERTE EN EL CODIGO CIVIL

El fin de la existencia de las personas está contemplada en los títulos VII Y VIII (art 103 a109) del libro Primero. Hablaremos en particular del artículo 103 de dicho Código.

²⁴ **Patitó, José Angel**. “Manual de medicina legal”. Página 284. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2008.

²⁵ www.cucaier.gov.ar/donacion.php#7 (23/08/2010)

²⁶ **Gherardi, Carlos R.** “Vida y muerte en terapia intensiva”. Página 150. Bs As. Editorial Biblos.. 2007.

Art 103: en este artículo se describe cuándo culmina la existencia de los seres humanos al decir que “termina la existencia de las personas por la muerte natural de ellas. La muerte civil no tendrá lugar en ningún caso, ni por pena, ni por profesión en las comunidades religiosas”.

Para analizar el artículo citado anteriormente lo dividiremos en tres partes:

1. Fin de la existencia de las personas
 2. La muerte natural
 3. Inexistencia de la muerte civil en nuestro Derecho
1. Fin de la existencia de las personas: “el artículo establece como única causa del fin de la existencia de las personas físicas a la muerte natural, descartando expresamente a la muerte civil, que aparecía en las legislaciones antiguas como causal de extinción de la personalidad jurídica, junto con la esclavitud, la condena perpetua, etcétera”²⁷.
 2. La muerte natural: ésta tiene valiosas consecuencias jurídicas, importando la extinción definitiva de algunos derechos del fallecido (los inherentes a la persona) y la transmisión a terceras personas de otros (los que no son inherentes a la persona).
La terminología “muerte natural” no excluye a los supuestos de homicidios u otras muertes violentas; sólo denota la aparición del hecho biológico objetivo de cesación de las funciones vitales en el individuo, independientemente de cuál haya sido su causa.
 3. Inexistencia de la muerte civil en nuestro Derecho: ésta referencia encuentra su explicación en que la legislación española, vigente a la época de elaboración del Código, preveía la muerte civil como una de las causas de extinción de la personalidad jurídica de las personas de existencia visible. Ella alcanzaba a los condenados a deportación o cadena perpetua y a los religiosos profesos; en el primer caso a título de pena, en el segundo en razón de la incidencia del voto religioso, circunstancias que quedan reflejadas en la redacción de la última parte de la norma analizada.

Los efectos jurídicos de la muerte civil eran equivalentes a los del fallecimiento natural; así, el “muerto civil” era sucedido en sus relaciones jurídicas, se tenía por disuelto su matrimonio y se autorizaba al otro cónyuge a celebrar nuevas nupcias.

LA MUERTE EN EL CODIGO PENAL

En este Código se encuentran tratados el homicidio y el suicidio.

- o Homicidio: está considerado en los art 79 a 84. Homicidio es una palabra de raíz latina que deriva de los términos “homo” (hombre) y “caedere” (matar), puede definirse como “acto en virtud del cual una persona da muerte a otra fuera de las condiciones jurídicas que la legitiman”²⁸.
- o Suicidio: es una palabra que reconoce también un origen latino en los términos “sui” (uno mismo) y “caedere” (matar), significa la muerte voluntaria de un individuo.
En la actualidad, tanto el suicidio como su tentativa no configuran delito para su autor. Esto que parecería a primera vista ridículo, pues sería condenar a un muerto, no lo era tanto, ya que si bien el suicida no podía hacerse cargo él mismo de su acción contra su propia persona, era condenado en sus bienes, en la persona de sus sucesores, o aún en su propio cadáver. En Francia, por ejemplo, se colgaba al suicida de los pies.
Lo que sí sanciona el Código Penal en el artículo 83 es la instigación al suicidio.

²⁷ Ferrer, Francisco A M, Medina, Graciela y Méndez Costa, María Josefa “Código Civil Comentado. Doctrina-Jurisprudencia-Bibliografía”. Tomo I. Página 420. Rubinzal- Culzoni Editores. 2006.

²⁸ Patitó, José Angel. “Manual de medicina legal”. Página 85. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2008.

DERECHOS DEL PACIENTE

Constituyen derechos esenciales en la relación paciente- profesional de la salud según la normativa legal vigente²⁹ los siguientes:

- a) Asistencia: el paciente tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.
- b) Obtener un trato digno y respetuoso: el paciente tiene derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, respetando sus convicciones personales y morales, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
- c) Respeto a su intimidad: toda actividad médico – asistencial que maneje documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles.
- d) Confidencialidad de la información médica personal: el paciente tiene derecho a que se guarde la debida reserva de su documentación clínica, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.
- e) Respeto a la autonomía de su voluntad: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;
- f) Recibir información sanitaria en forma clara y veraz vinculada a su salud, de manera suficiente y oportuna.
- g) Posibilidad de tener acceso a una interconsulta médica: el paciente tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

El Derecho a Morir Dignamente

“Morir con dignidad y con autonomía significa la legítima aspiración personal de participar en la decisión de los actos que puedan resultar intolerables o innecesarios para cada persona dentro del complejo y debatido problema del derecho a morir de cada uno”.³⁰

Teniendo en cuenta lo que significa morir con dignidad, podríamos decir que la muerte indigna sería aquella que se prolonga a través de distintos instrumentos que proporcionan a los pacientes un soporte vital que sule funciones biológicas perdidas o suspendidas, aquella que se demora sin ofrecer nada a cambio, más que sufrimiento y humillación.

“La muerte digna puede relacionarse con varios comportamientos:

- la asistencia al suicidio (el paciente se da muerte a sí mismo y la intervención del tercero se limita a suministrarle los medios para hacerlo)
- la eutanasia activa (el tercero es el causante de la muerte, la cual será voluntaria si se cuenta con el consentimiento del paciente e involuntaria si no se cuenta con ella)
- la eutanasia pasiva (implica la abstención o interrupción de tratamientos artificiales o extremos cuando no hay esperanza de recuperación”³¹.

El morir dignamente implica que se respete la voluntad del moribundo, hay casos en que el paciente anhela de alguna manera la muerte, pero por causa de la intromisión médica, protegida en un deber moral, el paciente debe soportar una degradación tal que, su dignidad se destruye rápidamente.

²⁹ Ley 26.529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, art 2 (promulgada de hecho el 19 de Noviembre de 2009).

³⁰ Gherardi, Carlos R. “Vida y muerte en terapia intensiva”. Página 116. Bs As. Editorial Biblos.. 2007.

³¹ “La Ley”. 1997 – A, 626. Homicidio. Página 1356.

Morir dignamente para el Dr Blanco “se erige como una exigencia ética, es decir, como el imperativo ético de mirar por una muerte acorde con la dignidad personal, esto es, con la eminente dignidad natural que todo ser humano posee por la sola razón de ser tal”³².

El derecho a morir con dignidad, en el ámbito hospitalario, se refiere al “derecho que tiene toda persona para elegir o exigir para sí o para otra persona a su cargo, una muerte a su tiempo, es decir, sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) o cruelmente obstinadas (encarnizamiento médico) del proceso de morir”³³. El ejercicio de éste derecho supone una serie de exigencias, como ser:

- Contar con un adecuado tratamiento del dolor, a menos que el interesado se niegue.
- Recibir los cuidados paliativos integrales, ordinarios, no invasivos.
- Poseer información veraz sobre su estado de salud.
- Tener la aptitud suficiente para asumir su decisión a partir del ejercicio efectivo de la libertad.
- Disponer de su propio cuerpo.
- Tener la posibilidad de exigir su propia muerte.
- Decidir el tipo de información médica que podrá ser revelada después de su muerte.
- Gozar de la presencia y asistencia de sus seres queridos.
- Obtener asistencia psicológica y/o religiosa (contención del sufrimiento).
- Tener la posibilidad de abstenerse o de suprimir todo acto médico fútil.

Legislación Nacional que contempla a este derecho

En el territorio argentino contamos con numerosas leyes que mencionan los distintos derechos que tiene el paciente y contemplan el respeto por la dignidad humana en el proceso de morir. Podemos mencionar algunas:

- Río Negro – Ley N° 3076, art 2, inc o: en este artículo menciona que “el paciente tiene derecho a morir con dignidad”.
- Tucumán – Ley N° 6952, art 1º, inc 16 y 17: el inciso 16 de este artículo indica que el paciente tiene derecho “a morir con dignidad, con el derecho de ser asistido hasta el último momento de su vida”. El inciso 17 señala que el paciente tiene derecho “a recibir o rechazar la asistencia espiritual o moral”.
- Ciudad de Buenos Aires- Ley N° 153, art 4º, inc I: establece que en el caso de enfermedades terminales, el paciente tiene derecho a una “atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento”.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Concepto

El consentimiento informado puede definirse como “la conformidad o asentimiento del paciente (y/o padre, tutor o encargado) a que se le realice o no, un procedimiento médico, terapéutico o quirúrgico luego de haber recibido y entendido toda la información necesaria para tomar una decisión libre e inteligente”.³⁴

³² **Blanco, Luis Guillermo**. “Muerte Digna, consideraciones bioético-jurídicas”. Bs As. Editorial Ad-Hoc. Página 50. 1997.

³³ **Blanco, Luis Guillermo**. “Ensayo sobre directivas médicas anticipadas: la disidencia, admisión y rechazo de tratamientos médicos y el derecho a morir dignamente”. Revista Notarial N° 951, página 439. Bs As. 2005.

³⁴ **Gamarci, Héctor**. “Voluntad Anticipada”. Revista del Colegio de Escribanos de Entre Ríos N° 180, página 21.

Es un derecho que asiste a los pacientes para poder conocer todo aquello que deseen con el fin de tomar libremente la decisión de continuar adelante o no, con la propuesta diagnóstica o terapéutica del médico.

¿Qué papel cumple la información en el ámbito hospitalario a la hora de tomar decisiones importantes?

Para lograr la protección de la dignidad, la autodeterminación y las preferencias del paciente en el proceso de toma de decisiones en el marco clínico, es necesario que tanto éste, como sus familiares o representantes, en el caso de ser incapaz, tengan pleno conocimiento de los riesgos, ventajas o desventajas referidas a algún tratamiento o intervención médica antes de su realización. Para ello, es que se acude a la firma de un instrumento denominado “consentimiento informado” (CI).

Para que el CI sea adecuado y auténtico debe basarse en los siguientes items:

- debida información (el médico o la institución a la que represente deberá revelar todos y cada uno de los procedimientos a realizar con sus respectivas exigencias, riesgos y posibles consecuencias)
- libre adhesión (el paciente o sus familiares deberán tener la suficiente comprensión, voluntad y competencia para poder consentir)

Funciones

Dicho CI cumple las siguientes funciones:

- 1) Promueve la autonomía de los individuos
- 2) Fomenta la racionalidad en la toma de decisiones médicas
- 3) Protege a los enfermos y a los sujetos de experimentación
- 4) Evita el fraude y la coacción
- 5) Introduce en la medicina una mentalidad más probabilista y más capaz de hacer frente a la incertidumbre
- 6) Sirve como respaldo legal ante eventuales juicios por mala praxis, ya que es el único instrumento realizado por escrito por parte del paciente que comunica que esta de acuerdo con el actuar del médico

Fundamentación legal del consentimiento informado

La obligatoriedad de la existencia y aplicación del consentimiento informado podemos verla en numerosas leyes nacionales y provinciales, aquí nombraré algunas que he tomado de referencia:

- o Constitución Nacional: el artículo 42 establece que “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de la salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno.”
- o Código de Ética de la Asociación Médica Argentina del 2001:
 - el artículo 77 nos dice que “el paciente tiene derecho a que se le brinde la información que permita obtener su consentimiento comprendido del diagnóstico, terapéutica y cuidados preventivos primarios o secundarios, correspondientes a su estado de salud. Deberá firmar él, la familia o su representante un libre “consentimiento informado” cuando los facultativos lo consideren necesario.”
 - el artículo 95 expresa que “las siguientes circunstancias de la actividad médica exigen autorización o consentimiento informado del paciente o persona responsable del mismo:
 - a) Procedimientos diagnósticos o terapéuticas que implique un riesgo para la salud.
 - b) Terapéutica convulsivante.
 - c) Amputación, castración u otra operación mutilante.
 - d) Intervenciones a menores de edad.

En cualquier caso dudoso, es aconsejable una autorización por escrito así como la constancia detallada del protocolo médico o quirúrgico especial, que debe formar parte de la historia clínica correspondiente.”

- el artículo 177. establece que “debe constar en historia clínica el libre consentimiento informado firmado por el paciente, la familia o el responsable legal.”
- o Ley 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires:
 - el artículo 4 enumera los derechos de tienen todas las personas con su sistema de salud y con los servicios de atención. En el inciso j establece como uno de los derechos la “solicitud por el profesional actuante de consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos.”
 - el artículo 7 obliga a los servicios de atención de salud a informar a las personas todos sus derechos y obligaciones.

DISIDENCIA TERAPEUTICA O RECHAZO INFORMADO

Concepto

Se denomina disidencia terapéutica o rechazo informado a la “autodeterminación de un paciente competente debidamente informado que se niega a recibir un tratamiento específico”³⁵.

El derecho al rechazo de un tratamiento médico es la contrapartida, y a la vez la consecuencia natural, del consentimiento informado. En efecto, toda vez que se les reconozca a los particulares un derecho a ser informados de los aspectos relevantes que hacen a la terapéutica que se les propone, y a consentir su aplicación, deberá reconocérseles la facultad de rechazar tal tratamiento.

Supuestos de Disidencia Terapéutica

Podemos diferenciar distintos supuestos de disidencia terapéutica:

- 1) Cuando un paciente sin peligrar su vida rechaza el tratamiento indicado aunque corra el riesgo de no sanar o de no recuperarse totalmente. Por ejemplo, un testigo de Jehová rechaza la prescripción médica de un determinado producto farmacológico elaborado con hemoderivados.
- 2) Cuando un paciente grave se niega a recibir un tratamiento que de no efectuarse podría acelerar o acarrear la muerte. Aquí no se trata de un paciente irrecuperable, ya que aceptando las directivas médicas podría seguir viviendo.
- 3) Cuando un enfermo crónico irrecuperable se niega a ser sometido a un tratamiento fútil o distancioso, ejerciendo así el derecho a morir con dignidad.

Lo correcto es, en cada caso, ponderar prudentemente la situación del paciente a los fines del criterio a adoptar, partiendo de la base de ciertas pautas a considerar con respecto al paciente:

- Estudio de su historia clínica.
- Capacidad o incapacidad del mismo.
- Grado de equilibrio psicológico que posee.
- Existencia o falta de otras alternativas terapéuticas idóneas.
- Probabilidad de muerte del paciente.
- Gravedad de la intervención terapéutica recomendada.
- Posibilidad de recuperación o curación.
- Motivaciones personales del paciente que lo llevaron a rechazar el tratamiento.

