



---

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

# TRABAJO FINAL DE GRADO

---

**Análisis crítico de la Ley de  
Muerte Digna en Argentina**

P.I.A

**VILLARREAL GONZÁLEZ MAXIMILIANO OSCAR**

---

**ABOGACIA**

**2013**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por haberme permitido llegar a este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaron. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Por su sacrificio, entrega, por sus hermosos y justos consejos. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Mamá, Papá, gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes. Los quiero mucho.

A mi novia Eliana, compañera inseparable de cada día. Ella representó gran esfuerzo y apoyo en momentos de desgano y cansancio. Te amo.

## **Resumen**

*El modo de finalizar la vida, es una cuestión que ha generado grandes debates en toda sociedad, reflejándose en todos los ámbitos culturales, filosóficos y religiosos a través de la historia. Con el correr del tiempo, el avance de la ciencia y la tecnología aplicada al ámbito de la salud y la obsesión por prolongar la expectativa de vida de las personas a cualquier precio, provocaron un alerta en las sociedades modernas, las cuales a través de casos concretos y luego de largos debates ideológicos, hicieron evidente la necesidad de que se sancionara una ley que regulara las cuestiones atinentes al proceso de la muerte, es así como en este marco de ideas surge en nuestro país la denominada ley de Muerte Digna. Si bien la norma constituye un avance más que importante, no deja de generar algunos dilemas sociales a la hora de ser aplicada a determinados casos particulares dentro del amplio margen de situaciones que pueden surgir.*

## **Abstract**

*The way to end life, is an issue that has generated much debate in every society, reflected in all the cultural, philosophical, religious through history. With the passage of time, the advance of science and technology applied to the field of health and obsession to prolong the life expectancy of people at any cost led to a warning in modern societies, which through specific cases and after long ideological debates revealed the need to sanction a law to regulate matters pertaining to the process of death, and in this framework of ideas arises in our country called death with Dignity law. While the standard is a step more than important, it does generate some social dilemmas when finished be applied to particular cases within the wide range of situations that may arise.*

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPÍTULO 1: La muerte en el Ordenamiento Jurídico Argentino</b>	
La muerte en el Ordenamiento Jurídico Argentino	9
1.2. Muerte digna, eutanasia, suicidio asistido y encarnizamiento terapéutico	12
1.3. Legislación comparada	14
<b>CAPÍTULO 2: Ley de muerte digna en Argentina</b>	
2.1. Aspectos generales de la Ley Nacional N° 26.742	18
2.2. Características de la ley de muerte digna: aspectos positivos y negativos	20
2.2.1. Autonomía de la voluntad	20
2.2.2. Consentimiento informado	24
2.2.3. Directivas anticipadas	25
2.2.4. Cuidados paliativos	27
2.2.5. Exención de responsabilidad	28
2.3. Antecedentes Legislativos, Doctrinarios y Jurisprudenciales de la ley de muerte digna	30
<b>CAPÍTULO 3: Consentimiento por representación en la Ley de Muerte Digna</b>	
El consentimiento por representación en la ley de muerte digna	33
3.1. Estado terminal, irreversible e incurable de un paciente en estado Vegetativo Persistente	38
3.2. La hidratación y la alimentación como medio artificial de vida	42

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Conclusión	48
Bibliografía	52

## **ANEXOS**

-Ley N° 4264	58
-Ley N° 2611	62
Antecedentes importantes de la jurisdicción extranjera donde se permitió que se retirara la alimentación y nutrición a enfermos terminales donde el fundamento ético expuesto fue “el sostenimiento artificial de la vida”	78

## Introducción

*“Una de las funciones más nobles del corazón consiste en saber si es o no, tiempo de irse de este mundo”*

*Marco Aurelio, Libro III.*

No podemos dejar de observar y constatar que el bien jurídico principal de un ser humano es el derecho a la vida, valor Fundamental, supremo, personal e intransferible, incorporado como tal en todo ordenamiento jurídico del mundo y de ello deriva que debe respetarse en todos los ámbitos en que pueda verse afectado.

Si bien la pérdida de la vida, es una cuestión que ha preocupado al hombre desde siempre, reflejándose en todos los ámbitos culturales, filosóficos y religiosos, a través de la historia, con el desarrollo de la mente humana, se fue instalando en las sociedades actuales, distintos pensamientos e ideas modernas con respecto al momento de finalizar la vida.

Podemos considerar que hace algunos años atrás claramente podía diferenciarse cuando una persona estaba viva o estaba muerta, esta situación no requería de mayores precisiones en las prácticas médicas, pero con el correr del tiempo, el avance de la ciencia y la tecnología aplicadas al ámbito de la salud y la obsesión por la prolongación de las expectativas de vida de las sociedades modernas ha producido como resultados prolongar de manera artificial la vida misma. Pero como todo avance siempre puede acarrear ventajas y desventajas en el seno de una sociedad, por ende estas cuestiones requieren estar reguladas y controladas, para evitar traspasar los límites impuestos a la ciencia.

Esta relación existente entre el momento de finalizar la vida y el avance de la ciencia, que en numerosas ocasiones con su exceso, reflejado principalmente en una obstinación médica por prolongar la vida a cualquier precio, ha generado la necesidad impostergable de regular y otorgar protección jurídica a este tipo de situaciones.

Es así que en el marco de reclamos sociales y luego de largos debates ideológicos, se sancionó en nuestro país, la denominada “Ley de Muerte Digna” (LEY

NACIONAL N° 26.742), en función de reforzar la Autonomía de la voluntad de los pacientes frente al final de la vida y con el fin justificado de ser un avance a favor de los derechos humanos, protegiendo los derechos y garantías de la dignidad del hombre durante su vida y también durante su muerte.

Argentina se suma con la sanción de esta ley a una reducida lista de países en el mundo en contemplar la muerte digna.

### MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien es augurioso el avance en esta materia, resulta importante realizar un análisis profundo de la norma, para entender su alcance y poder de esta manera conocer sus límites y falencias en caso de poseerlas. Es por ello que se consideró necesario dividir este trabajo en tres capítulos para una mayor comprensión del tema.

En el primer capítulo, denominado “La muerte en el Ordenamiento Jurídico Argentino”, se efectuó una introducción a los conocimientos básicos de conceptos que se consideraron necesarios tener en claro para comprender la “ley de muerte digna”. Dentro de este mismo capítulo, se establece un panorama general de la legislación comparada que contempla de algún modo el proceso final de la vida.

El segundo capítulo, denominado “Ley de muerte digna en Argentina”, se desarrolló un estudio detallado de la ley, estableciendo sus principales características y analizando los aspectos positivos y negativos que de la misma puedan surgir, sumado a una breve descripción de los antecedentes legislativos, doctrinarios y jurisprudenciales que fueron imprescindibles para la sanción de la ley.

En el tercer capítulo, denominado “El consentimiento por representación en la ley de muerte digna”, se describe un punto de la norma que genera una problemática que traspasa el fuero íntimo de cada persona, creando dilemas a nivel social y cultural, afectado de esta manera la justicia, la religión e incluso involucrando la institución de la familia. Dentro de este cuestionado punto de la norma, se presenta un caso particular, hipotético, con la finalidad de demostrar las posibles falencias de la misma, el cual luego de ser comparado con alguna jurisprudencia de relevancia se intenta resolver siguiendo los lineamientos de la ley.

En el presente Trabajo Final de Grado se utilizará el tipo de estudio o investigación más que nada descriptivo, que es aquél perfil de investigación que “consiste en describir un fenómeno o una situación, mediante el estudio del mismo, en una circunstancia temporal y espacial determinada” (Scribano, 2002, pág. 23).

Una vez que se ha dado a conocer el tipo de estudio a utilizar, se dará a entender cuál será la estrategia metodológica a utilizar. En este caso será la “investigación cualitativa” puesto que no se cuenta con los recursos necesarios para profundizar una investigación de tipo cuantitativa

### JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL TEMA

Siendo que Argentina adhirió a los avances efectuados por el derecho comparado y, que ha incorporado al ordenamiento sustantivo mediante ley nacional N° 26.742 la cuestión relevante, objeto de nuestro trabajo, es dable mencionar que nos resultó sumamente fructuoso efectuar un análisis crítico de las fortalezas y debilidades del plexo normativo en concordancia con la realidad de nuestro país.

Se procedió a analizar cada artículo de la normativa nacional a fines de encontrar las deficiencias de la misma en contraste con el mayor bien tutelado por nuestra Ley Fundamental como es la vida.

## CAPITULO 1:

### **La muerte en el Ordenamiento Jurídico Argentino**

*“Si quieres soportar la vida, has de estar dispuesto a aceptar la muerte”*

*Sigmund Freud.*

El reconocimiento de la muerte y la búsqueda de signos inequívocos para certificarla, han ido modificándose con el correr del tiempo, centrándose en un problema permanente de la comunidad médica y amoldándose acorde a los avances tecnológicos relacionados con el área de la salud.

Tal es así que en 1968, el Comité Ad Hoc de la Escuela de Medicina de la Universidad Harvard elaboró una nueva definición de muerte, basado en la irreversibilidad del daño cerebral, el cual denominó “muerte encefálica”, como resultado de los prolongados estados de coma de los pacientes, producto de la avanzada tecnología utilizada en las unidades de terapia intensiva (Gorra, 2010, pág. 835).

La importancia de que la muerte como hecho jurídico esté determinada clínicamente es fundamental para el derecho, ya que es necesario para poder establecer los diferentes efectos jurídicos que de ella derivan (patria potestad, apertura del derecho sucesorio, extinción del matrimonio, derechos esenciales, etc.).