En caso de no aceptar el tratamiento prescripto, se puede proponer al paciente la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer de un alta forzosa.

Los valores en conflicto

Para el médico, el rechazo del paciente al tratamiento indicado genera un conflicto de deberes entre:

- a) El deber de proteger la vida del paciente: de acuerdo con la lex artis, aquí la relación médico-paciente se orienta a la actuación del primero, que tiene como objetivo mejorar la salud del paciente.
- b) El deber de respetar la libertad de cualquier paciente para someterse a un tratamiento (vital o no), cualquiera sea la motivación para rechazarlo. En este caso, la decisión del paciente informada, consciente y libremente adoptada, es el elemento fundamental.

Legislación que la contempla

Podemos mencionar algunas leyes sobre el ejercicio de la medicina o de derechos del paciente que tratan este tema:

- o Ley 17.132, art 19, inciso 3º: establece que los profesionales que ejercen la medicina están obligados a “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.
Cabe aclarar que en el caso de que exista disidencia terapéutica, en las condiciones que indica la ley, el médico que prescribió dicho tratamiento que por tal negativa no lo puede llevar a cabo no comete abandono de persona ni delito alguno.
- o Ley Básica de Salud N° 153 de la ciudad de Buenos Aires, art 6º, inc b: cuando habla de las obligaciones que tienen las personas en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención, establece que el paciente podrá “firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas”.
- o Ley N°3076 de Derechos del Paciente de Río Negro, art 2º, inc j: contempla el derecho que tiene todo paciente a “rechazar el tratamiento propuesto, en la medida en que lo permita la legislación vigente, luego de haber sido adecuadamente informado, incluso de las consecuencias médicas de su acción”.

Los tres artículos analizados hacen énfasis en que nadie puede obligar al paciente a someterse al tratamiento que los médicos consideren más idóneo o indispensable, porque todo paciente cuenta con el derecho personalísimo de disentir o de rechazar cualquier tipo de tratamiento ejercitando su autonomía personal, exclusiva del sujeto que la adopta.

LA IMPORTANCIA DEL CUERPO MEDICO ACTUANTE

Deberes de los médicos en general

La Asociación Médica Mundial creó en la 3ª Asamblea General, realizada en Inglaterra en Octubre de 1949, un Código Internacional de Etica Médica³⁶ en el cual se describen los deberes de los médicos en general y específicamente los deberes de ellos entre sí y hacia los enfermos. Teniendo en cuenta dicho Código podemos destacar los siguientes deberes del médico:

- mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.
- dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.
- tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño.

³⁶ Fuente: www.unav.es/cdb/ammlondres1.html (05/12/2009).

- respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.
- actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.
- dar su opinión profesional, y en casos especiales, contar con un dictamen confirmatorio de dos especialistas, acreditando el severo compromiso del curso vital del paciente y el irreversible cuadro de inconsciencia que presenta.
- solicitar distintas opiniones a un equipo de médicos o a un comité de bioética, si la institución lo tuviera, para tomar una decisión conjunta sobre el más adecuado proceder con respecto a casos especiales, absolutamente irrecuperables e irreversibles, concensuando el resultado de dichas reuniones con los familiares del paciente.

Las metas de la medicina se han ido modificando a través de los años, debido a múltiples factores, como ser: la evolución tecnológica, la aparición de nuevas enfermedades y nuevas curas, las expectativas de vida de la sociedad, entre otros, por lo cual dichas metas deben ser rediseñadas año tras año. Si nos preguntamos qué metas tiene hoy la medicina podríamos decir que ellas son:

- La prevención de la enfermedad.
- La promoción de la salud.
- El alivio del dolor y del sufrimiento.
- El tratamiento de la enfermedad y el cuidado de aquellos pacientes con pronóstico irreversible.
- Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Hay que aclarar que hoy en día en nuestro país, el médico no está autorizado por ninguna norma moral ni legal a abreviar la vida de un moribundo. Solamente le es permitido abreviar los sufrimientos del enfermo con medios terapéuticos o medicación sintomática destinada a atenuar o anular el dolor del ser humano que sufre.

LEGISLACIÓN PROVINCIAL VIGENTE

A) Código de Ética Médica de la Provincia de Buenos Aires

Analizaré dentro de cada capítulo seleccionado del mencionado Código aquellos puntos referidos a los deberes del médico y a las consultas y juntas médicas requeridas.

➤ Deberes del médico

El médico deberá notificar en forma oportuna a quien corresponda y según su criterio sobre complicaciones que ocasionen la muerte del paciente grave o sobre su irreversibilidad³⁷.

Aunque el paciente tenga una enfermedad crónica o incurable, el médico deberá asistirlo sin distinción alguna. Cuando se le presenten casos difíciles o prolongados, será necesario que realice consultas o juntas con otros colegas, en beneficio de la salud y la moral del enfermo³⁸.

➤ Consultas y juntas médicas

¿Qué se entiende por ambos conceptos?

- Consulta médica: reunión de dos colegas para intercambiar opiniones respecto del diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un paciente que uno de ellos atiende.
- Junta médica: convocatoria de tres o más profesionales para discutir sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un paciente.

➤ Causas para solicitar una consulta o junta médica

Los motivos por los cuales el médico de cabecera, el propio enfermo o sus familiares podrán solicitar consultas o juntas médicas son los siguientes³⁹:

³⁷ Art 20 del Código de Ética Médica de la Provincia de Buenos Aires.

³⁸ Art 21 del Código de Ética Médica de la Provincia de Buenos Aires.

³⁹ Art 46 del Código de Ética Médica de la Provincia de Buenos Aires

- a) Cuando el médico no logre hacer diagnóstico determinado;
- b) Cuando no se obtengan resultados satisfactorios con el tratamiento empleado;
- c) Cuando por la gravedad del pronóstico, el médico necesite compartir sus responsabilidades con otros colegas;
- d) Cuando por la propia evolución de la enfermedad o aparición de complicaciones se haga útil la intervención del especialista;
- e) Cuando el médico considere que no goza de la confianza del enfermo o de sus familiares;
- f) Cuando por las dificultades del consentimiento u otros motivos se haga necesaria la presencia o colaboración de otros colegas (abortos terapéuticos, castración, amputación).

➤ **Disidencia entre los consultantes y el médico de cabecera**

Si los consultantes no estuvieran de acuerdo con el médico de cabecera, éste último deberá comunicárselo así al enfermo o a sus familiares para que en ellos quede depositada la decisión de elegir con qué profesional seguir la asistencia médica⁴⁰.

B) Ley 4264: Ley de Muerte Digna de Río Negro

El gobierno provincial reglamentó la norma y el formulario para que el paciente pueda expresar su rechazo a tratamientos que le produzcan sufrimiento. La reglamentación incluye a pacientes que sufran enfermedades irreversibles, incurables o que atraviesen su estado terminal, de acuerdo a casos de patologías que lleven a la muerte, las que tengan un final incierto o si el deceso fue estimado por profesionales en un breve lapso.

El gobierno de Río Negro reglamentó, a través de un decreto, la ley de “muerte digna” y el formulario específico para que enfermos terminales puedan expresar su rechazo a tratamientos médicos que le produzcan sufrimiento.

La ley fue aprobada por la Legislatura provincial en 2007 y puesta en vigencia por un decreto del gobernador radical Miguel Saiz desde el 5 de noviembre.

De esta forma, Río Negro y Neuquén son las únicas provincias que tienen leyes vigentes sobre muerte digna, mientras en Córdoba, Tucumán, Mendoza y en el Congreso Nacional hay varios proyectos presentados que esperan tratamiento.

LEGISLACIÓN NACIONAL VIGENTE

A) Código de Ética para el equipo de salud de la Asociación Médica Argentina (2001)

En el libro IV de dicho Código se establecen “situaciones especiales” por las cuales tienen que pasar los profesionales de la salud y los enfermos terminales. Veremos aquí una pequeña síntesis de las normas que regulan la conducta de los médicos como así también los derechos de los pacientes en situaciones específicas, como lo son la eutanasia y al suicidio asistido.

Eutanasia

El Código toca distintos puntos referidos a la eutanasia, a mi entender los más importantes son aquellos que se refieren a:

- o Muerte digna: el paciente terminal tiene derecho a una muerte digna para evitar el sufrimiento psíquico y físico.
- o Medidas proporcionadas y menos nocivas: toda medida deberá ser proporcionada al cuadro que presente el paciente a los efectos de paliar de manera eficaz su sufrimiento. El médico siempre adoptará el método menos nocivo para la salud del asistido.

⁴⁰ Art 50 del Código de Ética Médica de la Provincia de Buenos Aires.

- o Principio de autonomía: éste principio debe ser respetado por el médico estrictamente, con respecto a sus pacientes terminales, salvo que se trate de pacientes que sean menores de edad o discapacitados mentales con diagnóstico psiquiátrico.
- o Disidencia terapéutica: el médico tiene el deber ético de aceptar la decisión del paciente terminal cuando éste solicite que no se prolongue su vida.
- o Prohibición de provocar la muerte: el médico tiene prohibido “abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales.”⁴¹
- o Abstención o retiro de medidas terapéuticas: esta permitido, según éste código de ética, la abstención o el retiro de las medidas terapéuticas respecto de una persona cuyo deceso se reputare inminente cuando se las juzgare desproporcionadas y cuya efectividad fuera escasa o nula. Este procedimiento se podrá llevar a cabo únicamente con el consentimiento del paciente o sus representantes legales y con la opinión concordante de dos médicos distintos del tratante.
- o Retiro de medios artificiales de reanimación: se podrá realizar el retiro de estos medios “en el caso de pacientes en estado vegetativo permanente, juzgados tales por dictamen concordante de dos médicos distintos del tratante”⁴².
- o Distanasia: es contraria a la exigencia ética del buen morir la prolongación artificial e innecesaria de la agonía de pacientes en estado vegetativo permanente. “Sólo se justifica la distanasia en caso de gravidez de la asistida en el interés superior del niño por nacer”⁴³.
- o Amparo Judicial: el médico tiene derecho a requerir amparo judicial cuando un paciente se niegue a aceptar una conducta terapéutica propuesta para salvar su vida cuando se constate en junta médica que el paciente no tiene la capacidad de discernimiento y voluntad para tomar una decisión de ésta índole⁴⁴.

Suicidio asistido

El médico tiene prohibido asistir al paciente para que éste logre quitarse la vida.

B) Decreto 426/98: creación de un comisión nacional de etica biomédica

Fundamentos por los que se creó la Comisión

En el orden nacional, por Decreto 426/98 (B.O. del 21/4/98) se creó la Comisión Nacional de Ética Biomédica, la que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social. La creación de esta comisión fue necesaria debido a diversas situaciones problemáticas que se venían presentando en forma reiterada en el ámbito de la salud. A continuación destacaré las que me parecen que tienen más relevancia:

- Generación de conflictos éticos, morales y legales, relacionados con la práctica médica y el ejercicio profesional a causa del avance tecnológico en las ciencias biológicas y médicas.
- Generación de controversias en la forma de pensar y de actuar en el campo de la salud referidas a algunos procedimientos específicos.
- Presentación de problemas éticos y morales en el proceso de toma de decisiones en materia de salud, en la asignación de recursos y en la interpretación operativa de conceptos de equidad, solidaridad, eficacia y calidad de los servicios.
- Vinculación de dichos problemas con las pautas y valores culturales que tiene la sociedad y con las nociones sobre la vida, la salud y la muerte.

Entre sus objetivos, enumerados en el art 1º de dicho decreto, figuran:

- o Asesorar con el fin de asegurar y garantizar el derecho a la salud y la plena vigencia de la dignidad de la persona humana en la investigación biomédica, en la calidad de la atención médica y en la

⁴¹ Art 552 del Código de Ética para el equipo de salud de la AMA(2001).

⁴² Art 554 del Código de Ética para el equipo de salud de la AMA(2001).

⁴³ Art 555 del Código de Ética para el equipo de salud de la AMA(2001).

⁴⁴ Sobre el particular, pueden verse los fallos del cuadro N°2 de este trabajo final : “Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata s/ Presentación” y “N.N. s/ situación”.

humanización de la medicina en general, así como en la equidad y solidaridad de los sistemas de salud, y en los aspectos antropológicos, morales, deontológicos y éticos que eventualmente puede generar el avance científico y la incorporación de nuevas tecnologías médicas.

- o Brindar asesoramiento a todo tipo de instituciones sobre temas específicos de Ética Médica y Biomédica;
- o Promover que en todas las instituciones de salud se organicen y funcionen Comités de Ética Biomédica;
- o Etc.

C) Ley 24.742: Creación de Comités Hospitalarios de Ética

La Ley 24.742⁴⁵ da la posibilidad de crear Comités Hospitalarios de Ética en hospitales públicos, en la medida en que su complejidad lo permita.

Son integrantes de los comités y actúan en forma conjunta, médicos, personal paramédico, abogados, filósofos y profesionales de las ciencias de la conducta humana. Estos profesionales de distintas disciplinas pueden pertenecer o no al personal del establecimiento.

Entre sus funciones, podemos destacar las siguientes:

- Brindar asesoramiento a los profesionales de la medicina en situaciones especiales.
- Estudiar casos relevantes y temas relacionados con la eugenesia, la prolongación artificial de la vida, la eutanasia, la calidad y el valor de la vida, los derechos del paciente, etc.
- Ejercer la docencia.
- Supervisar investigaciones respecto de aquellas cuestiones éticas que surjan de la práctica de la medicina hospitalaria.

RESPONSABILIDAD MÉDICA

Concepto

La responsabilidad médica “consiste en la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina, de asumir las consecuencias derivadas de su actuación profesional”⁴⁶.

Es un tipo de responsabilidad profesional que surge cuando se ocasionan daños en el cuerpo, en la salud o la muerte del paciente que estaba bajo su asistencia.

La obligación del médico es de medios, ya que éste se compromete a poner todo su empeño, sus conocimientos y su técnica al servicio del paciente sin asegurar el éxito de su gestión de acuerdo al tiempo y al lugar. Una de las pocas especialidades que jurídicamente se considera que es de resultado es la cirugía plástica, ya que el cirujano plástico se compromete a obtener un resultado determinado y específico, que es buscado por la persona que requiere de sus servicios.

A) En el Derecho Civil

Cuando hablamos de responsabilidad común a todos los individuos partimos de una premisa fundamental enunciada en el art 1109 del Código Civil, que establece “ todo el que ejecuta un hecho que por su culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio”. Esta respon-

⁴⁵ Ley 24.742. Sancionada: 27/11/96. Promulgada: 18/12/96. Publicada: 23/12/96.

⁴⁶ Patitó, José Angel. “Manual de medicina legal”. Página 12. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2008.

sabilidad tiene un carácter resarcitorio, es decir, que se obliga al profesional a reparar el daño producido y no es necesario que haya habido intención de dañar.

La demanda civil suele realizarse contra el profesional y la o las instituciones en la que la prestación tuvo lugar.

La responsabilidad médica civil puede ser contractual o extracontractual.

- **Responsabilidad contractual:** existe un contrato entre dos partes, el paciente que se obliga a pagar un honorario y el médico que se obliga a emplear todos los medios necesarios con el fin de recuperar y preservar la salud. Se fundamenta en una obligación de seguridad o garantía.
- **Responsabilidad extracontractual:** en este caso no existe un contrato previo entre el médico y el paciente. Como ejemplos, puedo citar dos: cuando el servicio médico es prestado espontáneamente en un accidente en la vía pública o cuando un juez dispone que se realice una prestación médica determinada.

B) En el Derecho Penal

La conducta médica sancionable desde el punto de vista penal debe ser típica, es decir, que debe estar prevista en el Código Penal. La responsabilidad médica es personal o subjetiva, por lo cual se deberá demostrar la relación directa, el nexo causal entre el médico y el daño ocasionado.

El Código Penal nos habla de las consecuencias de un accionar culposo en el título “Delitos contra las personas” cuando describe la pena para el supuesto de homicidio culposo, en el art 84⁴⁷ y cuando nos habla del supuesto de lesiones en el cuerpo o en la salud, en el art 94⁴⁸.

EL BIEN JURÍDICO “VIDA”

Concepto

El bien jurídico es la elevación a la categoría de “bien tutelado o protegido por el derecho”, mediante una sanción para cualquier conducta que lesione o amenace con lesionar este bien protegido. El carácter de “jurídico” lo obtiene con la vigencia de una norma que lo contenga en su ámbito de protección. Si dicha norma caducara, el bien no dejaría de existir pero si de tener el carácter de “jurídico”.

Disponibilidad de la propia vida

Siendo la vida un bien disponible, ¿podría uno decidir sobre su propia muerte? Sabemos que el orden jurídico social y democrático se encarga de proteger a dicho bien, pero en determinadas y delicadas situaciones que afectan a la salud del paciente, dicho sistema podría, como dice el Dr Luis Niño “dejar en

⁴⁷ Artículo 84 del Código Penal Argentino. - Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte.

El mínimo de la pena se elevará a dos años si fueren más de una las víctimas fatales, o si el hecho hubiese sido ocasionado por la conducción imprudente, negligente, inexperta, o antirreglamentaria de un vehículo automotor.

⁴⁸ Artículo 94 del Código Penal Argentino. - Se impondrá prisión de un mes a tres años o multa de mil a quince mil pesos e inhabilitación especial por uno a cuatro años, el que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud.

Si las lesiones fueran de las descritas en los artículos 90 ó 91 y concurren alguna de las circunstancias previstas en el segundo párrafo del artículo 84, el mínimo de la pena prevista en el primer párrafo, será de seis meses o multa de tres mil pesos e inhabilitación especial por dieciocho meses.

cabeza y en manos del titular del máximo bien la potestad de ejercerlo hasta el extremo de la destrucción del objeto sobre el que recae".⁴⁹

En nuestro ordenamiento jurídico, la vida no es considerada un bien jurídico disponible, por lo tanto el consentimiento del enfermo en la práctica de la eutanasia es irrelevante en el plano de la responsabilidad penal.

¿Qué pasa cuando un paciente esta imposibilitado de disponer de su propia vida y lo hace por él un tercero?

Existen múltiples factores, como la confusión, amnesia, sedación, delirio, ansiedad, dolor, medicación e intubación traqueal, que pueden alterar la función cognitiva y la posibilidad de comunicación del paciente. Por tal motivo, es habitual que el médico tenga que comunicarse con el representante legal que normalmente es la familia.

Cuando nos referimos a terceros, estamos hablando de aquellas personas que por tener un vínculo familiar o profesional con el paciente pueden llegar a tomar la última decisión con respecto a la vida del enfermo. Denominamos terceros entonces a:

- 1º) Los representantes legales, familiares o personas a él allegadas en el orden legalmente previsto.
- 2º) El propio médico.

Cuando el paciente no puede expresar su voluntad por devenir incapaz, surgen los siguientes interrogantes

- ¿Los familiares o representantes legales tienen la facultad para suspender los tratamientos médicos o impedirlos cuando esto contribuya a acelerar o a causar la muerte del paciente? Hoy por hoy, el tercero no tiene esta facultad en forma amplia, sino que es más bien restrictiva, ya que en la mayoría de los casos necesita acudir a la justicia para obtener una autorización judicial para lograr el respeto de la voluntad del paciente, en orden a suspender los tratamientos o no autorizar las terapias médicas.
- ¿Los familiares pueden decidir la muerte de su ser querido siendo sus herederos? Podemos decir que el médico no tiene forma de saber si el familiar esta o no interesado y motivado por la herencia del enfermo, por lo cual, si existieran actitudes que hagan sospechar que se va en contra de la voluntad del paciente, lo correcto sería que el juez analice en qué contexto familiar se halla el enfermo, investigando por ejemplo: dónde vive, con quién, si estaba siendo cuidado por alguien, cuántos familiares tiene, cuál sería su herencia en el caso que falleciera, entre otras cosas, para poder determinar si puede llegar a existir algún motivo oculto que sea el conductor de una decisión tan importante y delicada como lo es el rechazo o suspensión de un determinado tratamiento que lo puede llevar a la muerte.
- ¿Caduca el derecho de la persona a negarse a recibir tratamiento cuando es menor de edad o deviene incapaz? La dignidad, al ser un derecho innato del ser humano, no nace a partir de la mayoría de edad, por lo cual los padres tienen el derecho a peticionar en representación de sus hijos para que la dignidad del menor no sea violada.⁵⁰ Coincido con la Dra Graciela Medina cuando dice que "este derecho no finaliza con la incompetencia sobreviviente ya que la incapacidad no produce la pérdida de derechos fundamentales".⁵¹
- ¿Efectivamente se pide autorización judicial para respetar la voluntad del paciente? Sí, en numerosos precedentes judiciales, los médicos han solicitado a un juez el permiso para poder suspender el tratamiento del enfermo o para cumplir con su voluntad, pero en otros casos, no menores, el paciente (adulto y capaz) pudo ejercer su derecho de autodeterminación y decidir libremente lo que deseaba hacer con su salud, aunque su decisión acelerara el advenimiento de su muerte.

⁴⁹ Niño, Luis. "Eutanasia, morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales". Página 130. Bs. As. Editorial Universidad. Reimpresión. 2005.

⁵⁰ Sobre el particular, puede verse: el cuadro N°2 sobre Casos Centrales de la Jurisprudencia Nacional "N.N. s/ situación" Juzgado de Familia, Niñez y Adolescencia N° 2 de Neuquén (20/03/2006).

⁵¹ [www.gracielamedina.com/articulos-publicados/\(03/09/2010\).¿Prolongar la vida o prolongar la agonía? La eutanasia en el derecho argentino. Trabajo de Investigación de la Dra Graciela Medina.](http://www.gracielamedina.com/articulos-publicados/(03/09/2010).¿Prolongar la vida o prolongar la agonía? La eutanasia en el derecho argentino. Trabajo de Investigación de la Dra Graciela Medina.)

LA EUTANASIA EN EL AMBITO DEL DERECHO PENAL

En el Código Penal Argentino

La eutanasia en nuestro derecho no se encuentra expresamente prevista como un tipo penal específico, por lo cual no existe hoy en día el delito de eutanasia. Por lo tanto, las situaciones eutanásicas pueden llegar a configurar en nuestro Código Penal los delitos de:

- Homicidio simple (art 79⁵²): aquí ubicaríamos a la eutanasia involuntaria activa, ya que se trata de una forma de homicidio doloso, excluyendo a toda forma de homicidio culposo, ya que la eutanasia es incompatible con la idea de negligencia o descuido.
- Homicidio calificado (art 80⁵³): en esta clase de delito, que conlleva una pena de reclusión perpetua, nos interesan particularmente dos agravantes de la pena que podrían jugar en contra del profesional que lleve a cabo un acto eutanásico:
 - el uso de veneno u otro medio idóneo y
 - la premeditación.
- Instigación o ayuda al suicidio (art 83⁵⁴): el suicidio asistido podrá tipificar este delito. Nos ocuparemos más adelante de éste delito.

El legislador con estas figuras penales no quiso promover de ninguna manera el encarnizamiento terapéutico o distanasia, sino que buscó incriminar la provocación de la muerte por comisión (inducción de la muerte) o por omisión (negación de cuidados ordinarios y proporcionados para evitar la muerte).

“Las situaciones ortotanásicas no configuran ningún tipo de delito de lesiones o de homicidio doloso ya que no importan para la ley un “matar a otro”. Tampoco son aptas para tipificar un homicidio culposo, ya que no se dan los recaudos de esta figura penal (imprudencia, negligencia, impericia, inobservancia de los reglamentos o deberes a cargo).”⁵⁵

Es importante aclarar que en nuestro país el consentimiento o el requerimiento del paciente o de sus familiares no es suficiente para borrar la ilicitud del acto. Por ello, cuando el paciente o la familia busquen la actuación del médico para facilitar o aplicar técnicas médicas o medicamentos que puedan conducir a la muerte del paciente, serán penados como lo indica la ley.

La eutanasia en nuestro país es tratada de la siguiente manera:

- a) Eutanasia voluntaria activa: está penalizado el delito de asistencia y/o instigación al suicidio con una pena que va de uno a cuatro años de prisión, y no existe hoy en nuestro ordenamiento el denominado “homicidio por piedad”. Por lo tanto, el médico asume una responsabilidad penal y se lo reprime condenándolo por delito de homicidio. Por este motivo cuando el médico reciba

⁵² Artículo 79 del Código Penal Argentino. - Se aplicará reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro siempre que en este código no se estableciere otra pena.

Artículo 80 del Código Penal Argentino. - Se impondrá reclusión perpetua o prisión perpetua, pudiendo aplicarse lo dispuesto en el artículo 52, al que matare:

1° A su ascendiente, descendiente o cónyuge, sabiendo que lo son.

2° Con ensañamiento, alevosía, veneno u otro procedimiento insidioso.

3° Por precio o promesa remuneratoria.

4° Por placer, codicia, odio racial o religioso.

5° Por un medio idóneo para crear un peligro común.

6° Con el concurso premeditado de dos o más personas.

7° Para preparar, facilitar, consumir u ocultar otro delito o para asegurar sus resultados o procurar la impunidad para sí o para otro o por no haber logrado el fin propuesto al intentar otro delito.

8° A un miembro de las fuerzas de seguridad pública, policiales o penitenciarias, por su función, cargo o condición.

9° Abusando de su función o cargo, cuando fuere miembro integrante de las fuerzas de seguridad, policiales o del servicio penitenciario.

10° A su superior militar frente a enemigo o tropa formada con armas.

Cuando en el caso del inciso primero de este artículo, mediaren circunstancias extraordinarias de atenuación, el juez podrá aplicar prisión o reclusión de ocho a veinticinco años.

⁵⁴ Artículo 83 del Código Penal Argentino. - Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.

⁵⁵ **Blanco, Luis Guillermo**. “Muerte Digna, consideraciones bioético-jurídicas”. Página 83. Bs As. Editorial Ad-Hoc. 1997.

cualquier solicitud del paciente para que se le apliquen o se le faciliten tratamientos que induzcan a la eutanasia activa, tendrá que comunicarse mediante un parte judicial al juzgado de guardia.

EUTANASIA VOLUNTARIA ACTIVA = ASISTENCIA AL SUICIDIO

- b) Eutanasia voluntaria pasiva: ha sido contemplada, en forma indirecta, en las leyes que regulan el ejercicio de la medicina, como así también en la jurisprudencia, donde en algunos casos se acepta que toda persona pueda negarse a recibir tratamientos o intervenciones quirúrgicas aunque su negativa le produzca la muerte. Lo que sucede es que la mayoría de las personas intervinientes evitan llamar a este tipo de actos “eutanasia” porque parecería que dicha palabra tuviera una connotación fuertemente negativa. Pero de todas formas, aquí el nombre que se le da no es importante, sino que se debería enfocar más en cumplir con la voluntad del enfermo o de sus familiares.

La eutanasia voluntaria pasiva se produce generalmente cuando el paciente está en estado vegetativo y sus parientes solicitan la suspensión de las terapias que lo mantienen con vida.

Para que se dé ésta hipótesis debe tratarse de alguien que carece de representantes legales y que no expresó su voluntad en forma anticipada. En este caso, sus parientes, con obligación alimentaria, podrían solicitar medidas urgentes que eviten el encarnecimiento terapéutico.

En la práctica hospitalaria suelen darse dos situaciones:

- 1) Aquel médico o director de la institución que pide autorización judicial para que se evalúe el caso en forma particular, especial y precisa y se lo habilite a cumplir o a rechazar con la voluntad del paciente o sus familiares.
- 2) Aquel médico que escucha al paciente con una enfermedad terminal, al anciano en sus últimos años de vida que justifican su decisión por diversos motivos, en éste caso el profesional de la salud (luego de dar su diagnóstico y tratamiento) entiende y respeta que el paciente no desee realizar ningún tipo de tratamiento para alargar su vida horas, días o meses cuando el advenimiento de la muerte es inevitable y próxima a suceder.

EUTANASIA VOLUNTARIA PASIVA = SUJETO A AUTORIZACIÓN JUDICIAL

- c) Eutanasia involuntaria activa: es aquella en que se da muerte a una persona contra su consentimiento o sin su conocimiento, en nuestro derecho constituye un homicidio que no admite atenuantes.

EUTANASIA INVOLUNTARIA ACTIVA = HOMICIDIO

EL SUICIDIO ASISTIDO Y EL HOMICIDIO POR PIEDAD

Suicidio Asistido

El suicidio asistido es la prescripción o administración de drogas o provisión de los medios necesarios por parte del médico con la intención explícita de permitir a un paciente terminal finalizar con su propia vida. Consiste en proporcionarle a una persona los medios suficientes para que pueda, ella misma, causarse la muerte.