Durante mucho tiempo se consideró como criterio rector para determinar la muerte, el cese de las funciones cardiorrespiratoria. Este concepto “tradicional de muerte”, hace referencia a que la vida cesaría cuando “el corazón deja de funcionar y se interrumpen los latidos y la respiración se corta”, es decir “el cese irreversible de las funciones vitales del organismo” (Best & Taylor, 2003, págs. 148-151).

En Argentina este criterio rigió hasta mediados del siglo xx, luego que surgieran ciertas situaciones nuevas como, lesiones neurológicas irreversibles, ausencia de

actividad electroencefalográficas, el estado de coma persistente, entre otros, que hicieron necesario implementar modernas tecnologías aplicadas en terapia intensiva que permitieron a través de “procedimientos de sostén de las funciones vitales mantener viable el funcionamiento de los órganos del cuerpo en forma artificial luego de la destrucción irreversible de estructuras encefálicas”. Es así que se comienza a elaborar un nuevo concepto de muerte, denominado “muerte cerebral” (Best & Taylor, 2003, págs. 148-151).

Concretamente en nuestro ordenamiento jurídico es a partir de la sanción de la ley Nacional N° 21.541 de trasplantes de órganos (1977), que se incorpora una definición legal de “muerte”, la cual establecía en su art. 21, que la misma consistía en “el cese total e irreversible de las funciones cerebrales”.

Cabe aclarar que esta concepción sobre la muerte solo tenía la finalidad de ser aplicada a los fines de trasplantes de órganos y por ello no resultaba un concepto único para todo el derecho.

Luego la normativa es modificada por la ley Nacional 23.464 (1987) estableciendo el concepto de muerte como “la cesación total e irreversible de las funciones encefálicas cuando hubiese asistencia mecánica”.

Finalmente en 1993, surge la ley Nacional N° 24.193 de Trasplantes de Órganos y Tejidos Anatómicos y su decreto reglamentario N° 512/95, la cual determina el momento que señala el fin de la existencia de la persona humana, estableciendo las bases para el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos, determinando el cese irreversible de las funciones del encéfalo y los signos médico legales requeridos para su certificación.

El art. 23 de la norma establece respecto al concepto de muerte que: “el fallecimiento de una persona se considerará tal, cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta:

- 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 adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Ambiente con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

La verificación de los signos referidos en el inciso d) no será necesaria en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible”.

Estas circunstancias son las que habilitan a proceder a la donación de órganos y fijan en la actualidad, para todo el Ordenamiento Jurídico Argentino los parámetros para determinar el fallecimiento de una persona, quedando incorporado a lo establecido previamente por el Código Civil en el art. 103 el cual reza que “termina la existencia de las personas con la muerte natural de ellas”.

Asimismo como complemento de la ley vigente, existen normativas médicas que brindan un apoyo técnico a la misma, las cuales son incorporadas en el Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos, aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación. (Resolución 34/98), en el cuál se detalla la metodología a implementar para la certificación del fallecimiento.

En síntesis queda claro que en la actualidad el criterio médico – legal predominante para poder determinar cuándo una persona deja de existir es el concepto de “muerte encefálica” adoptado por la ley Nacional N° 24.193 de Trasplantes de Órganos y Tejidos Anatómicos, el cual consiste como fue desarrollado con anterioridad en un estado irreversible en el que el paciente no tiene posibilidades de vivir y sus funciones vitales se mantienen sólo con la ayuda de medios artificiales.

Sin embargo es necesario aclarar que surgen algunas controversias para determinar cuándo estamos ante un caso de este tipo, es decir de “muerte encefálica”, ya que no existe uniformidad con respecto a los criterios y prácticas médicas adoptadas para tal fin. En este sentido cabe destacar también que la muerte encefálica no es una situación equivalente a otros conceptos similares utilizados en las prácticas médicas, como son el coma profundo y el estado vegetativo persistente, considerando en estos últimos dos casos, que la persona está viva (INCUCAI, 2013).

## **1.2 Muerte digna, eutanasia, suicidio asistido y encarnizamiento terapéutico:**

La muerte digna consiste, según lo establecido por la nueva normativa vigente en nuestro país (Ley Nacional 26.742, art. 2), en el derecho de una persona que se encuentra en “estado terminal o incurable de salud”, de poder decidir de manera voluntaria, someterse o no a recibir un tratamiento que prolongue su vida de manera innecesaria, evitando en lo posible el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios que prolonguen la vida, provocando sufrimientos desmesurados en casos que presenten una condición irreversible.

En términos más generales, sería el derecho a morir dignamente, asistida con todos los alivios médicos adecuados cuando se tiene certeza que la ciencia médica ya no puede curar una enfermedad, evitando prolongar una agonía o un sufrimiento innecesario<sup>1</sup>.

Teniendo una idea sobre lo que en nuestro país se denomina “muerte digna”, es preciso realizar una breve distinción con otros conceptos que presentan algunas características similares, como son la eutanasia y el suicidio asistido, referidos también al momento de finalizar la vida, pero con diferentes alcances significativos.

En cuanto a los términos eutanasia y suicidio asistido implicarían facilitar la muerte del paciente, es decir, inducir la muerte, adelantar el final, mientras lo que la ley sobre muerte digna propone es no prolongar una agonía desde cierto punto de vista innecesario y tortuoso para el ser humano.

La Real Academia Española define a la eutanasia como “acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él”.

Al hablar de actos de “acción u omisión” aplicados a la eutanasia, ha llevado a distinguir dos tipos o modos de aplicarla, en su caso sería una eutanasia activa y una eutanasia pasiva respectivamente. La primera hace referencia a un acto directo orientado a poner fin a la vida (por ej. introduciendo al enfermo en su cuerpo alguna sustancia que

---

<sup>1</sup> - Los alcances y características de la ley se describen con mayor profundidad en el capítulo 2.

termine con su vida), y en la segunda, eutanasia pasiva, hace referencia a una acción por omisión de utilizar los medios necesarios que pudieran prolongar la vida del paciente de manera artificial (por ej. dejar de suministrar un medicamento, quitar un respirador artificial, etc.) (Farias, 2007; pag. 33 a 37).

En cuanto al suicidio asistido, éste se relaciona vagamente con la eutanasia y consiste en que es el mismo paciente el que solicita los medios o conocimientos a un tercero, para poder terminar con su propia vida. En este caso el paciente no se ve impedido de poder actuar y terminar con su existencia y la intervención del tercero es necesaria para proporcionarle el conocimiento para poder llevar a cabo su propósito, un ejemplo sería indicar medicamentos letales (Farias, 2007; pag. 33 a 37).

La nueva ley vigente en nuestro país (26.742), denominada de “Muerte Digna”, no implica la legalización de la eutanasia ni el suicidio asistido.

Claramente surge del mismo texto de la ley (art. 11) que no se despenaliza la “eutanasia”, ni el “suicidio asistido”, conceptos estos que implican facilitar, adelantar o inducir la muerte del paciente y que se encuentran tipificados con penas punibles de prisión en nuestro Código Penal Argentino<sup>2</sup>. De allí que resulta importante tener en claro la distinción de estos conceptos.

En cuanto al encarnizamiento terapéutico, consiste en aplicar al paciente en estado terminal tratamientos que resultan inútiles desde el punto de vista terapéutico, y cuya finalidad es solo prolongar artificialmente la vida del paciente.

Muchas veces se equipara a estas prácticas con situaciones graves en las que los enfermos son utilizados como experimentos de la medicina, violando todo tipo de límites éticos impuestos a los agentes de salud.

También se menciona que el encarnizamiento terapéutico, viola el principio de proporción entre “costes y beneficios, puesto que exige esfuerzos y gastos

---

<sup>2</sup> - Artículo 79: “se aplicará reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro, siempre que en este código no se estableciera otra pena”.

Artículo 83: “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”.

desmesurados para un mínimo resultado, como es, el conservar la vida por un breve periodo de tiempo y en unas condiciones ínfimas” (Pizzolo, 2012).

En este sentido debe tenerse en cuenta que si bien los avances del ámbito de la ciencia médica han llegado a logros antes inimaginables, entre ellos prolongar la vida de manera artificial, en algunas circunstancias estos procedimientos son aplicados de manera inapropiada o desproporcionada, persiguiendo otros objetivos, que no son los impuestos éticamente a la medicina, entre ellos promover la salud y proporcionar una mejor calidad de vida, entre otros.

Puede considerarse entonces que la ley de muerte digna intenta situarse en un punto medio entre la eutanasia y lo que sería su punto extremo, el encarnizamiento terapéutico, ambos constituyen actividades contrarias a la ética para la norma en cuestión.

Cabe traer a colación las palabras del Papa Juan Pablo II al manifestar que (Juan Pablo II, 1995):

“Debe distinguirse la eutanasia del encarnizamiento terapéutico. Existen ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser demasiado gravosas o desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar. No sirve la prolongación precaria y penosa de la existencia. Su renuncia expresa la aceptación de la condición humana ante la muerte”.

Además de estas palabras de reflexión, es preciso recordar que fue el mismo Juan Pablo II, quien en pleno uso de sus facultades mentales, decidió tener una muerte digna, sin tecnologías, aceptando los límites de determinadas acciones humanas.

### **1.3 Legislación comparada (Clarín, 2012):**

En el plano internacional se distinguen los distintos sistemas o modo de finalizar la vida que venimos desarrollando y resulta útil mencionar la situación de algunos países en particular:

**-España:** el Consejo de Ministros de este país aprobó un anteproyecto de ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, llamada “ley de muerte digna”.

Esta ley pretende garantizar los derechos de los pacientes en situaciones terminales, así como brindar seguridad jurídica a los profesionales de la salud que los atienden. En su etapa final, “fase terminal o agonía, en la que los médicos ya descartan de forma clara que vaya a haber expectativas de curación” el enfermo tendrá derecho a decidir el tratamiento que reciba, mientras que los médicos deberán respetar la voluntad del paciente y no se les podrá exigir responsabilidad. Al igual que Argentina, la norma no legaliza la eutanasia, ni el suicidio asistido.