Si comparamos el suicidio asistido con la eutanasia voluntaria activa, nos damos cuenta que existe una diferencia notable, el sujeto que lleva a cabo la acción:

- En el suicidio asistido: el paciente es el que pone fin a su vida con una dosis letal de una medicación prescrita por su médico.
- En la eutanasia voluntaria activa: el médico es directamente responsable de la muerte del paciente, ya que es el que la provoca.

“En ambos casos el médico juega un papel causal importante y es el paciente quien toma la decisión”⁵⁶.

⁵⁶ Luna, Florencia y Salles Arleen. “Decisiones de vida y muerte”. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Página 114. Editorial Sudamericana. 1995.

En Suiza, por ejemplo, pueden realizarse tanto suicidios médicamente asistidos como auxilios al suicidio. Hay dos organizaciones sin ánimo de lucro que lo hacen, Dignitas y Exit. El interesado envía su documentación, que revisan un abogado y un médico; tienen una entrevista con el paciente y este debe acudir a Zúrich para morir. Allí se le ofrece un vaso con un cóctel de medicamentos, pero ha de ser el interesado el que tome el recipiente, sin ayuda alguna. Un caso que se hizo público fue el de Peter Duff, 80, y su mujer Penélope, 70, ambos enfermos terminales de cáncer, que en Febrero del 2009 decidieron poner fin a sus vidas con dignidad e hicieron el llamado "turismo de la muerte dulce" desde Gran Bretaña a Suiza.

En Argentina el suicidio asistido o la instigación al suicidio es considerado delito, contemplándose en el artículo 83 de nuestro Código Penal.

Homicidio por piedad o pietístico

El homicidio por piedad puede entenderse como la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los agudos sufrimientos de otra persona o acelerar una muerte inminente.

Este es un tipo de homicidio que precisa determinadas condiciones objetivas en el sujeto pasivo, consistentes en que se encuentre padeciendo intensos sufrimientos, provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable.

Ordenamientos jurídicos Americanos que tipifican éste delito

Analizando los Códigos Penales de algunos países de América Latina, vemos que países como Bolivia, Colombia, El Salvador, Perú y Paraguay tipifican esta clase de homicidio y les atribuyen una pena considerablemente menor a la prevista para el delito de homicidio simple o calificado.

A) Supuestos que no exigen el consentimiento del enfermo

- **Bolivia**

El artículo 257 CP⁵⁷ dispone que "se impondrá la pena de reclusión de uno a tres años, si para el homicidio fueron determinantes los móviles piadosos y apremiantes las instancias del interesado, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos incurables, pudiendo aplicarse la regla del artículo 39 y aún concederse excepcionalmente el perdón judicial."

El juez podrá conceder, excepcionalmente, el perdón judicial al autor de un primer delito cuya sanción no sea mayor a un año, cuando por la levedad especial del hecho y los motivos determinantes, existan muchas probabilidades de que no volverá a delinquir.

- **Colombia**

El artículo 106 CP expresa que "el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno a tres años." En este caso, al igual que ocurre con el Código de Bolivia, vemos que no se exige la manifestación de voluntad del sujeto pasivo para la configuración de este delito.

B) Supuestos que exigen el consentimiento del enfermo

- **El Salvador**

El artículo 130 CP⁵⁸ regula que "el homicidio causado por móviles de piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o poner fin a graves padecimientos, será sancionado con prisión de uno a cinco años siempre que concurren los requisitos siguientes:

- 1) Que la víctima se encontrase en un estado de desesperación por sufrimientos observables, que fueren conocidos públicamente y que la opinión de los médicos que la asistan así lo hubiere manifestado.

⁵⁷ Para ver el Código Penal Boliviano completo puede verse la página del la Organization fo American States: http://www.oas.org/juridico/spanish/gapeca_sp_docs_bol1.pdf (22/10/2010).

⁵⁸ Para ver el Código Penal de El Salvador completo puede verse la página del la United Nations Public Administration Network: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan030692.pdf> (22/10/2010).

- 2) Que el sujeto activo estuviere ligado por algún vínculo familiar, amistad íntima o de amor con el enfermo.
- 3) Que el sujeto pasivo demostrare su deseo de morir por manifestaciones externas de ruegos reiterados y expresos.”

- **Paraguay**

Regula expresamente el homicidio motivado por súplica de la víctima en el artículo 106 CP cuando prescribe : “el que matara a otro que se hallase gravemente enfermo o herido, obedeciendo a súplicas serias, reiteradas e insistentes de la víctima, será castigado con pena primitiva de libertad de hasta tres años.”⁵⁹

- **Perú**

El homicidio piadoso es tratado en el artículo 112 cuando dice: “el que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años.”⁶⁰

JURISPRUDENCIA

Cuadro N° 5: Casos centrales de la Jurisprudencia Nacional

FECHA	18/09/1995	03/03/2005	20/03/2006
PRECEDENTE	Acepta la eutanasia voluntaria pasiva por rechazo de una segunda intervención quirúrgica mutilante solicitada por el propio paciente.	No acepta la eutanasia voluntaria pasiva por interrupción de tratamientos solicitadas por representantes legales de mayores de edad.	Acepta la eutanasia voluntaria pasiva por omisión de tratamientos solicitados por los padres de un menor de edad.
TEMA SOMETIDO A DECISIÓN JUDICIAL	- Negativa al tratamiento. - Derecho a una muerte digna.	- Autorización para interrumpir la alimentación e hidratación. - Derecho a una muerte digna.	- Autorización para evitar que el paciente sea sometido a tratamientos invasivos. - Derecho a una muerte digna.
AUTOS	“Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata s/ Presentación”	“S., M. d. C. Insania”	“N.N. s/ situación”
TRIBUNAL	- Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional N° 3 de Mar del Plata	- Tribunal de Familia N°2 del Departamento Judicial de San Isidro	- Juzgado de Familia, Niñez y Adolescencia N° 2 de Neuquén
HECHOS	- El 30/6/95, Angel Fausto Parodi (64 años), ingresó al Hospital Interzonal de Agudos de Mar del Plata, presentaba gangrena en el pie derecho, con antecedentes de diabetes tipo II y alcoholismo. Se le	- Suprema Corte de Justicia Bonaerense - Se trata de una señora de 38 años, que tiene esposo y cuatro hijos, declarada insana, y que hace siete años que se encuentra en estado de inconsciencia	- Se trataba de un niño de 11 años, quien se encontraba en estado terminal irreversible por una enfermedad hereditaria denominada mucopolisacaridosis, que es crónica neurometabólica progresiva y

⁵⁹ Para ver el Código Penal Paraguayo completo puede verse la página del la Organization fo American States: http://www.oas.org/juridico/mla/sp/pry/sp_pry-int-text-cp.pdf (22/10/2010).

⁶⁰ Para ver el Código Penal Peruano completo puede verse la siguiente página: http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/legislacion/l_20080616_75.pdf

<p>HECHOS</p>	<p>realizaron estudios y luego de reiteradas negativas del paciente, éste acepta la amputación suprapatelar del miembro derecho.</p> <p>- El 16/8/95 se diagnosticó necrosis en dos dedos del pie izquierdo y el 23 de agosto se indicó la amputación del miembro inferior izquierdo.</p> <p>- El 7/9/95, se labró un acta, firmada por diversos profesionales, en presencia del Director Asociado del Hospital, donde se consignó la expresa negativa del paciente a realizarse la intervención quirúrgica mencionada.</p> <p>- Pero, ante la negativa del paciente a ser sometido a una operación quirúrgica necesaria para salvar su vida, se acude a la justicia, interviniendo el Juzgado en lo Criminal y Correccional N° 3 de Mar del Plata, a cargo del Dr. Pedro Hooft, quien, como primera medida, solicitó un dictamen del Comité de Bioética del establecimiento, el que aconsejó “respetar la voluntad previamente expresada por el paciente de rehusar la amputación propuesta”.</p> <p>- El titular del Juzgado se entrevistó con el paciente y, si bien éste no logró verbalizar las respuestas, sus gestos fueron inequívocos.</p> <p>- Se requiere también opinión a la Dirección de Servicio Especial de Investigaciones Técnicas de la Policía. Preguntado acerca de una eventual evolución en la salud del paciente en el supuesto de una nueva amputación, aclara que esta última sería el único tratamiento posible para aliviar o solucionar en parte su problema vascular debido a la diabetes aunque “la misma no cambiaría</p>	<p>permanente como consecuencia de trastornos post parto, producto de la falta de oxigenación prolongada, que derivaron en una encefalopatía hipóxica con convulsiones generalizadas.</p> <p>- Registra una insuficiencia global profunda de sus facultades psíquicas, ausencia de conciencia y ha sido declarada demente en sentido jurídico.</p> <p>- Respira por sus propios medios, está despierta y su alimentación e hidratación le es suministrada por medio de una sonda transcutánea de gastronomía colocada en el estómago</p> <p>- Por una parte, el marido pide autorización para desconectar la sonda gastronómica y hacer cesar la vida de su esposa. Sostiene que si la decisión le es contraria, la acatará y seguirá cuidando a su esposa como siempre lo ha hecho hasta el momento, expresa que no se trata de una carga, sino de un problema psicológico para él, para los hijos y de un tema de dignidad para la enferma, quien no querría vivir así. Por otra parte, los padres y el hermano de la enferma se oponen a la desconexión, sosteniendo que deben aplicarle hasta el último momento aquellos medios que permitan mantener en funcionamiento sus órganos vitales.</p> <p>- El marido, curador de la esposa, se presenta por sí, por ésta y por sus hijos. Como único padre capaz tiene la patria potestad sobre sus hijos menores de edad. Curiosamente reparte la invocada representación en porcentajes, y sostiene que peticona: un 60% por su cónyuge, un 30% por sus hijos y un 10% por sí mismo. Es evidente el conflicto de</p>	<p>hereditaria caracterizada por síntomas neurológicos graves como demencia, convulsiones, pérdida de la visión e imposibilidad de caminar. La patología la padecía desde los tres años.</p> <p>- A principios del año 2006 el niño se encontraba postrado, completamente inmóvil, con comunicación sólo visual, en su casa donde era alimentado e hidratado por un método artificial (botón gástrico) y asistido médicamente con cuidados paliativos.</p> <p>- Los padres pidieron en enero del 2006 a los médicos integrantes del Equipo de Cuidados Intensivos del Hospital Central Castro Rendón, que no lo ingresaran en la sala de terapia intensiva en caso de padecer una crisis respiratoria y que no fuera objeto de tratamientos invasivos. La solicitud fue planteada por escrito ante los profesionales del nosocomio y reiterada luego en sede judicial, donde afirmaron que querían para su hijo “una muerte digna”.</p> <p>- Los padres argumentaron que no quieren bajo ningún punto de vista prolongar su agonía y desean que tanto la vida como la muerte de su hijo sea digna. La progenitora manifestó que la intención de ella y de su marido es que no sufra más. Sostuvo que su hijo está más tranquilo cuando se encuentra en una habitación junto a la gente que él conoce y en absoluto silencio. Aclaró que como padres nunca dejaron de sostenerlo.</p> <p>- El Director del Hospital solicitó judicialmente por vía de amparo autorización “para respetar las decisio-</p>
----------------------	---	---	--

<p>HECHOS</p>	<p>sustancialmente su enfermedad de base o sea su diabetes y su patología alcohólica, por ser la diabetes una enfermedad sistemática que afecta inexorablemente a otros órganos... tales como el cerebro, riñones, sentido de la vista...” agrega que la amputación no asegura que el paciente pueda sufrir no obstante descompensaciones en el futuro, acotando a su vez que el alcoholismo colabora con agravar el cuadro diabético. Señala también que a su juicio debería respetarse “la vida humana” y las decisiones del ser humano, con referencia a la autoterminación del paciente, su calidad de vida, y los peligros de un encarnizamiento terapéutico.</p>	<p>intereses que el propio esposo denuncia en su representación, por lo cual, la esposa debió contar con un curador ad litem que la representara en la defensa del más importante de sus derechos: su propia vida. - El caso llega a conocimiento de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires, por vía de recurso de nulidad y de inaplicabilidad de ley contra la decisión del Tribunal de Familia N°2 del Departamento Judicial de San Isidro que denegó la petición del curador de suspender la hidratación y nutrición artificiales proporcionadas a su esposa.</p>	<p>nes anticipadas y plasmadas por escrito en la historia clínica” fundó su pedido en la dificultad en que se encontraba el Hospital y los facultativos de la medicina por el conflicto de intereses atento a que el médico está obligado a actuar en cumplimiento del deber legal de defensa de la vida y la salud del enfermo”, agrego que “la enfermedad no tiene tratamiento curativo y sus padres lo acompañan y asisten durante la evolución de aquella; lo ayudan a ejercer su derecho a vivir con la mayor dignidad posible”. - En los informes médicos forenses mencionados en el fallo, se afirma que las técnicas invasivas -como respiración artificial- prolongarían su agonía y no modificarían el desenlace final.</p>
<p>RESOLUCIÓN</p>	<p>- El juez Hoof, menciona en su fallo que “si se admite, sin inconvenientes, la necesidad de suministrar información por parte del equipo de salud, acorde con la capacidad de comprensión del paciente, a fin de poder contar con su consentimiento válido para la realización de una intervención médica, debe admitirse de igual manera, el derecho de ese paciente a negarse a un tratamiento considerado conveniente o necesario para el equipo de salud”. ...“En el caso bajo análisis, entraría en conflicto el valor “vida”, que los profesionales de la salud querían privilegiar y proteger, y la “dignidad” del paciente como persona, quien reiteradamente, ha manifestado su negativa con una nueva intervención quirúrgica mutilante...”</p>	<p>- El recurso de nulidad fue desestimado por razones formales. - La Corte en decisión unánime rechazó el pedido del esposo, curador de la insana, no sin atender a las dificultades del caso, sino destacando lo delicado de la situación humana bajo juzgamiento. - Los principales argumentos de los votos de los ministros opinantes, muy sintéticamente expresados fueron los siguientes: <u>Respecto de la representación</u> - Ausencia de un curador ad litem - Decidir sobre la propia vida, o sobre cómo o cuándo poner fin a la misma, es un acto personalísimo. <u>Consentimiento</u> - No se probó el consentimiento de la enferma, ni hay manera de sustituirlo</p>	<p>- Este fallo no registra antecedentes en la provincia. - Ante la solicitud efectuada, la jueza Isabel Kohon, accedió al pedido efectuado, autorizando a los padres del niño de 11 años, a evitar que el paciente sea sometido a tratamientos invasivos, por considerarlos “cruentes e inconducentes respecto de una muerte digna”. La magistrada basó su decisión en los dictámenes del Gabinete Interdisciplinario, de la Defensoría del Niño y del Comité de Ética Hospitalaria del Castro Rendón coincidente con las argumentaciones realizadas por los padres . - En la parte resolutive del fallo la jueza dispuso “hacer saber a los médicos tratantes que deberán realizar todas las prácticas médicas consideradas</p>

<p>RESOLUCIÓN</p>	<p>- En función de estas argumentaciones el Dr. Hooft falló decidiendo a favor del respeto de la decisión autónoma del paciente Parodi en lo que se refería a su negativa a una intervención quirúrgica mutilante. - Dicho fallo se sustenta en el principio constitucional del art. 19 referido a las acciones privadas. - Angel F Parodi no fue operado y finalmente falleció.</p>	<p>con los elementos que obran en la causa. <u>Directivas Anticipadas</u> Por no haberse expresado en vida y al no contarse con una directiva anticipada, se desconocía la voluntad de la mujer afectada. - Los argumentos de las posturas minoritarias se basaron en una postura amplia mientras que las mayoritarias se enrolaron en una restringida: a) <u>Amplia</u>: el principio de autonomía personal (consagrado en el art. 19 de la Constitución Argentina y normas concordantes de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos de jerarquía constitucional), hospeda con creces en su campo de determinación la voluntad de una persona de no ser sometida a determinados tratamientos. b) <u>Restringida</u>: otorgó una jerarquía absoluta al derecho a la vida, aun para su titular que bajo ninguna circunstancia podrá disponerlo.</p>	<p>como cuidados paliativos, y evitando que el niño ingrese a terapia intensiva infantil a efectos de recibir tratamientos invasivos”. - La jueza afirmó que “tanto los médicos como los familiares están en mejores condiciones que un extraño para evaluar lo que sería mejor para el niño”</p>
<p>DOCTRINA</p>	<p>- La contraposición entre el valor “vida” y la “dignidad” del paciente, en el lenguaje bioético, implicaría un conflicto de valores, no susceptible de ninguna solución perfecta, y donde optar por uno de los valores en conflicto implica de hecho, y necesariamente, relegar al otro. - El fallo judicial en cuestión se asienta fundamentalmente sobre el derecho de los pacientes a decidir sobre su propia vida en relación a los tratamientos que le son ofrecidos privilegiando el valor dignidad respecto al valor vida recogiendo el reconocimiento expreso del principio bio-</p>	<p>- La doctrina ha exigido para quienes entienden que es posible tomar una decisión de suprimir un tratamiento que pone fin a la propia vida, que el consentimiento además de cumplir con los requisitos básicos de todo consentimiento (discernimiento, intención y libertad) sea lo que se ha denominado “consentimiento informado”.(aquel que presta la persona, con suficiente información acerca del acto que va a decidir, sus alternativas y consecuencias). - Hoy las personas pueden dejar expresada su voluntad en caso de incapacidades futuras en actas</p>	<p>- Se advierte que continuar con los sistemas de mantenimiento de la vida, importaría un “encarnizamiento terapéutico” más allá del límite natural de la vida. - La circunstancia de tratarse de una persona menor de edad impedido de manifestar voluntad alguna con relación a prácticas distanásicas, impone la necesidad de extremar los recaudos en la valoración de la posición a adoptar por los padres y médicos a fin de evitar que la decisión final trasunte por la voluntad ficta o presunta del menor. - “En atención a la grave, progresiva e irreversible</p>

<p>DOCTRINA</p>	<p>ético de autonomía por el cual se incorpora al ámbito médico. - Estamos frente a un caso de naturaleza Bioética, en un ámbito en el que esta disciplina se vincula con el bioderecho. Ha constituido un aporte importante de la bioética, el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo, cuya autodeterminación y dignidad inalienable debe ser respetada. A partir de ese reconocimiento de autonomía, como uno de los tres principios rectores de la Bioética, se fundamenta la que hoy día se conoce en doctrina como regla del consentimiento informado, recepcionado no solo en la ley 17.132 que regula el ejercicio de la medicina en orden nacional, donde se preceptúa que deberá respetarse la voluntad del paciente en las operaciones mutilantes en las que se solicita la conformidad escrita del enfermo, sino también en la Ley de Transplante de Organos.</p>	<p>notariales, por medio de un escribano y con la posterior registración en el Registro de Actos de Autoprotección de la provincia de Buenos Aires. Este derecho a no ser mantenido artificialmente con vida se enfrenta con la necesaria lucha por la vida del paciente que todo médico debe procurar, pero como dice la sentencia, "si existe una laguna en nuestro derecho acerca de ese tema, la misma debe llenarse a favor de la vida y no en contra de ésta". Precisamente por ser el derecho a la vida el que máxima protección constitucional merece. - De haber habido una directiva anticipada, tal vez hubiesen votado admitiendo el levantamiento de las medidas de soporte vital en cuestión.</p>	<p>enfermedad que afecta al niño, de ocurrir su muerte ello será la consecuencia directa de su patología, respecto de la cual, en el actual estado de la ciencia médica, no existe aún ninguna terapia curativa", opinión unánime de los médicos intervinientes del Comité de Ética del Hospital y de la perito médico de este Tribunal, Dra. Lidia Caunedo. - Resta entonces a la ciencia médica realizar todos los cuidados paliativos necesarios en pos de la vida del niño, procurando las medidas para atender a su confort psíquico físico y espiritual, debiendo sostener en todo tiempo que las mismas sean dispensadas en su hogar, rodeado de sus padres, hermanos, y afectos, y en su caso considerar la posibilidad de su traslado al área de cuidados paliativos si fuera necesario, aliviando el sufrimiento y mejorando la calidad de vida remanente. - Es importante destacar que en Argentina existe una ley que se encarga de la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, esta es la Ley 26.061. Su art 3⁶¹simplifica de alguna manera cuáles son los derechos y las garantías del niño que deben respetarse.</p>
------------------------	---	--	---

⁶¹ **Art. 3.- Interés superior.** A los efectos de la presente ley se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

Debiéndose respetar:

- a) Su condición de sujeto de derecho; b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común; f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

Este principio rige en materia de patria potestad, pautas a las que se ajustarán el ejercicio de la misma, filiación, restitución del niño, la niña o el adolescente, adopción, emancipación y toda circunstancia vinculada a las anteriores cualquiera sea el ámbito donde deba desempeñarse.

Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN DOCUMENTOS INTERNACIONALES

Tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada y proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, como el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y ratificado por la Asamblea General el 16 de diciembre de 1966, que analizaremos a continuación han conservado su vigencia hasta nuestros días y son pilares de extrema importancia a la hora de hablar del tema que nos convoca en este trabajo final.

Existe otro documento que, al igual que los anteriores, hace de la dignidad humana el primer principio y la basa fundamental de todos los derechos humanos, me refiero a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por aclamación por la 33a sesión de la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de octubre de 2005.

Podemos destacar de dichos documentos dos temas⁶² que están ampliamente interrelacionados y que a la vez sirven como fundamento esencial para proteger los derechos del ser humano en momentos críticos de su vida. Estos son:

- 1) Vida e integridad física y psicológica
- 2) Dignidad

Cuadro N° 6: La vida, integridad y dignidad de la persona

DERECHOS RELEVANTES ANALIZADOS	DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	PACTO DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS	DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS
VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA Y PSICOLÓGICA	Art. 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.	Art.: 6, inc 1º: 1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente. Art. .7: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.	Art. 5: Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.
DIGNIDAD	Comienzo del Preámbulo: Considerando que la libertad, la justicia y la paz en de la dignidad el mundo tienen por base el reconocimiento intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana Art. 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.	Extracto del Preámbulo: Reconociendo que estos derechos se derivan de la dignidad inherente a la persona humana.	Art. 3: 1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

⁶² Niño, Luis. "Eutanasia, morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales". Página 120. Bs. As. Editorial Universidad. Reimpresión. 2005.

LEGISLACIÓN DE LA EUTANASIA A NIVEL MUNDIAL

Unión Europea:

Sólo tres países de los veinticinco que forman la UE, Holanda, Bélgica y Luxemburgo disponen de una legislación que acepta la eutanasia activa bajo circunstancias muy específicas.

- Holanda, primer país en legalizar la eutanasia en el año 2000, tiene la legislación más clara de todas. El proceso es el siguiente: el paciente solicita la eutanasia, para lo que ha de sufrir un padecimiento insoportable de una enfermedad degenerativa y para la que no haya tratamiento; un médico estudia su caso y envía el informe a otro facultativo independiente; una comisión analiza la situación; la eutanasia es ejecutada por médicos. No es aplicable a personas que sufran depresión o ansiedad ni a ancianos que crean que ya no aportan nada. Los médicos pueden recurrir a la objeción de conciencia.
- Bélgica fue el primer país católico en aprobar la eutanasia, en el año 2002. Su legislación es algo más restrictiva que la ley de Holanda. Tiene que haber testigos que avalen la situación del enfermo y la comisión que supervisa cada caso está formada por 16 personas.
- En Luxemburgo, el parlamento luxemburgués tuvo que modificar la Constitución para reducir los poderes del jefe de Estado, el gran duque Henri, que estaba en contra de la aprobación de dicha ley, y así poder promulgar a la misma. Hoy en día, el soberano no tiene la capacidad de “sancionar” las leyes para que sean válidas, sino que sólo las “promulga”. Esta reforma pretende hacer evolucionar a Luxemburgo hacia una monarquía puramente protocolar. La promulgación de esta ley, muy similar a la belga, tuvo lugar en Marzo del 2009. Según esta nueva ley “no se sancionará penalmente y no dará lugar a ninguna acción civil por daños e intereses el hecho de que un médico responda a un pedido de eutanasia o asistencia al suicidio”.
- En cambio en Grecia, Rumania, Irlanda, Polonia y Alemania, cualquier forma de eutanasia o muerte asistida está prohibida.

Consejo de Europa: Recomendación N° 1418 (1999)

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su recomendación 1418 del 25 de junio de 1999, dirigida a los 41 Estados miembros, se dedicó a analizar la “Protección de los enfermos en la etapa final de su vida”, y determinó que la humanización de la muerte o respeto y protección de la dignidad de los enfermos terminales o moribundos se garantiza:

- Afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales.
- Protegiendo el derecho de las personas en fase terminal o moribundas a la autodeterminación.
- Respaldando la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o de las personas moribundas.

El texto aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria. Por otra parte, subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.

Continente Americano:

- En Estados Unidos, a partir de 1963 en adelante, aparecieron casos clave que originaron el debate sobre la eutanasia en éste país. Estos casos fueron los de:
 - Nancy Cruzan (1963, Missouri, EEUU)⁶³

⁶³ Nancy cruzan fue una joven de 21 años que cayó en coma por consecuencia de la ingestión de alcohol y barbitúricos, sufriendo un daño cerebral irreversible.

Un año después de la tragedia, los padres de Karen llevaron su caso a la Corte Suprema de Nueva Jersey, que autorizó la decisión de los padres de quitarle el respirador. Cuando fue quitada del respirador, Quinlan sorprendió al mundo porque continuó respirando de forma no asistida, siendo alimentada artificialmente por nueve años más. Vivió en estado vegetativo persistente hasta su muerte por neumonía en 1985.

- Karen Ann Quinlan (1976, Nueva Jersey, EEUU)⁶⁴
- Terri Schiavo (1990, Florida, EEUU)⁶⁵

En 1997, el estado de Oregon, fue la única jurisdicción que aprobó una ley de muerte con dignidad. Esta ley permitía a los médicos recetar medicamentos letales a pacientes que sufrían enfermedades mortales, cuyo pronóstico establecía menos de seis meses de vida.

- En Uruguay el 18 de Marzo del 2009 el Parlamento Uruguayo aprobó en una tumultuosa sesión una ley que establece el marco para que los enfermos terminales puedan expresar su voluntad de interrumpir tratamientos médicos, una medida que ha sido cuestionada por distintas organizaciones “defensoras de la vida”. La ley de “Testamento vital”, que puso fin a ocho años de discusión parlamentaria, otorga a familiares del enfermo, en caso de que éste no pueda expresarse, la capacidad de decidir el fin del suministro de medicamentos o del funcionamiento de los aparatos que mantienen con vida a su ser querido.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Concepto

Se llaman *directivas médicas anticipadas* a “una variedad de documentos mediante los cuales una persona civilmente capaz y bioéticamente competente, consigna determinadas pautas y/o indicaciones referentes a cómo deberá procederse a su respecto en materia de la atención médica que se le prestará ante un futuro estado patológico, en caso de incompetencia sobreviniente”¹.

Todas las directivas anticipadas destinadas a la toma de decisiones éticas relacionadas con contingencias graves de salud, que no sean contrarias a la ley o al orden público, constituyen documentos lícitos y vinculantes para los familiares y los médicos que debieran respetarlos y acatarlos en todo momento.

En nuestro país, el 19 de Noviembre del 2009 se promulgó la Ley de Salud Pública N° 26.529 que trató a las directivas anticipadas en su artículo 11, éste establece que “toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.”

Modalidades principales de directivas anticipadas

- 1) Testamento Vital, testamento de vida o living will: es un documento que generalmente contiene la solicitud de una persona para que, en caso de padecer una enfermedad incurable en fase terminal y pérdida de la capacidad de decidir, no se prolongue artificialmente su vida sometiénolo a medios de soporte vital cuando no exista esperanza razonable de recuperación.
En estas directivas anticipadas, que fueron impulsadas en Estados Unidos en 1992, podemos encontrar decisiones de:

⁶⁴ Karen Ann Quinlan a los 25 años, sufrió daños cerebrales irreversibles a consecuencia de un accidente de automóvil, y quedó en EVP. Pasó el tiempo, y los padres de Nancy, a la vista de que los intentos de recuperación resultaban inútiles, solicitaron una orden judicial para que se dejase de alimentarla, contra el parecer del hospital. El asunto llegó al Tribunal Supremo de la Nación, que confirmó la precedente sentencia favorable a los padres. En diciembre de 1988 se retiró la alimentación a Nancy, que murió dos semanas después de dicho suceso.

⁶⁵ Terri Schiavo, como consecuencia de una paro cardíaco, padeció una lesión cerebral grave quedando en “estado vegetativo persistente”. Poco tiempo después de este episodio dramático, su ex marido solicitó la privación de alimento en forma insistente durante más de diez años, aunque los padres de Terri tenían una postura contraria a la de él, ya que querían mantener la comida y la hidratación de su hija. El 18 de marzo del 2005, el juez local, George W. Greer, apoyó al marido autorizando la retirada de la sonda de alimentación. Terri murió de inanición y deshidratación, tras 13 días sin recibir alimentación.