Andalucía fue la primera comunidad autónoma española en regular el derecho a una muerte digna, seguida por Aragón y Navarra.

**-Uruguay:** aprobó en marzo de 2009 una ley de muerte digna (ley 18.473), en la que los pacientes aptos psíquicamente pueden prescindir de tratamientos médicos o de aparatos que los mantengan con vida.

El artículo 1º de la normativa vigente en el vecino país, expresa que "toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros".

**-México:** a partir del año 2008, el senado aprobó la ley de muerte digna, que implica la suspensión de todo tratamiento que pretenda prolongar inútilmente la vida del enfermo.

**-Colombia<sup>3</sup>:** es el primer país de América latina en aprobar la eutanasia en 1997, se despenaliza la aplicación de la muerte “a pedido” por parte de un médico. En este año la Corte Constitucional colombiana despenalizó el homicidio por piedad que hasta

---

<sup>3</sup> - En 1997, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-239, había declarado exequible el artículo 326 del Código Penal de 1980 sobre “homicidio por piedad”, y había exhortado al Congreso a regular el tema de la muerte digna “en el tiempo más breve posible”, “con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podía derivarse responsabilidad para el sujeto activo, pues la conducta (homicidio pietístico o eutanásico) quedaba justificada”(Pinto, 2012).

entonces se sancionaba con prisión de “seis meses a tres años”. Se considera que en el caso de los enfermos terminales que expresen su voluntad libre de poner fin a su vida, no puede derivarse responsabilidad para el médico.

Si bien se permite la eutanasia desde el año mencionado, no existía una reglamentación expresa en el tema, es por ello que actualmente se aprobó un “proyecto de ley estatutaria sobre “terminación de la vida en una forma digna y humana y asistencia al suicidio”, que pretende reglamentar las prácticas de la eutanasia y el suicidio asistido en este país.

**-Holanda (2001), Bélgica (2002) y Luxemburgo (2008):** Estos países europeos son los únicos en contemplar de manera abierta la práctica eutanásica, como un acto libre y legal.

**-Estados Unidos:** tres son los estados, Oregón (1994), en un primer momento legalizó el suicidio asistido, luego fue declarada inconstitucional, pero fue aprobada nuevamente en el año 1997. Washington (2008) y Montana (2009), también legalizaron el suicidio asistido.

Otros países a tener en cuenta son:

**-Australia (norte):** en 1995, se legalizó la eutanasia voluntaria, mediante los derechos de los enfermos terminales, tuvo una vigencia de nueve meses, hasta que fue declarada ilegal por el Senado australiano (AFDMD, 2013).

**-Israel:** La ley de eutanasia (pasiva) aprobada en el año 2005, establece que “los enfermos terminales mayores de 17 años que puedan expresar su voluntad tendrán derecho a pedir que no se les extienda la vida”, también legisla sobre el caso de menores de edad, dejando a sus padres la decisión de la suspensión de un tratamiento pero supeditando la decisión a la conformidad del menor en el caso de que se encuentre en condiciones de opinar al respecto.

La ley no permite en ningún caso la eutanasia activa, tampoco contempla el estado de los pacientes en estado vegetativo.

Actualmente este país debate la eutanasia (activa), luego de un caso públicamente conocido, en el que un médico, Mordejai Shtalrid, mató a su hija Keren

Shtalrid de 34 años, que padecía un cáncer terminal para aliviarle sus sufrimientos y luego se suicidó.

**-Suiza:** en este país la eutanasia es un “delito”, pero no el auxilio al suicidio. El único requisito es que detrás de la actuación de quien ayuda “no haya ninguna motivación egoísta ni de tipo personal o económico”, ya que estas intenciones están penadas por el Código Penal de esa nación.

Este país cuenta con organizaciones voluntarias que dan apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio, entre ellas EXIT, AMD y DIGNITAS. En este tipo de clínicas, conocidas públicamente como “turismo de la muerte”, se reciben pacientes terminales o incurables que buscan un lugar en los que se los asesoren y se les facilite la medicación necesaria para poner fin a sus vidas (AFDMD, 2013).

**-Italia:** si bien en este país la eutanasia está prohibida, la justicia italiana autorizó en el 2008 la muerte digna de una joven que hacía 16 años se encontraba en estado de “coma”.

Este fallo favoreció la petición de Beppino Englaro, padre de una joven que estaba en coma desde 1992, a razón de un accidente automovilístico, y que desde ese momento era alimentada a través de una sonda artificialmente que la mantenía con vida.

**-Portugal:** en la legislación de este país, tanto la eutanasia, como el suicidio asistido están considerados como delitos. Sin embargo queda permitido a través del código demonológico de los médicos, la interrupción en casos de muerte cerebral o a petición del enfermo de “la utilización de medios extraordinarios para mantener la vida”, pero asentando que en ningún caso puede interrumpirse la hidratación y la alimentación administradas artificialmente.

## CAPITULO 2:

### Ley de Muerte Digna en Argentina

*“El morir con dignidad es una cuestión que pone en juego distintos valores y que reclama por el respeto de varios derechos. Pero este respeto no significa que haya que sostenerse la vida biológica como fin en sí misma sino como condición necesaria aunque no suficiente para garantizar esa dignidad” (Tealdi, 2011).*

#### **2.1. Aspectos generales de la Ley Nacional n° 26.742:**

La Ley Nacional N° 26.529, “Ley de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud”, vigente en nuestro país desde el año 2009, regula en forma integral los Derechos del Paciente, Historia Clínica y consentimiento Informado”. Esta norma, de orden Público y con alcance general es modificada por la Ley 26.742 en el año 2012, con el fin de acentuar los derechos de la persona humana relacionadas con el buen morir. Puntualmente se incorpora a nuestro ordenamiento jurídico modificando a los artículos 2°, 5°, 6°, 10° y 11° de la ley de Derechos de los Pacientes (N°26.529), y agregando un artículo a la misma ley, el 11° bis, y un inciso al artículo 7°.

Concretamente en nuestro país la ley vigente (26.742) y su decreto reglamentario 1089/12, tiene la finalidad de proteger la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, asegurar la autonomía del paciente y el respeto a su voluntad, concediendo al enfermo terminal, la posibilidad de “aceptar o rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación y reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado”. En consecuencia, podemos decir que la ley otorga a través de un derecho concreto, la posibilidad de elegir continuar o no artificialmente con la vida cuando no se tiene perspectivas reales de mejoría.

La Diputada Nacional Vilma Ibarra durante el debate sobre el Proyecto de la Ley en el año 2011, expresó: “...Se trata de vivir el tiempo que a uno le resta del modo y con la dignidad que uno elige, evitando el encarnizamiento médico y tratamientos fútiles que simplemente tienden a prolongar un estadio terminal o irreversible por métodos artificiales que a veces las personas rechazan...” (Gil Dominguez, 2013, pág. 9 a 11).

En este contexto el legislador intenta afianzar los derechos personalísimos de los enfermos terminales, reforzando de esta manera la interpretación que la Jurisprudencia Argentina venía sentando con respecto a la importancia de la autonomía de la persona en el área de la salud.

Es importante aclarar que las disposiciones relativas al rechazo de tratamientos médicos y limitación al esfuerzo terapéutico estaban ya contemplados en el ordenamiento jurídico argentino<sup>4</sup>.

Puntos centrales de la norma:

- Evitar la prolongación artificial de la vida, en las circunstancias que determina la ley.
- Evitar el encarnizamiento terapéutico.
- Respetar la autonomía de la voluntad del paciente o la de sus familiares en las condiciones que lo establece la ley.
- Mejorar la relación médico – paciente.
- Garantizar la no responsabilidad médica, tanto desde un ámbito Civil, Administrativo y/o Penal.
- Evitar la judicialización de las decisiones de los pacientes o de sus familiares.
- No despenaliza la eutanasia.

---

<sup>4</sup> - Art. 19 de Nuestra Constitución Nacional, y en su arts. 14° y 33°, que explícitamente protegen las libertades individuales; “el derecho a la libertad de conciencia”, “libertad de culto”, “el derecho de la inviolabilidad de la persona”, también encontraba protección jurídica en la ley de Ejercicio de la Medicina (Ley 17.132) y la Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529).

## **2.2. Características de la ley de muerte digna: aspectos positivos y negativos:**

### **2.2.1. Autonomía de la voluntad:**

La sanción de la ley Nacional N° 26.742 procura un avance en el reconocimiento de la autonomía de las personas y dignidad de los pacientes, otorgando la posibilidad de decidir cómo vivir nuestra propia vida e incluso el modo de concluirarla.

Este principio de “autonomía”, encuentra garantía constitucional en el art. 19 de nuestra Carta Magna, precepto que pone límite al Estado otorgando al individuo un ámbito de libertad sobre su propia persona, pudiendo de esta manera tomar decisiones sobre su vida, siempre y cuando sus actos no afecten a la moral, al orden público ni perjudiquen a terceros<sup>5</sup>.

De esta forma la nueva ley modifica el inciso e) del artículo 2° de la Ley 26.529, Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, quedando redactado de la siguiente manera:

*e) Autonomía de la 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.*

La Ley prioriza el principio de “autonomía de la voluntad” al señalar que “el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causas, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”.

De esta manera la norma establece las condiciones dentro de las cuales el paciente puede ejercer este derecho, y son las siguientes:

- Que el paciente presente una “enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”.
- Debe estar previamente informado de forma fehaciente.

---

<sup>5</sup> - Artículo 19 C.N: “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 (...)”.