- A. No prolongar la vida: cuando una persona se encuentre en un estado comatoso irreversible, la previa emisión del acuerdo libre y expreso del paciente, por acta, o testamento vital debidamente certificado, será clave para no prolongar la vida del paciente si así lo desea. Así, el propio titular del bien “vida” renuncia con anterioridad a la nuda protección de dicho bien para el caso de no estar conciente.
- B. Prolongar la vida con asistencia artificial: si un paciente hubiera exteriorizado su voluntad de ser asistido hasta las últimas consecuencias, aún cuando fuese necesario utilizar mecanismos de reanimación artificial cruentos, dificultosos o sofisticados, esa voluntad será la suprema ley que regirá el abordaje terapéutico a brindarle al paciente. “En los casos en que la prosecución del tratamiento se tornara fácticamente imposible, aún mediando la expresión de voluntad volcada a la sobreactuación del médico o equipo asistente, el deber de asistencia llegará a su fin”⁶⁶.

Dentro del ámbito nacional, aunque se han presentado numerosos proyectos de ley en el Congreso, no hay ninguna normativa que regule las directivas anticipadas.

En la práctica profesional, lo habitual es que los deseos del paciente se expresen previamente en situaciones en que el paciente es portador de un cuadro neurológico degenerativo o de una enfermedad crónica avanzada de un órgano vital y que dada su evolución progresiva e invalidante, el paciente no desea ser sometido a un tratamiento invasivo con soporte vital.

En relación al tema comentado anteriormente, nuestro país ha tenido un importante avance en lo que respecta a actos de autoprotección. En la provincia de Buenos Aires y en Capital Federal se ha creado un Registro de Actos de autoprotección en el que se registran actas notariales donde las personas dejan expresada su voluntad en caso de incapacidades futuras. Veremos a continuación algunos conceptos relacionados con éste registro.

- 2) Designación de un representante legal o apoderado: será la persona que se ocupará de todas las cuestiones relacionadas con la salud de su representado y actuará como interlocutor válido y necesario del equipo médico para adoptar decisiones terapéuticas referidas al paciente, que se ha vuelto incompetente.
- 3) Combinación de las dos primeras instrumentadas en un mismo documento: el representante por medio de este documento, denominado “mandato de autoprotección”, cuenta con determinadas instrucciones escritas a seguir, también estas pueden estar dirigidas al médico tratante.

REGISTRO DE ACTOS DE AUTOPROTECCION

El Registro

Los actos de autoprotección o directivas anticipadas tienen hoy plena vigencia y validez, y encuentran sólido sustento en nuestra Constitución Nacional, los tratados internacionales a ella incorporados y en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por nuestro país por ley 26378. La más reciente jurisprudencia y doctrina también avalan su eficacia. Los Registros de Actos de Autoprotección han sido creados por los colegios notariales de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe; Chaco y recientemente San Juan.⁶⁷

En la ciudad de Buenos Aires, este nuevo registro se ha aprobado el 9 de Septiembre del 2009 y comenzó sus actividades en Enero del 2010, en él se toma razón de escrituras públicas que versan sobre actos en los cuales el otorgante manifiesta disposiciones y/o estipulaciones para el caso de su propia incapacidad, transitoria o definitiva.⁶⁸

En la provincia de Buenos Aires, el 15 de Julio del 2010, “el Senado Bonaerense sancionó una Ley de Autoprotección por la cual los enfermos terminales residentes en la provincia tienen la posibilidad de anticipar, entre otras cosas, qué tipo de tratamiento médico quiere recibir, los lugares de internación y hasta puede rechazar la atención médica específica, aplicable a su enfermedad terminal”⁶⁹. Esta clase de ley

⁶⁶ Niño, Luis. “Eutanasia, morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales”. Página 206. Bs. As. Editorial Universidad. Reimpresión. 2005.

⁶⁷ Sobre el particular puede verse la página web del Consejo Federal de Notariado Latino en: www.cfna.org.ar (21/04/2010).

⁶⁸ www.colegio-escribanos.org.ar (10/04/2010).

⁶⁹ “El Senado bonaerense aprobó una ley para los enfermos terminales”. Diario Clarín, sección Sociedad. Página 41. (16/07/2010).

posibilita, por ejemplo, que una persona pueda dejar especificado que quiere que le retiren el respirador artificial si llegase a quedar en estado vegetativo.

Con este registro, se le asegura a una persona que “sus decisiones quedan asentadas en un documento único, que permitirá conocer con rapidez y certeza, cuándo y ante quién las expresó y hacer valer su voluntad ante la eventual intervención de terceras personas que decidan modificarla”⁷⁰.

Estos registros inscriben únicamente aquellos actos otorgados en escritura pública y son el medio por el cual se da publicidad de la existencia del otorgamiento de tales actos, de modo que al tiempo de acaecer la eventualidad que los convierta en necesarios, se los localice, facilitando el cumplimiento de la voluntad allí manifestada.

Los registros mencionados reconocen a todas las personas el legítimo derecho de “disponer cómo vivir cuando continúe su propia vida, cuando siga siendo titular de todos sus derechos, a pesar de la imposibilidad, transitoria o definitiva, de ejercerlos por sí misma”.⁷¹

Cuadro N° 7: Nómina de Registros creados⁷²

REGISTROS VIGENTES	AÑO EN QUE SE CREO
Provincia de Buenos Aires	2005
Santa Fe	2006
Chaco	2008
San Juan	2009
Córdoba	2009
CABA	2009

Los actos de autoprotección

Se denomina acto de autoprotección a “aquel en el cuál una persona expresa su voluntad anticipadamente en previsión de la pérdida de su discernimiento o de una disminución o alteración de sus aptitudes psicofísicas permanente o transitoria, que le impida expresarse por sí misma. Puede contener disposiciones o estipulaciones referidas a su vida, al cuidado de su persona y de sus bienes, a la atención de su salud”⁷³.

Los actos de autoprotección o de voluntad anticipada importan el ejercicio de derechos personalísimos que corresponden a todo ser humano por el solo hecho de existir.

⁷⁰ <http://www.diariojudicial.com/nota.asp?IDNoticia=40503> (26/07/2010).

⁷¹ Testimonio del Presidente del Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, Not. Jorge A. Mateo sobre el funcionamiento del nuevo Registro. (17/03/2009).

⁷² <http://www.cfna.org.ar/> (22/10/2010)

⁷³ “Taller de Actos de Autoprotección”. Colegio de Escribanos de la Ciudad de Buenos Aires. Salón Posadas. 28/10/2009. N° de inscripción 17444.

Instrumentalización de los actos

Los actos de autoprotección pueden realizarse por:

- a) Escritura pública: ella da autenticidad, matricidad, fecha cierta y esencialmente garantiza con el asesoramiento del escribano la correcta comprensión del alcance del acto que se otorga.
- b) Instrumento privado: con firma certificada o por el modo que el otorgante juzgue oportuno y crea suficiente. Los actos otorgados de este modo podrán ser presentados como prueba y serán merituados oportunamente por el juez.

Los actos de autoprotección son esencialmente revocables, por medio del otorgamiento de un nuevo acto de autoprotección en la medida que modifique al anterior.

Cuadro N° 8: Contenido de los actos de autoprotección

Disposiciones Personales	Disposiciones Patrimoniales	Disposiciones referidas a su salud
<ul style="list-style-type: none"> - Designación de un curador y sus sustitutos o rechazo puntual de un familiar determinado para ocupar ese cargo. - Nombrar mandatario a un familiar o a un tercero. - Previsión de la compañía de una persona en particular para que la cuide en su casa. - Señalamiento de cementerio reservado y/o preferido o bóveda. Indicación de la existencia de la compra de parcela o nicho determinado. - Instrucciones respecto del sepelio. - Voluntad respecto de la cremación. - Conformidad o rechazo de la ablación de órganos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Designación de un administrador, que se encargue del cuidado y del manejo de su patrimonio. - Previsión de venta de inmuebles y otras pertenencias. - Negativa a la venta de un inmueble en particular a fin de cumplir un requisito que le permita acceder al geriátrico de su elección. - Enumeración de recursos jubilatorios, pensiones, alquileres, posibilidad de preverse la locación de su vivienda en caso de internación. - Indicación de dinero depositado en instituciones bancarias, cajas de seguridad y/o en su domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposiciones sobre lugar y condiciones de internación para el supuesto en que lo requiera el estado de salud del/la disponente. - Nombre del médico clínico para su consulta y previsión del o los sustituto/s. - Indicación del estado de salud actual y previsiones medicamentosas. - Previsiones sobre tratamientos médicos regulares y/o para supuestos de enfermedades terminales. - Previsiones respecto de medicina paliativa del dolor.

Ventajas de la legalización de las disposiciones referidas a la salud

- En la práctica, la existencia de estos instrumentos facilitaría enormemente las decisiones de profesionales y familiares de pacientes terminales dado que dispondrían de un marco de referencia para cumplir con la voluntad del enfermo y, de esta manera, respetar su autonomía.
- Se resguardaría el ejercicio de los derechos existenciales de dichos pacientes, tales como por ejemplo:
 - la negativa a realizarse ciertos tratamientos o terapias invasivas que impliquen dolor o sufrimiento,
 - la opción de morir en la propia casa (externación),
 - la posibilidad de redactar una orden de no resucitar para los casos en que el paciente presente ausencia de signos vitales
 - la posibilidad de designar un representante para que decida sobre estas cuestiones en caso de inconciencia sobreviniente del paciente
 - decidir sobre su propio cuerpo
 - el respeto por su integridad física

PROYECTOS DE LEY

Desde el año 2000 se han presentado en el Congreso Nacional numerosos proyectos referidos a temas que están íntimamente relacionados con este trabajo, los que he elegido para analizar son los siguientes:

- Derecho de los pacientes terminales a aceptar o rechazar un tratamiento
- Testamento vital
- Declaración vital de voluntad de pacientes terminales
- Derecho a la propia muerte
- Voluntades anticipadas

Cuadro N° 9: Proyectos de Ley presentados en el Congreso Nacional en los últimos diez años

AÑO	TITULO DEL PROYECTO	FIRMANTES
2000	“Régimen del ejercicio del derecho de los pacientes con enfermedades terminales a consentir o rehusar un tratamiento”.	Diputada Cristina Zuccardi. Fue confirmado por los diputados, Bárbara Espinola, Cristina Guevara, Horacio Alfredo Villalba y Horacio Francisco Pernasetti.
2001	“Régimen del Testamento vital”.	Diputado Enrique Gustavo Cardesa. Fue confirmado por Alfredo Horacio Villabva, Ramón Torres Molina, Federico Román Soñez.
2005	“Ley de Testamento vital”. “Proyecto de ley incorporando al libro IV del Código Civil el capítulo 4 Bis sobre “testamento vital” .	Monteagudo, Lucrecia Jarque, Margarita Ofelia Rivas, Jorge Escudero, Sonia Margarita
2006	“Declaración vital de voluntad de pacientes terminales o de muerte inminente”	Galvalisi, Luis Alberto Pinedo, Federico Tonelli, Pablo Gabriel Vanossi, Jorge Reinaldo
2007	“Proyecto de ley instituyendo la figura del testamento vital anticipado” “Proyecto de ley sobre el derecho a la propia muerte” .	Giusti, Silvia Ester Bortolozzi, Adriana Raquel
2008	“Ley de declaración de voluntad vital anticipada: definición, creación del registro de voluntades anticipadas, diagnóstico de enfermedad terminal y estado vegetativo persistente”	Sesma, Laura Judith Fein, Mónica Hayde Augsburger, Silvia.
2009	“Ley de voluntades anticipadas”	Diputada provincial Alicia Gutiérrez.

La presentación en la Honorable Cámara de Diputados y de Senadores de estos proyectos de ley ha generado el comienzo de un debate sobre aspectos esenciales que afectan la dignidad y la libertad de las personas.

PROPUESTA NORMATIVA ORIENTADA A REGULAR LAS DISPOSICIONES DE ULTIMA VOLUNTAD

Por mi parte, y conforme al análisis e investigación que he realizado de algunas leyes, de distintos proyectos presentados en la Cámara de diputados y de senadores en los últimos diez años y de la doctrina estudiada, propongo un proyecto de ley que desarrolle todos aquellos temas referidos a la muerte digna.

PROYECTO DE LEY SOBRE MUERTE DIGNA

¿Qué provincias cuentan con una ley de muerte digna y cuáles proyectan tener una?

En nuestro país se comenzó a discutir sobre la posibilidad de negarse a recibir tratamientos que prologuen artificialmente la vida en Noviembre del 2007 con la aprobación de la ley de Muerte Digna en Río Negro, convirtiéndose en la primer provincia del país en establecer nuevos parámetros para la relación entre médicos y pacientes. Luego le siguió Neuquén, que en Septiembre del 2008 aprobó una ley muy similar. Por lo tanto, dos son las provincias que cuentan con una ley que respete la autonomía del paciente terminal.

En el resto del país, numerosos proyectos se han presentado en Entre Ríos, Córdoba, Tucumán, Mendoza y en el propio Congreso Nacional pero todavía no han tenido el tratamiento adecuado.

Cuadro N° 10: Legislación vigente y proyectada sobre muerte digna en Argentina

	PROVINCIAS QUE CUENTAN CON LA LEY	PROVICIAS QUE PRESENTARON PROYECTOS DE LEY
MUERTE DIGNA	Río Negro Neuquén	Entre Ríos Córdoba Tucumán Mendoza Congreso Nacional

¿Cuál sería su ámbito de aplicación?

Sería ideal que los principios básicos y los derechos enunciados y analizados en las leyes de Río Negro y Neuquén se reconozcan a todos los pacientes de la República Argentina.

¿Por qué convendría aprobar una ley de ésta índole?

Una ley con estas características ayudaría tanto al paciente como al médico, ya que, por un lado, permitiría al paciente con una enfermedad irreversible manifestar su rechazo a procedimientos médicos que le resulten desproporcionados y le produzcan un dolor insostenible, y por otro lado, el profesional de la salud tendría más independencia para actuar en dichas situaciones sin la necesidad de solicitar ningún tipo de autorización judicial para respetar la voluntad del paciente.

Objetivos

- Que el enfermo terminal tenga una herramienta legal para poder rechazar un tratamiento médico que prolongue su agonía.
- Que el enfermo terminal no sufra desmesuradamente durante el último período de su vida, recibiendo alivio a su sufrimiento y una atención humana, digna y solidaria.

- Que el paciente pueda tener una vida y una muerte digna.
- Poner límites terapéuticos con el fin de evitar la prolongación inútil de la vida de un enfermo terminal.
- Resguardar la dignidad del paciente.
- Que el paciente pueda hacer respetar su derecho a decidir libremente, luego de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- Que el paciente tenga derecho a negarse al tratamiento.
- Que se respete el ejercicio de la autonomía de su voluntad dentro de un marco ético, jurídico y convivencial de las instituciones y servicios de Salud.
- Que el paciente tenga derecho a decidir en forma previa, libre y fehaciente la voluntad de no prolongar artificialmente su vida a través de medios extraordinarios y/o desproporcionados y a que se reduzcan progresiva y/o irremediablemente su nivel de conciencia.

Contenido

Teniendo en cuenta el contenido de la Ley 4264, de Muerte Digna de Río Negro, y un análisis personal que he realizado sobre la eutanasia pasiva y activa, una legislación sobre muerte digna podría contemplar los siguientes ítems:

Puntos esenciales

➤ Brindar una definición de eutanasia

La eutanasia significa provocar la muerte de un paciente portador de una enfermedad mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio, por medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal efectuada por un tercero.

➤ Establecer los requisitos excluyentes

Sólo podrá hablarse de eutanasia cuando:

- la muerte fuere un acontecimiento próximo,
- el paciente padezca una enfermedad grave e incurable
- el paciente tenga dolencias irreversibles e insoportables de la vejez
- el paciente haya sufrido un daño accidental, en el cuerpo o en la salud, de pronóstico letal.
- el paciente, su familiar más cercano, o su representante legal presten su consentimiento.

Clases de Eutanasia

A) Eutanasia voluntaria pasiva

- El derecho de los enfermos terminales a: rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados, como así también a la negación o retiro de medidas de soporte vital que puedan prolongar innecesariamente la agonía.
- La posibilidad de que los familiares cercanos (cónyuge, descendiente, ascendiente, parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido o representante legal de la persona incapaz) del paciente que esta imposibilitado para manifestar su voluntad puedan decidir junto con el equipo médico, previa intervención del comité de bioética institucional, sobre la abstención o el retiro del soporte vital.
- La posibilidad de que toda persona mayor de edad con una enfermedad irreversible manifieste su voluntad.
 - o Caso de la persona capaz: podrá manifestar su voluntad en un instrumento público (ante escribano de registro) o privado (ante el profesional o equipo médico interviniente y dos testigos que no sean parientes del paciente, ni beneficiarios testamentarios o beneficiarios de un seguro de vida del mismo) en forma anticipada o en el momento en que es atendida en la institución hospitalaria. Hay que destacar que dicha declaración de voluntad es revocable solamente por quien la manifestó, por lo cual, ningún familiar, representante, personal sanitario ni autoridad podrá desconocerla o revocarla.
Es importante que en la historia clínica del paciente quede constancia de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

- o Caso de la persona incapaz o inconsciente: el otorgante del documento puede designar un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
- La exclusión de responsabilidad civil, penal y administrativa del profesional interviniente que haya obrado cumpliendo en forma estricta con la ley.
- Que “no se le aplique pena alguna al médico o dependiente de éste que, encontrándose en un establecimiento sanitario acreditado, decida abreviar el curso vital de un paciente cuando la muerte de éste sea inminente a raíz de una grave enfermedad o accidente”.⁷⁴

B) Eutanasia voluntaria activa

En una propuesta normativa sobre eutanasia voluntaria activa yo contemplaría los siguientes criterios en forma estricta:

- o El derecho del paciente a solicitar la eutanasia voluntaria activa en forma personal, expresando su voluntad en forma anticipada (mediante alguna directiva anticipada) o ejerciendo su autonomía individual en el momento en el cual es informado de su enfermedad irreversible y **se encuentra consciente**.
- o El enfermo debe conocer su enfermedad, los tratamientos que existen para la misma y las consecuencias de su decisión de abreviar su vida.

Requisitos para poder llevar a cabo una buena muerte

- o Que la enfermedad conduzca inevitablemente a la muerte sin que exista otra solución.
- o Que existan dictámenes como mínimo de tres médicos especialistas en la materia y de un Comité de Ética Médica de la institución hospitalaria.
- o Que la enfermedad le produzca sufrimientos insoportables, intolerables y constantes.
- o Que la finalidad del procedimiento eutanásico sea hacer el bien al paciente moribundo, liberándolo del dolor y de sufrimientos y dificultades que resultan extremos e insuperables (encarnizamiento terapéutico).
- o La terminación de la vida debería ser llevada a cabo en una forma médica apropiada y **con la debida** autorización judicial.

Aspectos comunes para ambos tipos de eutanasia

En ambos casos, tanto en la eutanasia voluntaria pasiva o activa, para poder obtener una muerte digna, se debería tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El respeto a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales.
- La obligación del profesional de informar en forma clara y precisa al paciente, si estuviera consciente, o a sus familiares o representante legal, cuando éste estuviera inconsciente, sobre su diagnóstico y tratamiento para que se preste un consentimiento debidamente informado.
- La obligación de todos los establecimientos sanitarios, de contar con programas de cuidados paliativos y de atención domiciliaria para asistir en todo momento al paciente con el objetivo de controlar y aliviar el dolor, independientemente de la decisión que haya tomado el mismo con respecto a la aceptación o rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital.
- Se suministre al paciente en forma proporcionada las sustancias analgésicas, sedantes o ansiolíticos destinados a aliviar los padecimientos físicos o psíquicos del asistido.
- El derecho de los familiares del paciente y de su representante legal a realizar una interconsulta con un profesional que no pertenezca al equipo médico interviniente.
- El respeto por aquel médico que se niegue a cumplir con los deseos del enfermo, es decir, que manifieste objeción de conciencia fundada en razones éticas con respecto a la práctica médica enunciada en la ley.

⁷⁴ Niño, Luis. “Eutanasia, morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales”. Fórmula propuesta por Niño en la página 248. Bs. As. Editorial Universidad. Reimpresión. 2005.

- Que exista, además de un cuerpo médico multidisciplinario, un comité de Ética Médica en cada institución hospitalaria pública y/o privada para analizar, evaluar y dictaminar la situación especial del enfermo y la actuación del médico a cargo.

PERSPECTIVA AXIOLOGICA

Es indudable que para el paciente muy enfermo o terminal, para su familia y para los médicos que lo atienden, las decisiones sobre el curso de los tratamientos a seguir acarrearán graves consecuencias. Muchos factores son especialmente relevantes en la toma de importantes decisiones ante una muerte inminente, y los dilemas que se originan nos obligan a examinar:

- nuestras prioridades éticas (el respeto a la vida, a qué debe darse prioridad, a la cantidad o a la calidad de vida), así como existe una preocupación por optimizar la calidad de vida hasta el final, es igualmente importante preocuparnos por ofrecerle a la persona una muerte con la calidad que ella espera, teniendo en cuenta sus deseos y necesidades.
- el respeto por la autonomía de la voluntad de la persona (qué papel juegan los deseos del enfermo en estos casos), y
- nuestra concepción de los fines de la medicina (es el de salvar vidas su única función, o acaso no cuenta entre sus objetivos “aliviar el sufrimiento del enfermo”).
- el concepto de dignidad humana se invoca tanto para defender la eutanasia como para rechazarla.

Cuando hablamos de cuadros de salud delicados que se caracterizan por ser terminales y de los derechos personalísimos que ejercitan los pacientes, se presenta el problema de la llamada “buena muerte” o “bien morir”.

ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA SOBRE LA EUTANASIA

Breve reseña histórica del debate

El debate sobre la eutanasia como expresión máxima de la vigencia de los derechos personales de vivir y de morir comienza a fines del siglo XIX, continúa en toda la primera mitad del siglo XX y se acentúa en los últimos cincuenta años, con la denominada era tecnológica de la medicina. La discusión actual proviene del rechazo de muchas personas a ser sometidas a toda la invasividad terapéutica disponible y a la no aceptación de ciertos niveles de sufrimiento y de dolor. Actualmente, todo este debate se ha potenciado aún más por su legalización en algunos países como Holanda, Bélgica y Luxemburgo.

Los argumentos que se contraponen a la hora de la toma de decisiones críticas siguen dos corrientes totalmente opuestas:

- Argumentos a favor: son aquellos que sostienen que debe respetarse la autonomía de la voluntad de aquel paciente terminal que sufre y/o agoniza, ya que su vida ha perdido toda calidad y significado. Analizaremos en forma sintética, en el cuadro que se encuentra a continuación, cada uno de ellos, teniendo en cuenta el análisis que hace el Dr Sambrizzi en su libro “Derecho y Eutanasia”⁷⁵.
- Argumentos en contra: “estos argumentos tratan de fomentar el valor del respeto por la vida y señalan la necesidad de evitar posibles abusos”⁷⁶.

⁷⁵ Sambrizzi, Eduardo A. “Derecho y Eutanasia”. Capítulo IV, páginas 37 a 59. Editorial La Ley. 2005.

⁷⁶ Luna, Florencia y Salles Arleen. “Decisiones de vida y muerte”. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Página 114 y subsiguientes. Editorial Sudamericana. 1995.

Cuadro N° 11: Enumeración de Argumentos

ARGUMENTOS CONTRARIOS AL RECONOCIMIENTO DE UN DERECHO A MORIR	ARGUMENTOS PARTIDARIOS DE LA EXISTENCIA DE UN DERECHO A MORIR
<p>1) Ley Natural: se dice que tenemos una inclinación natural a vivir, y esta inclinación es violada cuando se practica la eutanasia.</p> <p>2) Incompetencia del paciente enfermo: se cuestiona que el paciente otorgue un verdadero consentimiento informado. En principio un paciente con una enfermedad grave estaría en una posición de inferioridad y por tal motivo dejaría de tener la capacidad adecuada para tomar decisiones.</p> <p>3) No hay derecho de matar: aunque se determine que el enfermo es competente y su pedido este justificado, falta establecer la legitimidad de la acción, es decir, el derecho moral del médico de matar al paciente.</p> <p>4) Existencia de algún error en el diagnóstico o pronóstico: el médico no es infalible, puede cometer un error en su decisión y la misma en algunos casos puede tornarse irreversible. También puede ocurrir que en el momento del diagnóstico no haya una cura pero que ésta pueda aparecer en el futuro.</p> <p>5) Riesgo de su penalización: a este argumento se lo suele denominar el de la “pendiente resbaladiza”, ya que si la eutanasia se llegara a legalizar, se podrían llevar a la práctica casos que no sean lo suficientemente graves o hasta sin el consentimiento del paciente.</p> <p>6) Contradice la ética médica</p> <p>7) La vida es valiosa por sí misma, y constituye un derecho inalienable, irrenunciable e indisponible: el derecho a la vida sería un derecho-deber, lo que lo haría indisponible para su titular, que no podría válidamente disponer de su propia vida.</p> <p>8) El principio de autonomía conduciría a justificar la muerte de cualquier persona, se trate o no de un enfermo terminal. Cuando el principio de autonomía personal choca con el valor vida, el derecho le otorga preeminencia a ésta; de allí que la ley permite que se ejerza hasta inclusive violencia física contra una persona para evitar que se suicide, eximiéndolo de responsabilidad penal.</p> <p>9) La autonomía personal no es absoluta, teniendo la libertad de las personas variados límites reconocidos en las sociedades civilizadas.</p> <p>10) La autonomía dejaría de ser tal si se permitiera transferirla a un tercero, un tercero no puede evaluar cuándo el dolor es difícil de sobrellevar hasta el punto de querer acabar con la vida.</p>	<p>1) Derecho a la vida y a la muerte: en la medida que se posee ese derecho, se puede hacer con él lo que se crea más conveniente.</p> <p>2) Eliminación del sufrimiento y bienestar</p> <p>3) Se promueve la calidad de vida en vez de cantidad de vida: se trata de que la persona no sufra agonizando días, meses o años, sino que se le de la posibilidad de disfrutar una vida mínimamente digna.</p> <p>4) Autodeterminación del individuo: toda persona racional tiene la libertad y el derecho en la toma de decisiones relativas a su vida y es responsable de dichas decisiones.</p> <p>5) La vida es un bien disponible, en razón de su cotidiana disposición, la disponibilidad de la vida estaría fundamentada en la libertad de la persona.</p> <p>6) Se afirma que el derecho de la persona a una vida acorde con la dignidad humana, está en relación directa con la calidad de vida. No sería una vida digna la de aquellos afectados por enfermedades o lesiones incurables muy dolorosas, a quienes se debería reconocer un derecho a morir sin dolor, para evitar la continuación de una vida indigna.</p> <p>7) El reconocimiento del derecho a morir, implicaría la existencia de controles que garantizarían el ejercicio de ese derecho dentro de ciertos límites, así como el cumplimiento de determinados requisitos, con los cuales se garantizaría que ese pretendido derecho fuera ejercido dentro de los límites legales, dando mayor transparencia al proceso de morir.</p> <p>8) El enfermo que desea la eutanasia, no quiere tener que afrontar una vida deteriorada.</p> <p>9) Permitir la muerte a quien lo desea o a quien padece inevitables dolores y sufrimientos, es hacer el bien y es éticamente correcto.</p> <p>10) Mantener con vida a un paciente terminal cuya muerte es inminente, a través de medios desproporcionados e invasivos constituiría un cruel encarnizamiento terapéutico.</p>

BIOÉTICA

Concepto

La palabra “bioética” es un enlace de la lengua griega de los términos “bíos” (que significa vida humana) y “ethiké” (que significa ética), significando literalmente “ética de la vida”. La Bioética es el “*estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales*”⁷⁷.

A partir de los 70 apareció la bioética como un espacio multidisciplinario para la reflexión sobre la toma de decisión en las múltiples situaciones que el avance tecnocientífico planteó en el comienzo, el transcurso y el fin de la vida, se asistió al inicio de una nueva época que abandona progresivamente la tutela paternalista del médico y habilita el derecho del paciente a ser informado y a decidir lo que piensa que es lo mejor para sí mismo.

La medicalización del morir, por ejemplo, hoy tiene su máxima representación en la distanasia, es decir, “en la ocultación de la muerte a través del establecimiento de medidas extraordinarias o desproporcionadas que prolongan la vida de forma artificial, penosa y gravosa. La sobre atención médica divorciada de todo contenido humano, constituyéndose en el paradigma actual de la indignidad asistencial es sin duda una deformación de la medicina que ocupa a diario a la bioética.”⁷⁸

Finalidad

La Bioética tiene por finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedicina y de su vinculación con el ámbito de derecho y de las ciencias humanas.