- Siempre y cuando al rechazo de estos procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación<sup>6</sup>, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado".

Se entiende que el propósito de reafirmar y reforzar este derecho, surge con el principal fin de otorgar mayor seguridad jurídica al actuar de los profesionales de la salud, que en numerosas ocasiones, por temor a juicios de mala praxis, no respetaban el derecho al rechazo de tratamientos, en casos que resultaban de una complejidad no muy usual y que cada vez fueron presentándose con mayor frecuencia.

Entre los casos más controvertidos podemos mencionar a los Testigos de Jehová, con su negativa a recibir transfusiones de sangre amparados en razones de interpretaciones religiosas<sup>7</sup>.

Si bien existieron numerosos casos en los que los jueces han fallado en contra de los requerimientos de los testigos de Jehová, (ej. G., C. L. c. Mediconex S.A. y otros, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala I, 31/05/2007; 1º Instancia en lo Criminal y Correccional n° 4 de Lomas de Zamora, 30/01/96, "Olga D.", doctor Roberts; 1º Instancia en lo Correccional n° 3 La Plata, 22/12/92, "Cayetan P.", doctor Castelli entre otros), es destacable mencionar algunos casos que marcaron un precedente más que importante en nuestra sociedad, donde claramente se privilegió el principio de "autodeterminación", entre otros principios (soportes de conductas

---

<sup>6</sup>-La modificación al artículo 2 de la ley 26.529 incluye la siguiente frase: "También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable".

<sup>7</sup>- Quienes profesan esta religión hacen una interpretación textual de la Biblia. Plantean que está permitido comer animales y verduras pero, dado que es la sangre la que da la vida, no debe ingerirse bajo ninguna circunstancia. En el Levítico, uno de los libros bíblicos del Antiguo Testamento, se citan las palabras de Dios: "Yo me volveré contra el que come la sangre, y lo exterminaré de entre su pueblo; porque la vida de la carne está en la sangre". En ese sentido, lo que los Testigos de Jehová plantean es que las transfusiones son una manera de ingerirla, por lo que está severamente condenado cualquier tratamiento que involucre recibir sangre ajena (Robba, 2012).

autorreferentes, intimidad, disposición de sus propios actos y obrar, de su propio cuerpo, de su propia vida, de cuanto les es propio).

Estos leading case en cuanto al “rechazo de tratamientos” o “trasfusiones de sangre completa” que sentaron un precedente importantísimo en la materia, son en primer lugar el caso “Bahamondez”, dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación con fecha 06/04/1993, donde se hizo a lugar a las pretensiones de un paciente, Marcelo (testigo de Jehová), el cual se negó rotundamente a recibir una trasfusión de sangre fundado en motivos religiosos. El caso fue llevado a la justicia, pero antes de tener una sentencia firme el paciente se recuperó, tornando de esta manera la causa en una cuestión abstracta, sin embargo con el fin de sentar un precedente, el Tribunal, se expidió favorablemente al paciente, expresando: “que debe respetarse la voluntad del paciente, invocando el respeto por la persona humana, reconociendo el señorío sobre su vida, cuerpo, identidad, honor, intimidad y creencias trascendentes”.

También cabe mencionar en esta oportunidad el caso “Albarracini” (Albarracini Nieves, Jorge Washington s/medidas precautorias –CSJN- 01/06/2012), mediante este fallo de la Corte Suprema de Justicia reitera la jurisprudencia anterior en el caso Bahamondez. Pablo Albarracini, quedó en un estado de coma luego de haber sido herido de bala en un intento de robo (cinco balazos en su cuerpo y uno en su cabeza), necesitaba urgente una trasfusión sanguínea, a la cual su esposa, se negó, basándose en directivas anticipadas del paciente, fundadas en su religión (también testigo de Jehová). El padre, José Albarracini, privilegiando la vida de su hijo por sobre la religión presentó una medida cautelar para que los médicos llevaran a cabo la trasfusión, la cual fue negada, debido a la clara directiva firmada años antes por el propio paciente que se negaba a todo tipo de trasfusión, incluso si era el único medio de salvarle la vida.

Otro fallo modelo en cuanto al rechazo de tratamientos, fue el conocido caso “Parodi” (Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional N°3, Mar del Plata, setiembre 18 de 1995.- “Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata s/Presentación”), este consistió en que un paciente, Ángel Fausto Parodi, que padecía una diabetes avanzada, se negó rotundamente a ser sometido a la amputación de su miembro inferior izquierdo, que los médicos consideraban necesario para salvarle la vida, habiendo sido ya sometido dos meses antes a la amputación de su pierna derecha. Fue así que la dirección del hospital en que se

encontraba internado efectuó una presentación judicial y el fallo dictado por el juez Pedro F. Hooft convalidó el derecho del paciente a oponerse a la amputación argumentando que debía respetarse la libertad del enfermo, como así también su intimidad y privacidad indicando que el “valor vida contra la voluntad del propio paciente, no podía prevalecer frente al principio de la dignidad del ser humano”. Su fallo fue a favor del respeto de la voluntad del paciente, indicando además que debían proveerse todas las medidas de “cuidados paliativos” al mismo.

En concreto la ley al reafirmar el derecho de autodeterminación sobre el final de la propia vida, constituye claramente un avance importante en materia de salud y es considerado un aspecto positivo de la norma, ya que refuerza un derecho que la misma jurisprudencia venía reclamando.

Con esto también queda claro que se descarta la posibilidad del paternalismo médico que rigió durante décadas, donde las decisiones sobre los procedimientos terapéuticos eran tomadas solo por el equipo de salud, en situación de absoluta asimetría.

Sin embargo, es importante aclarar, que surgen algunas paradojas con respecto a la autonomía de la voluntad, cuando la persona está incapacitada de brindar su propio consentimiento, es decir cuando un paciente no está en pleno uso de sus facultades jurídicas y/o mentales.

Estos casos particulares, contemplados por la norma, dependen de decisiones objetivas tomadas por terceros, y no resulta un criterio suficiente para resolver las distintas situaciones vinculadas con el fin de la vida, generando de esta manera una suerte de tensión entre ambos derechos.

La autonomía de la voluntad en el consentimiento por representación, será analizada con mayor profundidad en el próximo capítulo, pero cabe mencionar que dentro de estos casos particulares de la norma, podemos mencionar dos situaciones:

- 1- Las personas que por algún motivo no pueden expresar su voluntad (ej. una persona en estado vegetativo).
- 2- Las personas que no pueden expresar su voluntad por la falta de discernimiento y madurez (ej. este tipo estaría representado por un menor de edad).

### **2.2.2. Consentimiento informado:**

La reforma agrega al art. 5 de la ley, los requisitos del consentimiento informado, la obligación del médico de informar el derecho a la “muerte digna” y a los cuidados paliativos. Implica la “obligación” para los médicos de tener el consentimiento informado del paciente (o de sus familiares), es decir la manifestación de voluntad luego de recibir la información precisa, clara y adecuada sobre su salud, el procedimiento médico propuesto, los beneficios y los riesgos, las consecuencias de no cumplir con dicho procedimiento y el deber que tiene a rechazar o aceptar el tratamiento.

La ley establece, que la decisión del paciente o de sus familiares deberá estar firmada por escrito, tanto si acepta o rechaza un tratamiento para prolongar la vida y que, además, el paciente podrá revocar su decisión cuantas veces considere necesario.

El inciso f) agregado al art. 7° de la ley, establece que esa información deberá ser probada “por escrito en un acta, que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto”<sup>8</sup>.

El art. 10 reformado por la ley, establece, que en caso de rechazo de tratamientos, el profesional deberá “acatar tal decisión”, asentarla en la historia clínica y adoptar “todas las formalidades que resulten para acreditar fehacientemente tal manifestación de la voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica”.

Si bien es importante aclarar que anterior a la reforma, dichos requisitos ya eran obligatorios, con excepción del inc. g) y h) de la misma, resultando lo más destacable en este caso, la acreditación fehaciente que obliga a la intervención del escribano o juez.

---

<sup>8</sup> - Art. 7, inc. f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

-Art. 5, inc. g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación, cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

Dentro de este punto también es necesario estudiar qué establece la ley, con respecto a la incapacidad o imposibilidad de brindar el consentimiento informado, y en este sentido la norma modifica el art. 6 (ley 26.529), estableciendo que podrá ser dado por las personas mencionadas en la ley de trasplantes de órganos y materiales anatómicos (ley 24.193), con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Estos requisitos consisten en “dar testimonios sobre la voluntad del difunto” y en caso de contradicción entre personas de igual prelación (ej. entre dos hermanos), se presumirá la voluntad de donar. Esto lleva a preguntarnos, si es lo mismo legislar y decidir sobre la disponibilidad de los órganos de un cadáver, que sobre la vida y la muerte de quien aún se considera con vida y en su caso ¿es legítimo la plena disponibilidad de la vida ajena (representación presunta), entendida esta como un derecho personalísimo? Por la complejidad que el tema implica, es tratado con mayor profundidad en el capítulo 3 de este trabajo.

A modo de otorgar una conclusión parcial, considero que este punto genera una cierta ambigüedad en la norma sobre cómo calificar la “imposibilidad de brindar el consentimiento informado”. Tampoco deja en claro que criterios rigen la toma de decisiones de los familiares, en caso de enfermos terminales incapaces o imposibilitados.

### **2.2.3. Directivas anticipadas (art. 11, ley 26.742):**

La ley establece este derecho como un acto voluntario y de libre elección, sosteniendo que las personas mayores de edad (con lucidez mental), que prevean la posibilidad de futuras incapacidades, pueden dejar documentada su voluntad a través de “directivas anticipadas” que deberán contar con la aprobación del médico a cargo. La expresión de la voluntad debe realizarse por escrito ante un escribano o en juzgado de primera instancia con la presencia de dos testigos. Además la norma otorga la facultad al paciente, de poder revocar o modificar su decisión en cualquier momento.