La Bioética, entonces, deberá ser una ética racional que a partir de la descripción del dato científico, biológico y médico, analice racionalmente la licitud de la intervención humana sobre el hombre.

Principios de la Etica Médica

La Asociación Médica Argentina ha elaborado estos principios para orientar el proceso de toma de decisiones acerca del final de la vida, el artículo 11 del Código de Etica de dicha Asociación menciona cuatro principios fundamentales:

- 1) **Autonomía**: es una capacidad propia de los seres humanos para pensar, sentir y emitir sobre lo que consideran que es bueno, es también una capacidad inherente al hecho de ser una persona racional. Por el contrario, si no hemos desarrollado nuestra capacidad para emitir un juicio racional, carecemos de autonomía.

Este principio se refiere a la obligación de respetar la libertad de cada persona para decidir por sí y sobre sí misma. Las decisiones de un paciente adulto, mentalmente competente y suficientemente informado, son éticamente inviolables, aún si ellas implican el rechazo a tratamientos e intervenciones que el médico puede considerar aconsejables. Cuando el paciente no está capacitado para comunicarse o para tomar decisiones, debe hacerlo el familiar delegado con base en los deseos expresados previamente por él. Si no existe esa persona o no se conocen explícitamente los deseos del paciente, el equipo tratante debe usar su buen juicio.

El respeto de la autonomía es el reconocimiento de que el individuo es dueño de sus acciones y decisiones. Este principio constituye la base moral del principio, que tiene su reflejo jurídico, en el consentimiento informado.

⁷⁷ Fuente: www.aceb.org/bioet.htm (9/1/2010)

⁷⁸ Dr. Merello, Marcelo. Revista “Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría” del Fleni. Artículo sobre Bioética, volumen 11, colección N°2, página 8. Publicado el 12 de Mayo del 2008 (ISSN: 1669-709x).

- 2) **No Maleficencia:** obliga a no hacer daño intencionadamente. Se refiere a la no aplicación de medidas desproporcionadas que no producen ningún beneficio para el enfermo (ensañamiento terapéutico).
- 3) **Beneficencia:** Toda decisión debe orientarse a hacer el bien al paciente. Permitir la muerte a quien lo desea o a quien padece inevitables dolores y sufrimientos, es hacer el bien y es éticamente correcto.
- 4) **Justicia:** obliga a no discriminar y a un trato igualitario. Todas las personas tienen igual dignidad y merecen la misma consideración y respeto. Esto implica ofrecer iguales cuidados en el momento preciso y atención de calidad.

LA DIGNIDAD HUMANA

Concepto

Del latín *dignitas*, dignidad es la "cualidad de digno"⁷⁹. Este adjetivo hace referencia a lo correspondiente o proporcionado, al mérito de alguien o algo, al merecedor de algo y aquello de calidad aceptable.

La idea de dignidad humana, siendo tan difícil de definir y de justificar en el plano teórico, responde a una profunda exigencia del espíritu humano: la de ser respetado y de respetar a sus iguales.

La dignidad no es un derecho subjetivo más, sino que es el fundamento, es decir, aquello que justifica el reconocimiento de los derechos del ser humano. Teniendo en cuenta este concepto podemos hacer referencia al valor único e incondicional que tiene la existencia de todo individuo, independientemente de cualquier cualidad accesoria que pudiera corresponderle por razones de edad, raza, sexo, condición social o religión.

La dignidad se refiere a alguien que no tiene equivalente, ya que por su propia naturaleza es único e irremplazable. Es la propia condición humana la que genera un deber de respeto, sin que sea exigible ningún otro valor adicional.

"La dignidad es la necesidad emocional que todos tenemos de reconocimiento y respeto por parte de los demás. El ser humano posee dignidad por sí mismo, nadie se la da, la tiene desde el mismo momento de su concepción y nadie se la puede quitar bajo ningún pretexto ni durante su vida, ni en el final de ésta".⁸⁰

⁷⁹ http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=dignidad

⁸⁰ "Morir con dignidad: derechos de la persona y problemas éticos". Publicado el 30 de Junio de 2009. Autor: R.R.L.L. de la Federación Española del Derecho Humano. Disponible en: <http://www.elderechohumano.org/v156/documentos/de-la-federacion-espanola/3-morir-con-dignidad-derechos-de-la-persona-y-problemas-eticos.html> (5/10/10)

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo final de carrera, se han fusionado importantes conceptos como el de la muerte, el estado vegetativo, la enfermedad irreversible, los soportes vitales, el encarnizamiento terapéutico, los derechos del paciente, la muerte digna, entre otros. Gracias al análisis de todos y cada uno de los temas mencionados y muchos otros más, he llegado a las siguientes conclusiones:

- Los **beneficios indudables del avance tecno-científico** en la medicina de alta complejidad tienen el costo moral de que toda la sociedad comprenda y participe de la responsabilidad que significa intervenir con nuestras acciones y decisiones en la vida y la muerte de las personas.
- La **abstención y el retiro del soporte vital**, que se requiera debido al uso indiscriminado de acciones superfluas y perjudiciales para el paciente terminal, constituyen un punto muy importante para lograr una muerte digna
- En nuestro ordenamiento jurídico, **la vida no es considerada un bien jurídico disponible**, por lo tanto el consentimiento del enfermo en la práctica de la eutanasia es irrelevante en el plano de la responsabilidad penal.
- En la República Argentina la **conducta del médico que ayuda a un paciente terminal a morir** implicaría el delito de instigación o ayuda al suicidio que sanciona el artículo 83 del Código Penal Argentino. Ninguna iniciativa legislativa para despenalizar las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales llegó a votarse en el Congreso argentino.
- El **derecho de la persona a negarse a recibir tratamiento** no caduca al volverse incapaz, ya que la incapacidad no produce la pérdida de los derechos fundamentales.
- El **derecho a la conservación de la vida y al goce de ella**, a la salud, a la libertad, a la intimidad, a la integridad psicofísica y moral y a una muerte digna deberían respetarse desde la concepción de la persona hasta su muerte.
- El **derecho del hombre a morir como él lo desee**, dentro de su ámbito privado, podría ser tan real y verdadero como el derecho a la vida.
- El **derecho a morir dignamente** se basa en el derecho que tiene toda persona para elegir o exigir para sí o para otra persona a su cargo, una muerte a su tiempo, sin abreviaciones tajantes ni prolongaciones irrazonables o cruelmente obstinadas del proceso de morir. La ambigüedad de las normas jurídicas existentes revela que por el momento el derecho a “morir con dignidad” no es poseído por todas las personas sino sólo por aquellos que logran tener una autorización judicial para poder ejercerlo en la práctica.
- Las **personas capaces y adultas pueden negarse a recibir tratamientos y terapias aunque tales negativas les causen la muerte**, hay que destacar que la decisión de negarse voluntariamente a la suspensión de un tratamiento es independiente de su proporcionalidad.
- El **cuerpo de toda persona es inviolable**, afirmación que importa respetar la autodeterminación del paciente, incluso cuando su elección sea interrumpir o impedir tratamientos que lo mantengan con vida.
- Las **directivas** que una persona capaz haya dado por escritura pública para la atención de su salud en previsión de la imposibilidad de expresar su voluntad, que no sean contrarias a la ley o al orden público, deben ser respetadas por los parientes que se ocupen de ella en esa situación y por los médicos que la atiendan. Sin necesidad de asentimiento judicial alguno.
- Después de analizar todo el material precedente referido a **la eutanasia a nivel mundial**, se destaca por sobre todas las cosas que los países desarrollados (con alto nivel de vida), como Holanda, Bélgica y Luxemburgo cuentan con una legislación mucho más avanzada que la de los países subdesarrollados (con un reducido nivel de vida), como Perú y Argentina, por ejemplo. Es significativo que la mayoría de las sociedades desarrolladas se hallan ocupado de la eutanasia, esto nos lleva a pensar que es un indicio claro de que los gobiernos, a través del derecho, tendrán tarde o temprano que dar respuesta a una demanda social creciente.
- Sería bueno para la sociedad, que todos los **derechos de los enfermos** que figuran tanto en las leyes (ley N° 153, art 4°, inc I de la Ciudad de Bs As, Ley N° 3076, art 2, inc o de Río Negro, ley N° 6952, art 1°, inc 16 y 17 de Tucumán, por ejemplo) como en los códigos (Código de Ética de la Asociación Médica Argentina) se pudieran respetar y llevar a la práctica hospitalaria sin la necesidad de solicitar una autorización judicial para lograr el respeto de la voluntad del paciente, en orden a suspender los tratamientos o no autorizar las terapias médicas.
- Desde mi punto de vista, sería muy provechoso contar con una legislación específica en materia de **disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad**, incluyendo las directivas médicas

anticipadas, las cuales, además de ser libremente revocables por su otorgante, deberían adjuntarse en su historia clínica.

- El **principio de autonomía personal** supone que cada ser humano tiene el derecho a determinar su propio destino vital y personal, con el debido respeto a sus valoraciones y a su visión del mundo, incluso, aunque un tercero tenga la plena convicción de que son erróneas o perjudiciales para él.
- El **consenso moral, médico y legal** que tiende a producirse sobre las **decisiones del morir** debiera cumplir tres principios fundamentales:
 - El pleno conocimiento de la sociedad sobre la necesidad del establecimiento de un límite convencional en la atención médica en determinadas circunstancias.
 - El respeto por las preferencias del paciente.
 - La aplicación de alguna normativa que facilite el actuar del profesional de la salud y permita al paciente cumplir con su voluntad en uno de los momentos más difíciles de la vida, como lo es el proceso de la muerte.
- Como ha ocurrido con cuestiones que en principio fueron muy conflictivas y problemáticas como el divorcio, el aborto, la reproducción asistida, el matrimonio entre personas del mismo sexo, se impone hoy abordar sin dilación una completa y clara **regulación de la eutanasia** para ahorrar el sufrimiento humano al morir .
- Para analizar, evaluar y discutir sobre el tema de la eutanasia se necesitaría un gran **debate social, bioético y jurídico** para que se la reconozca como un derecho al que cada uno puede ejercer o no.
- **La eutanasia debe examinarse hoy como una realidad**, aplicable o no según las convicciones morales y las normas legales de cada país, en situaciones ciertas y comprobables, y no simplemente como un ejercicio teórico ajeno a las circunstancias y contingencias que ocurren cotidianamente.
- Para finalizar, en un país como Argentina, hoy parecería que no están dadas las **condiciones de conciencia, de legislación, y de cubrimiento necesarias para que la eutanasia se pueda tener de alguna manera en cuenta**, ya que la misma podría ser causa más de perjuicios que de beneficios, pero sí podría pensarse en algunas propuestas normativas orientadas a regular las disposiciones de última voluntad, como ser: las declaraciones vitales de voluntad de los pacientes terminales y la muerte digna.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Basso, Domingo M. “Nacer y morir con dignidad. Bs. As. Estudios de bioética contemporánea”. Editorial Lexis Nexis. 2005.
- Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2005.
- Blanco, Luis Guillermo. “Ensayo sobre directivas médicas anticipadas: la disidencia, admisión y rechazo de tratamientos médicos y el derecho a morir dignamente”. Revista Notarial N° 951. Bs As. 2005.
- Cifuentes, Santos. “Derechos Personalísimos”. Buenos Aires. Editorial Astrea. 1995. Segunda edición actualizada y ampliada.
- Código de Etica para el equipo de salud de la Asociación Médica Argentina, 2001.
- Código de Etica Médica de la Provincia de Buenos Aires.
- Decreto 426/98: Creación de una Comisión Nacional de Etica Biomédica.
- Diario Clarín.
- “El Derecho” Jurisprudencia General. Tomo 212. Buenos Aires, 2005.
- Gamarci, Héctor. “Voluntad Anticipada”. Revista del Colegio de Escribanos de Entre Ríos N° 180.
- Gherardi, Carlos R. “La muerte cerebral y la muerte”. División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Revista de Medicina, volumen 57 - N° 1, 1997.
- “La Ley”. 1997 – A, 626.
- Ley 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires
- Ley 3.076 de Derechos del Paciente de Río Negro
- Ley 4.264 de Muerte Digna de Río Negro
- Ley 6.952 de Salud Pública y derechos del paciente de Tucumán
- Ley 17.132 sobre el ejercicio de la medicina, odontología y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas
- Ley 24.193. de Trasplante de Órganos y Tejidos –Texto actualizado por Ley 26.066.
- Ley 24.742. Creación de Comités Hospitalarios de Etica.
- Ley 26.529 de Derechos del Paciente.
- Luna, Florencia y Salles Arleen. “Decisiones de vida y muerte”. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Editorial Sudamericana. 1995.
- Patitó, José Angel. “Manual de medicina legal”. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2008.
- Revista Internacional del Notariado N° 109.
- Revista Norarial del Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires N° 950.
- Sambrizzi, Eduardo A. “Derecho y Eutanasia”. Capítulo IV, páginas 37 a 59. Editorial La Ley. 2005.
- Sproviero, Juan H. “Mala Praxis, protección jurídica del médico”. Bs. As. Editorial Abeledo-Perrot. Segunda edición actualizada. 1998.

Páginas de internet consultadas

- www.aceb.org/bioet.htm
- www.annyn.org.ar
- www.cfna.org.ar
- www.colegio-escribanos.org.ar
- www.conversacionessobregerontologia.blogspot.com
- www.cucaier.gov.ar
- www.diariojudicial.com
- www.elderechohumano.org
- www.elpais.com
- www.gracielamedina.com
- www.incucai.gov.ar/comunidad
- www.lanación.com.ar
- www.msc.es
- www.oas.org
- www.rae.es/rae.html
- www.unav.es/cdb/ammlondres1.html
- www.unpan1.un.org

Otras fuentes

- “Taller de Actos de Autoprotección”. Colegio de Escribanos de la Ciudad de Buenos Aires. Salón Posadas. 28/10/2009. N° de inscripción 17444.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Blanco, Luis Guillermo. “Muerte Digna, consideraciones bioético-jurídicas”. Bs As. Editorial Ad-Hoc. 1997.
- Constitución Nacional Argentina
- Código Penal Argentino
- Gherardi, Carlos R. “Vida y muerte en terapia intensiva”. Bs As. Editorial Biblos. 2007
- Niño, Luis. “Eutanasia, morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales”. Bs. As. Editorial Universidad. Reimpresión. 2005.