Si bien la posibilidad de firmar directivas anticipadas existe desde 2009 (Ley 26.529), la norma de “muerte digna” agrega al art. 11 de la misma ley, que la declaración debe formalizarse ante escribano público o en un tribunal de primera instancia frente a dos testigos.

Considero a mi criterio, que conocer la voluntad del paciente en momentos que implican tomar decisiones controvertidas y/o complicadas sobre la vida de una persona, sobre todo para los especialistas de la salud constituye un punto de la ley sumamente positivo, no obstante creo que la reforma peca de exceso de formalismo a la hora de realizar la directiva, constituyéndose en un obstáculo en el ejercicio del derecho.

Podría implementarse como opción, que las mismas instituciones médicas ofrecieran el trámite para facilitar este derecho y de este modo ofrecer mayor rapidez y agilidad al mismo, tal como se viene llevando a cabo en el Cemic y en el hospital Italiano<sup>9</sup>, donde las directivas son realizadas en la misma institución y luego se incorporan a la historia clínica de cada paciente.

Cabe agregar además, que si bien los niños y adolescentes (entre 14 y 18 años), quedan excluidos por la ley, en cuanto a poder firmar directivas anticipadas, es importante aclarar que poseen sin embargo el derecho a ser oídos, a tener una práctica activa, aunque no vinculante, donde expresen su autonomía progresiva en actos autorreferenciales que privilegien sus derechos personalísimos (art. 2 ley 26.742).

Entre algunos fallos que pueden considerarse un precedente importante en materia de directivas anticipadas podemos mencionar:

-Caso “G., C. L.” (G.C.L. c. Mediconex S.A. y otros, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala I, 31/05/2007) donde la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala I, dio lugar a un pedido de resarcimiento por daño moral de la señora C.L.G., quien había dejado expresamente manifestado a través de la historia clínica su negativa a recibir transfusión sanguínea, basadas en su religión, la cual no fue respetada por los especialistas de salud. El fallo determinó que en el caso había existido una violación a los términos de esa negativa del paciente, lo que determinó la existencia de un cumplimiento contractual, y en consecuencia, la obligación de resarcir el daño moral sufrido por el paciente<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> - El Hospital desarrolló un programa para facilitar a sus pacientes el dictado de las Directivas Anticipadas, que puede realizarse en el momento que cada uno crea oportuno. Podrá conversarlo con su médico tratante y pedirle a él el formulario correspondiente.

<sup>10</sup> - El Tribunal manifestó en oportunidad de dictar el fallo que “el respeto de la autonomía del enfermo se ha ido convirtiendo en un principio rector de las relaciones médico-paciente y a partir del conocido caso "Bahamondez" resuelto por nuestra C.S.J.N. el 6 de abril de 1993, la

- Caso “M”(M s/ Acción de Amparo, Juzgado en lo Criminal y Correccional de Transición n° 1 Mar del Plata, el 25 de Julio de 2005), con intervención del Juzgado en lo Criminal y Correccional de Transición N° 1 de Mar del Plata. La señora “M”, había expresado mediante instrumento público frente a escribano su voluntad de “no someterse a ninguna práctica que prolongue su vida en forma artificial por medio de procedimientos médicos invasivos y a permanencia.” Al padecer una enfermedad degenerativa de sus neuronas motoras del sistema nervioso central, fue perdiendo su capacidad de poder expresar su voluntad de manera espontánea, fue entonces cuando su marido promovió una acción de amparo para hacer valer la directiva anticipada, claramente dejada por su esposa. En este sentido el tribunal estableció que “deberán ser respetadas a futuro las directivas anticipadas o "acto de autoprotección" instrumentadas mediante actuación notarial, expresamente ratificadas a través de diversas actuaciones judiciales cumplidas en estos autos, y en cuanto la Sra. M. manifiesta su oposición a intervenciones invasivas que impliquen "medios artificiales a permanencia", con especial referencia a un respirador mecánico e hidratación y alimentación por tubo, en el contexto de la evolución irreversible de la enfermedad que padece”.

#### **2.2.4. Cuidados paliativos:**

La ley establece que “en todo los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos extraordinarios no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”, este es justamente el significado de los “cuidados paliativos”, estos tratamientos deben proporcionar el mayor alivio posible al paciente en el proceso considerado inevitable de su muerte, tanto desde un aspecto físico como psíquico de ser posible, sin proponer acortar ni alargar la vida, solo controlando y aliviando el dolor, para proporcionar una mejor calidad de vida, en el último momento de la misma.

---

jurisprudencia mayoritaria admite la objeción a la transfusión de sangre, presentada por pacientes mayores de edad y capaces, fundada en razones religiosas o en la prerrogativa según la cual es posible disponer del propio cuerpo, de la propia vida, y de cuanto le es propio, y esa negativa anticipada resulta obligatoria para sus familiares y médicos y merece respeto y acatamiento (Reyes, 2011, pág. 11).

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos en su estatuto, establece que "los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan. Se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte."(EAPC-Onlus, 2011).

Juan Carlos Bacha, profesor de psiquiatría de la Universidad Nacional de Cuyo, expresó que "ante la presencia de pacientes terminales que sufren dolores intensos, es una obligación del profesional aliviarlos" (Mateos, 2012).

Constituye este punto de la norma un aspecto sumamente positivo y necesario, ya que impone un cierto tipo de respeto hacia el paciente, tendiendo a asegurar en la medida de lo posible, una vida digna hasta el último momento.

Considero importante agregar en cuanto a los cuidados paliativos es que este derecho ya reconocido legalmente, debería estar garantizado de manera fehaciente en todo el territorio argentino, ya que con seguridad no todos los hospitales del país pueden ofrecer este tipo de cuidados.

En este sentido el propio Ministerio de Salud afirma que (INC, 2013):

"Tiene que ocuparse un equipo que está formado, en general, por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales. Hay equipos de distinta naturaleza y de distintas aptitudes. Pero el equipo básico está formado por un médico y un enfermero, y en este equipo básico el trabajo es interdisciplinario, es decir que el médico no solamente se va a ocupar de todos los aspectos físicos del paciente, sino también del impacto de estos problemas en él y en su familia".

### **2.2.5 Exención de responsabilidad:**

La norma incorpora el art. 11 bis a la ley 26.529 para establecer que ningún profesional interviniente que haya obrado conforme a la ley estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa derivada del cumplimiento de la misma.

Este punto resulta un tanto innecesario, ya que si la norma está determinando lícitas determinadas conductas o actos, está demás decir que no pueden ser penalizadas.

De todas maneras cabe agregar, que no obstante la nueva disposición, no se modificó el art. 21 de la ley 26.529, lo cual puede traer algunos inconvenientes a la hora de armonizar ambas disposiciones, generando una difícil tarea interpretativa.

El art. 21° de la ley 26.529 reza: *“sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas”*.

María Angélica Gelli (2012, págs. 4 a 5), manifiesta que “la armonización entre ambas disposiciones será ardua porque, ya se sabe, en uso del acceso a la jurisdicción consagrado en el art. 18<sup>11</sup> de la Constitución Nacional y en los arts.<sup>12</sup> 8 y 25 de la Convención Americana de Derechos Humanos, los eventuales afectados podrán reclamar por el “obrar en desacuerdo con las disposiciones de la ley de la reforma de Derechos del Paciente” o “por incumplir la ley de derechos del paciente”.

---

<sup>11</sup> - Art. 18. CN - Ningún habitante de la Nación puede ser penado sin juicio previo fundado en ley anterior al hecho del proceso, ni juzgado por comisiones especiales, o sacado de los jueces designados por la ley antes del hecho de la causa. Nadie puede ser obligado a declarar contra sí mismo; ni arrestado sino en virtud de orden escrita de autoridad competente. Es inviolable la defensa en juicio de la persona y de los derechos. El domicilio es inviolable, como también la correspondencia epistolar y los papeles privados; y una ley determinará en qué casos y con qué justificativos podrá procederse a su allanamiento y ocupación. Quedan abolidos para siempre la pena de muerte por causas políticas, toda especie de tormento y los azotes. Las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas, y toda medida que a pretexto de precaución conduzca a mortificarlos más allá de lo que aquélla exija, hará responsable al juez que la autorice.

<sup>12</sup> - Arts. 8 y 25 CNDH. Establece las Garantías judiciales y Protección Judicial (respectivamente).

### **2.3. Antecedentes Legislativos, Doctrinarios y Jurisprudenciales de la ley de muerte digna:**

Varios fueron los proyectos presentados en el Congreso de la Nación, con la iniciativa de que se permitiera un adecuado tratamiento de las condiciones, los derechos de los pacientes y los deberes de los profesionales de la salud, entre los más notables cabe destacar: el de los diputados Juan Carlos Vega (CC), Cecilia Merchán (Libres del Sur), Carlos Comi (CC), Oscar Olbrieu (FpV), Francisco Fortuna (Córdoba Federal) y Raúl Barrandeguy (FpV). En este sentido es importante agregar que la ley 26.742, surge a partir de la propuesta presentada por los legisladores Miguel Bonasso (Diálogo por Buenos aires), Juan Carlos Vega (Coalición Cívica), Gerardo Milman (Frente Amplio Progresista) y Jorge Rivas (Nuevo Encuentro).

Otro antecedente fundamental lo constituyen dos de las provincias argentinas (Río Negro y Neuquén) que ya legislaban con anterioridad a la nueva ley, sobre el derecho a cada persona a decidir bajo qué condiciones seguir vivas:

- Río Negro (2007), ley B N° 4264<sup>13</sup>:

El fin de la norma es proteger “el derecho a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales”.

La ley fue presentada con tres anexos, en los que define los términos concernientes a enfermedades terminales, los procedimientos médicos para soporte vital, reanimación artificial, sufrimiento inevitable, acciones para controlar síntomas del paciente y un formulario con información médico legal para que el interesado pueda expresar su voluntad.

Esta ley cuya autora de la iniciativa fue la Legisladora Marta Milesi, tampoco autorizó las prácticas eutanásicas.

Ignacio Maglio (abogado y experto en bioética), opinó en su oportunidad lo siguientes sobre la ley (Ortiz, 2008):

“Se trata de una ley confusa, que no garantiza el derecho a la muerte digna con libertad para los pacientes. Está limitada sólo a razones médicas. No tiene en cuenta las

---

<sup>13</sup> - Al final de este trabajo se adjunta en el anexo, pág. 58, el texto completo de la ley N° 4264.

situaciones en que los pacientes quedan en estado vegetativo sin esperanzas de vida. No aclara si los familiares pueden decidir el retiro del soporte vital en esos casos”.

- Neuquén (2008), ley N° 2611<sup>14</sup>:

En el Año 2008 la legislatura de Neuquén aprobó por unanimidad la norma conocida con el nombre de la “Ley de Derechos y Obligaciones de los Pacientes”, convirtiéndose así en la segunda provincia que legalizaba la ley de muerte digna.

La ley contiene alrededor de 17 principios básicos y habilita a los enfermos terminales que tengan plena conciencia de sus actos a decidir su propia muerte.

El inciso 0) del artículo 4 de la ley establece lo siguiente con respecto a los derechos y obligaciones para los pacientes del sistema de salud:

“Considerando que al respeto por la vida corresponde el respeto por la muerte, los pacientes tienen derecho a decidir en forma previa, libre y fehaciente, la voluntad de no prolongar artificialmente su vida a través de medios extraordinarios o desproporcionados y a que se reduzcan progresivamente y/o irremediabilmente su nivel de conciencia”.

La norma, tiene como antecedente principal, un fallo considerado inédito, con fecha 20 de mayo del 2006, donde la jueza Isabel Kohon (titular del Juzgado de familia niñez y adolescencia N° 2), aceptó, haciendo lugar al pedido de los padres, la “muerte digna” de un niño de 11 años que padecía una enfermedad degenerativa y terminal y exigió además “hacer saber a los médicos tratantes que deberá realizar todas las prácticas médicas necesarias consideradas como cuidados paliativos, disponiendo las medidas necesarias a fin de que el paciente no sea privado de confort físico y espiritual, aliviando su sufrimiento y mejorando la calidad de vida remanente, y evitando que el niño ingrese a terapia intensiva infantil a los efectos de recibir tratamiento invasivos” constituyéndose de esta manera en el primer fallo en el país que avaló la “muerte digna” de un menor (Judicial, 2013).

---

<sup>14</sup> - Al final de este trabajo se adjunta en el anexo, pág. 62, el texto completo de la ley N°2611.

En nuestro país podemos considerar que dos fueron los casos que gracias al notable grado de publicidad que alcanzaron y fundado en la lucha de sus familiares, pueden hoy considerarse los impulsores de la ley:

-El caso de “Camila Sánchez”, esta es la historia de una nena que permaneció desde su nacimiento hasta un poco más de los tres años, en un estado de vegetativo permanente, por el resultado de una mala praxis médica en el momento del parto. Frente a esta situación los padres de Camila hicieron público el caso e iniciaron una lucha constante con el fin de que se permitiera desconectar el respirador artificial que mantenía con vida a su pequeña hija (Pérez, 2012).

Luego de una larga lucha lograron que los legisladores atendieran su reclamo y el congreso aprobó la ley de muerte digna, la cual le permitió a los pocos días ser aplicada en Camila, convirtiéndose en el caso que impulsó y estrenó la ley.

-Otro caso importante para la sanción de ley de muerte digna, fue el de “Melina González” que luchó hasta sus últimos días por conseguir una muerte digna. Esta joven falleció en el año 2011, con 19 años de edad y estuvo postrada, con su cuerpo totalmente paralizado durante algunos años a causa de una enfermedad incurable, degenerativa del sistema nervioso llamada “neurofibromatosis”. Luego de su muerte, su madre, Susana Bustamante, siguió apoyando la lucha hasta que se sancionó la ley de muerte digna, día en que recordó las palabras de su hija: “ella me dijo que durar conectada a un respirador artificial no es voluntad de Dios sino el capricho del hombre” y que “cuando una persona llega a un estado terminal e irreversible se debe permitir que acontezca el hecho natural” (Telam, 2012).

## CAPITULO 3:

### **El consentimiento por representación en la ley de muerte digna**

*No creo que lo importante sea si una sociedad puede funcionar sin culpabilidad sino, más bien, si una sociedad puede hacer funcionar la culpabilidad como principio organizador y fundador de derecho.*

*Michel Foucault (2002)*

La ley 26.742 vigente en nuestro país establece en cuanto a la “autonomía de la voluntad, que el paciente tiene derecho a “aceptar o rechazar” determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causas, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”, es decir que el paciente es soberano de poder decidir estas cuestiones en relación a su persona, para lo cual tiene derecho a que se le brinde la información necesaria y suficiente para tomar su decisión.

En este sentido el art. 3 de la ley 26.742<sup>15</sup> (modificando el art. 6 de la ley 26.529), impone “obligatoriedad” al previo consentimiento informado del paciente, entendido éste como el proceso cuya materialización consiste en la declaración de la voluntad a la que refiere el art. 5° (ley 26.742), para aceptar o no, la ejecución de un determinado procedimiento médico.

El inconveniente surge ahora, cuando nos preguntamos qué pasa cuando un paciente se encuentra en estado o situación que provoca una ausencia de la autonomía de la voluntad, es decir cuando la persona pierde su plena capacidad de decidir sobre “aceptar o rechazar” determinados tratamientos por sí mismo. Esta problemática

---

<sup>15</sup>- Artículo 6° — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

traspasa el fuero íntimo de cada persona, creando dilemas a nivel social y cultural, afectando de esta manera, la justicia, la religión y hasta la institución de la familia, es por ello que consideré importante dedicar este capítulo para un desarrollo más profundo de este cuestionado punto de la norma.

La ley de Muerte Digna incorpora herramientas para poder resolver estos casos y tomar decisiones cuando el paciente pierde la capacidad de decidir, estableciendo que en cualquier caso que el mismo se viera impedido de prestar su consentimiento, serán las personas enumeradas en el art. 21 de la ley 24.193, de Trasplante de Órganos y Materiales Anatómicos quienes deberán hacer conocer la decisión de no prolongar la agonía artificialmente.

Ley 24.193, art. 21° establece que: “en caso de muerte natural, y no existiendo manifestación expresa del difunto, deberá requerirse de las siguientes personas, en el orden en que se las enumera siempre que estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales, testimonio sobre la última voluntad del causante, respecto a la ablación de sus órganos y/o a la finalidad de la misma.

- a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida.
- b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años.
- c) Cualquiera de los padres.
- d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años.
- e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años.
- f) Cualquiera de los abuelos.
- g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive.
- h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive.
- i) El representante legal, tutor o curador.”

Podemos considerar que la remisión a esta ley trae problemas de rechazo, ya que no es lo mismo legislar y decidir sobre la disponibilidad de los órganos de un cadáver,

que sobre la vida y muerte de quien está vivo, más importante aún, cuando esa vida pueda continuar indefinidamente.

El hecho de legislar sobre cadáveres permite a la ley, presumir la voluntad de donación en caso de diferencia entre personas de igual grado de prelación (art.21), por ello plantea dichas dudas (López Delgado, 2012).

Luego el art. 21 continua expresando que “en caso de resultar contradicciones de los testimonios de las personas que se encuentren en el mismo orden, se estará a lo establecido en el art. 19 bis.”

Ley 24.193, art. 19° bis establece que: “La ablación podrá efectuarse respecto de toda persona capaz mayor de Dieciocho (18) años que no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de sus órganos o tejidos, la que será respetada cualquiera sea la forma en la que se hubiere manifestado”.

Se entiende en este sentido que la ley 26.742 hace una remisión completa a la ley 24.193, en cuanto se refiere al orden de prelación de los familiares y la forma de resolver cuando existen conflictos para decidir entre familiares de igual rango de prelación.

Entonces, resumiendo podemos decir que la ley ampara lo que se denomina “consentimiento por representación”, en casos que el paciente no sea capaz de tomar decisiones, lo que queda a criterio del médico a cargo, o cuando su estado físico o psíquico no se lo permitan y no haya persona alguna designada para hacerlo, en tal supuesto, se estará al orden de prelación establecido por la ley de Trasplante de Órganos y Materiales Anatómicos.

No quedan excluidos del consentimiento por representación, ni los pacientes incapacitados legalmente, ni los menores de edad, en este último caso, la ley 26.061, establece que los niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años) tienen derecho a intervenir en los términos de la misma ley, a los fines de la toma de decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En caso que la decisión del representante legal fuera contraria a los intereses del menor o incapacitado, deberán ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad competente, en virtud de lo dispuesto en la legislación civil (Farias, 2007).

Cabe aclarar que solo existirá un consentimiento por representación en los casos que no se hayan asentado “directivas o instrucciones anticipadas”, según lo establecido por el art. 11 de la ley 26.742.

Jacobo Dopico Gómez-Aller, en su trabajo sobre “problemas del consentimiento informado por representación”<sup>16</sup> expresa que “La doctrina moderna ha visto en la exigencia de consentimiento informado para la intervención médica la garantía de la autonomía y la dignidad de la persona. El respeto a la autonomía de la persona, a todo lo que implica titularidad de sus derechos, exige que sea ella quien defina sus intereses y decida quién va a intervenir sobre su cuerpo y de qué modo”, en el mismo trabajo el doctor Jacobo, ilustra el tema a través de un ejemplo que considero importante traer a colación:

Imaginen por un momento que se encuentran ustedes en una cama de Urgencias, en una situación de grave peligro para su salud, pero carecen de cualquier posibilidad de comunicarse, de expresar su voluntad o sus opiniones. Su situación es crítica y deben adoptarse importantes decisiones médicas. Usted puede oír cómo el médico expone su situación a sus primos —que tienen ideas opuestas a las suyas sobre las decisiones médicas al final de la vida y son, además, sus más próximos herederos— para que decidan cuál de las opciones terapéuticas debe adoptarse. Usted no está de acuerdo, pero nadie le va a prestar atención a su opinión.

Magnante, Dinah (2011) sostiene que “quien se encuentra en éste estado es un ser humano, una persona con toda su dignidad y con derechos que, en principio, parecieran colisionar el derecho a la vida, por un lado, y rechazar ciertos tratamientos que solo prolongarían inútilmente la existencia, por el otro”.

El Doctor Floreal López Delgado (2012) haciendo referencia al conocido caso Bahamondez, reconoce que “esta inteligencia está en contradicción con la

---

<sup>16</sup>-Este trabajo se inscribe en el Programa Interuniversitario de I+D «Cultura de la Legalidad» (TRUST-CM) S2007/HUM-0461, de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

jurisprudencia sobre rechazo de tratamientos, que es concesiva cuando la resuelve el paciente adulto y lúcido respecto de sí mismo pero totalmente restrictiva cuando lo hace un representante, así sea el padre. Lo mismos tribunales que aceptaron la decisión de un testigo de Jehová de no recibir transfusiones, privaron al padre de la “patria potestad” cuando se opuso a la transfusión para su hijo”.

En consecuencia podemos ver el grado de importancia que el tema en cuestión amerita, no es algo simple que un tercero tome una decisión sobre nada más y nada menos que el cuerpo de otra persona, sumado a la multiplicidad de situaciones que puedan presentarse, incluyendo los conflictos entre los mismos familiares y los factores que condicionan a los mismos a la hora de tomar decisiones.

Estas son algunas de las situaciones que a pesar de existir la ley sobre muerte digna, provocan conflictos que necesariamente deben terminar en manos de la justicia para ser resueltos. En este aspecto es importante recordar que con la sanción de la norma 26.742, justamente se pretende que este tipo de casos puedan ser resueltos en un fuero más íntimo, en donde los familiares puedan tomar decisiones sin verse expuestos a una transcendencia pública que puedan modificar o influir al momento de tomar una decisión de estas características, evitando de esta manera, que los casos sigan judicializándose o al menos sean estos en su minoría.

Existen numerosos antecedentes de casos donde se han presentado divergencias entre los mismos familiares, o de éstos con los equipos de salud, hasta dentro de un mismo grupo de trabajo médico para decidir sobre la salud y vida de una persona y ha sido la justicia la que termina tomando tal decisión. Ahora, luego de la sanción, la ley presenta una novedosa problemática, la cual considero que no está contemplada por la norma de manera clara, generando algunos interrogantes.

A continuación se describe un caso hipotético, donde se presenta un conflicto entre familiares de un mismo grado de prelación para tomar decisiones con respecto a un paciente. Luego de comparar con alguna jurisdicción y siguiendo los lineamientos establecido por la normativa vigente, será resuelto.

- Caso Hipótesis:

Supongamos que se presenta un caso donde un paciente “X” luego de un accidente de tránsito queda en un estado considerado por un grupo médico como

“vegetativo persistente”, sin posibilidad alguna de manifestar su voluntad y sin haber dejado ningún tipo de directiva anticipada al respecto. “X”, luego de permanecer durante varios años conectado a un sistema de hidratación y alimentación artificial, en un pronóstico donde no hay mejoría alguna, es que se presenta uno de sus dos hijos, y no existe otro familiar con mayor prelación que éste según lo establecido por la Ley 24.193 en su art. 21°, manifiesta expresamente que pretende una muerte digna para su padre argumentando que éste es víctima de un “encarnizamiento terapéutico” que solo le provoca mayor sufrimiento y afecta su dignidad de persona. Por el contrario el otro hijo, se niega rotundamente a este pedido, argumentando que mientras exista una mínima posibilidad de vida sobre su padre, él no está de acuerdo en que el procedimiento de muerte digna se aplique, sosteniendo además que el único problema que le preocupa es su mala situación económica para poder mantener todo este soporte de método artificial que mantiene con vida a su padre.

Como puede observarse en el caso planteado, la decisión legislativa que se pueda llegar a tomar, plantea en primera medida dos problemas médicos de implicancia ética a resolver, primero determinar el estado terminal, irreversible e incurable del paciente y luego establecer si la hidratación y la alimentación como medio artificial de vida en este caso, constituyen un método extraordinario.

### **3.1. Estado terminal, irreversible e incurable de un paciente en estado Vegetativo Persistente.**

En el primer punto y siguiendo los lineamientos de la ley cabe preguntarnos si el estado vegetativo persistente, es considerado un estado terminal, irreversible o incurable de un paciente.

El estado vegetativo persistente es definido por Grau Veciana, Jm (2004), como “un diagnóstico clínico que se debe diferenciar de otras alteraciones del nivel de conciencia (coma, muerte encefálica, enclaustramiento, mutismo acinético, fases terminales de demencia). Estos pacientes mantienen espontáneamente las constantes y funciones vitales, el ritmo sueño-vigilia y carecen de actividad voluntaria”. (...) “El estado vegetativo se define como persistente cuando se mantiene durante un período superior a un mes”.

El departamento de humanidades de biomédica (2009) explica que “el cuerpo cíclicamente se despierta y se duerme, pero no expresa evidencia metabólica cerebral o de comportamiento que indique una función cognitiva o que es capaz de responder de una manera aprendida a eventos o estímulos externos. (...) esta pérdida cognitiva dura más de unas pocas semanas, la condición se llama estado vegetativo persistente, porque el cuerpo mantiene las funciones necesarias para continuar la supervivencia vegetativa, pero la tragedia es que muchas personas en EVP viven por muchos meses o años, si se les proporciona alimentación y otros medios artificiales.

Existen algunos autores como Diego Gracia (1998, págs. 341 a 342) que consideran a una persona que está en estado vegetativo persistente como: “crónicos”, los categoriza de esta manera, porque a pesar de estar vivos presentan una pérdida de conciencia irreversible y no son terminales, porque su condición estable les permite perdurar de esa manera durante períodos de tiempos muy largos.

Debe precisarse que en la inmensa mayoría de los casos, la recuperación que se obtiene es muy limitada, con grandes secuelas residuales y una calidad de vida ínfima. Se ha visto que la causa del estado vegetativo persistente, su duración y la edad, son los factores más importantes de cara al pronóstico.

No obstante es importante resaltar que la Pontificia Academia por la Vida y la Federación Mundial de Asociaciones Médicas Católicas establece derechos a los pacientes en estado vegetativo persistente, entre los que mencionan (Católicos, 2004.):

- Una valoración correcta y profunda de diagnóstico, con el fin de evitar posibles errores y orientar del mejor modo posible las intervenciones de rehabilitación.
- Una asistencia fundamental, que abarque hidratación, alimentación, calefacción e higiene.
- La prevención de las posibles complicaciones y el control de cualquier signo de recuperación.
- Un adecuado proceso de rehabilitación, prolongado en el tiempo, que favorezca la recuperación y el mantenimiento de los objetivos alcanzados.
- Ser tratado como cualquier otro paciente, con la debilidad, con la debida asistencia y afecto.

Existen numerosos casos de personas que han despertado luego de permanecer durante varios años en EVP, entre algunos antecedentes documentados y registrados podemos mencionar (TURCHI, 2010):

-*Patricia White Bull*, una india siux del suroeste de Estados Unidos despertó de un “estado vegetativo” supuestamente irreversible en la navidad de 1999, después de 16 años.

-*Zack Dunlap*, un joven de 21 años fue el protagonista de una sorprendente historia en Estados Unidos; tras sufrir un grave accidente (2008), donde las pruebas iniciales mostraban que no había flujo de sangre en el cerebro, los médicos diagnosticaron muerte cerebral; y sorprendió al despertar segundos antes de que le extirparan los órganos vitales que serían donados a otros pacientes. Los médicos no encuentran explicación de su respiración.

-*Terry Wallis* un estadounidense de 42 años, recuperó algunas funciones motoras y del habla tras vivir 19 años en estado de conciencia mínima.

-*Haold Cybulski*, un anciano de 79 años en Ontario Canadá, “Muerto cerebralmente y comatoso”; a quien iban a practicarle la Eutanasia y despertó al oír la voz de su nieto, y que los médicos no pueden explicar su instantánea recuperación.

-*Devon Rivers de Gresham*, de 11 años de edad, permaneció en un permanente estado vegetativo por 22 meses, luego de sufrir un desmayo mientras practicaba educación física. Su madre, Carla Rivers manifestó, luego de su insistente lucha de recuperación para su hijo, que “Durante dos años los médicos dijeron que no había esperanza. Todo lo que sucede en la vida de Devon es una ganancia, no hay pérdida”, los médicos aún no pueden explicar este despertar repentino ni su recuperación” (Aciprensa, 2006).

-*Sharon Ariel*, ex primer ministro israelí, luego de permanecer siete años en estado vegetativo, tras sufrir una hemorragia cerebral en el año 2006, ha dado muestras “significativas” de actividad cerebral, tras ver imágenes de su familia y oír la voz de su hijo, logrando de este modo según los expertos, un estado de “mínima conciencia” (ForumLibertas.com, 2013).

- *Donald Herbert*, permaneció 10 años en estado vegetativo, luego de sufrir un accidente que sufrió a causa de estar realizando su profesión de bombero en 1995.

Repentinamente, de manera inexplicable para los médicos e inesperada, un día recuperó la capacidad para comunicarse (Ruiz, 2005).

Podemos considerar entonces, que este tipo de pacientes, presenta un caso particular dentro de la ley de muerte digna, porque al ser considerado como enfermos crónicos, no estarían contemplados dentro de la norma, pero esto se contrapone hasta qué límites se debe mantener a una persona en un estado de estas características, sin llegar a producir un encarnizamiento terapéutico.

Un dato no menos importante es el publicado en la revista SCIENCE y PHYSORG en el año 2010, donde un grupo de investigaciones de la Universidad de Cambridge, en el Reino Unido, dirigidos por el Neurocientífico ADRIAN OWEN desarrollaron un sistema que permite la comunicación con pacientes en estado Vegetativo persistente. Un dispositivo con monitores de electroencefalografía que, conectados a electrodos colocados sobre la cabeza de los pacientes, registran la actividad cerebral de estos, decodificándola. Hasta ahora, los científicos han conseguido que los pacientes les digan “sí” o “no” a preguntas realizadas, sólo con la modulación de sus pensamientos (TURCHI, 2010).

Sin ir más lejos, el neurólogo Niels Birbaumer (austríaco), demostró que un paciente que estaba en estado “vegetativo” desde hacía 23 años, tenía actividad cerebral. Éste fue el caso Rom Houben, quien luego de sufrir un accidente automovilístico, quedó en ese estado, hasta que gracias a una innovadora técnica aplicada por Birbaumer, pudiera lograr que se comunicara con el exterior, se trata del “neurofeedback electroencefalográfico”. Este sistema consiste en leer señales del cerebro y asegura el mismo Birbaumer que “el 20 % de las personas en estado vegetal en realidad están conscientes” (PALMA, 2010).

Estas técnicas no se aplican, debido a que requieren mucha tecnología, y el sistema complejo, requiere además psicología, saber que tipo de actividad cerebral es normal y cuales no, conocer la biografía del paciente, lo que como sistema de técnica resulta demasiado compleja y los seguros no lo cubren.

El mismo Birbaumer asegura que (PALMA, 2010):

“Lo hacemos en investigación, pero espero que en un plazo largo podamos hacerlo con todos los pacientes en coma, con un buen diagnóstico, mucho tiempo... La otra razón es

que los médicos normalmente no tienen mucho interés en este tipo de pacientes. Para ellos es más fácil si están tranquilos y no se comunican, porque no pueden ayudarles, no pueden curarles. Muchos médicos y muchas familias creen que es mejor para ellos que se mueran”.

Entonces el avance de la ciencia, muestra nuevas perspectivas a la problemática del estado vegetativo persistente, y de esta manera nadie puede con certeza asegurar que una persona no va a recuperarse de un estado así, y en muchos casos, no resultaría ético que un familiar tome una decisión por un enfermo que si bien, no puede manifestar sus deseos al mundo exterior, muchas veces se encuentra preso de sus propios pensamientos, así lo manifestó el mismo Rom Houben (PALMA, 2010), cuando pudo comunicarse “he gritado, pero no me podían oír”.

### **3.2. La hidratación y la alimentación como medio artificial de vida**

En el segundo punto, es preciso identificar si la renuncia a la alimentación e hidratación, constituyen dentro de la ley de muerte digna, un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida o por el contrario un simple acto médico.

Recordemos que la modificación al art. 2 de la ley (26.529) incluye la siguiente frase: “también podrán rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto, la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”.

Surge en este punto un dilema ético, entre el límite impuesto a la autonomía de la voluntad, el cual se encuentra en el respeto por el derecho a la vida y en los cuidados ordinarios que se deben a todo ser humano, en contraposición al texto de la ley que permite rechazar la alimentación y la hidratación imponiendo un límite en determinados casos al esfuerzo terapéutico.

En este sentido comparto la opinión de Zambrizzi (2012) cuando expresa: “disentimos con esa posibilidad que se le otorga al paciente, dado que la alimentación y la hidratación no constituyen un acto médico, si no un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida, puesto que se trata de conductas normales y necesarias que practican todas las personas, estén o no enfermas o se

encuentren o no en estado vegetativo, habiendo sido las mismas consideradas como necesidades básicas del paciente”. Por su parte, en un sentido similar, Magnante, Dinah (2011, pág. 338), sostiene respecto a la alimentación e hidratación artificiales en el tipo de pacientes que venimos desarrollando que: “es un medio terapéutico proporcionado mientras que no haya razones legítimas que justifiquen su interrupción, (...)”.

Siguiendo los lineamientos de la religión, el mismo Juan Pablo II (Sullivan, 2004) claramente estableció que “es un acto de compasión cristiana el dar de comer y beber a los enfermos y que no es moralmente correcto dejarlos morir de hambre o de sed”.

Teniendo en cuenta estas posturas, es de considerar a la alimentación e hidratación de los pacientes terminales, como medios ordinarios de vida para el hombre, el cual no debe ser suprimido, basando este acto en un signo de amor, compasión y misericordia y de respeto por la vida, sosteniendo que no es ético desde éste punto de vista negar a una persona enferma estos medios indispensables para el ser humano.

En consecuencia, considero que la suspensión del agua y el alimento constituyen un deber moral y en cualquier circunstancia que se supriman constituyen una forma cruel de morir, resultando un acto moralmente ilícito, el cuál además deja una interpretación abierta para considerar este acto como una eutanasia por omisión<sup>17</sup>, lejos de constituir un proceso desproporcionado, que pueda derivar en un encarnizamiento terapéutico, en esta situación debe priorizarse el derecho por la vida.

Sin embargo, es evidente que este dilema constituye una difícil solución en la práctica médica, ya que tratar de armonizar el texto de la ley con los dilemas éticos que generan el permitir el rechazo de la hidratación y alimentación, sobre todo si lo enfocamos desde los pacientes en estado vegetativo permanente, que constituye la problemática que venimos desarrollando.

Una posible solución a los dilemas éticos en la práctica médica, sería poder determinar con certeza, si la interrupción del suministro de agua y alimentos en el caso

---

<sup>17</sup> - Recordemos la definición establecida por La Real Academia Española que define a la eutanasia como “acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él” (el tema fue desarrollado con mayor extensión en el capítulo I).

particular de este tipo de paciente, otorga al mismo una mayor precariedad en su proceso de muerte, produciéndole los efectos o sensaciones o sufrimientos asociados a la deshidratación y el hambre. En este sentido James Childress (Cuitiño, 1999), considera que la suspensión de comida y agua podría aplicarse cuando los beneficios de recibirlas no superen los problemas de proveerlas. Ello en virtud del Principio de “Beneficencia” que lleva a procurar en toda práctica médica, el mayor bien posible para el paciente<sup>18</sup>.

Dentro de la jurisprudencia Argentina considero necesario resaltar un caso en particular, que ha tomado una trascendencia importante con respecto a la ley de muerte digna.

*Marcelo Diez*, de la provincia de Neuquén, permaneció 18 años en un estado vegetativo persistente, conectado a sondas que lo alimentaban y lo hidrataban, provocado por un accidente vial cuando tenía 30 años de edad.

Marcelo, mientras sus padres estuvieron vivos, fue cuidado y asistido en su propia casa, luego que éstos fallecieron (su madre en el año 2003, su padre en el año 2008), fue trasladado a una clínica y las hermanas de Diez decidieron luego de 14 años terminar con la espera. Fue así que inició una larga lucha legal, luego de que en la institución en la que se encontraba Marcelo se negara ante el pedido de las hermanas del paciente a retirar el soporte vital.

Fue entonces que Adriana y Andrea Diez judicializaron el caso (“D.M.A S/DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD” (Expte. N° 178-2011), pero en esta instancia la jueza Beatriz Giménez también denegó el pedido, fundamentando que:

La alimentación y la hidratación no son tratamientos médicos o medicamentos, y el suministro de antibióticos u otros medicamentos para abordar infecciones recurrentes o convulsiones, constituyen una asistencia básica de todo ser humano y ello no queda incluido en métodos extraordinarios para prolongar una vida, para impedir su muerte natural o, en ensañamiento terapéutico. Simplemente, sostienen esa vida tal como está. Insistió: aun cuando el estado vegetativo de Marcelo sea considerado por los

---

<sup>18</sup> - En el anexo de este trabajo, pág. 78 se adjuntan algunos antecedentes importantes dentro de la Jurisprudencia extranjera donde se permitió retirar la alimentación y nutrición a enfermos terminales donde el fundamento ético expuesto fue “el sostenimiento artificial de la vida”.

profesionales médicos permanente e irreversible, no se concluye que sea una enfermedad que conduce a la muerte en forma próxima o inminente. De hecho, y como se dijo, Marcelo, sostiene su vida por más de 16 años.

Finalmente la sala Civil del Tribunal Superior de Justicia de Neuquén falló el 22 de abril del corriente año (2013), a favor al pedido de las hermanas de Marcelo Diez, al considerar que una muerte digna “debe resolverse en el ámbito intrafamiliar, no requiriendo autorización judicial”, considerando que en el marco de la ley 26.742, de los Derechos del Paciente, es válido el pedido de solicitud de retiro, cese y abstención de todas las medidas de sostén vital respecto de un hombre en estado vegetativo persistente irreversible.

En contradicción al reciente fallo el equipo de Pastoral Social del Obispado de Neuquén manifestó (diarioAndino, 2013):

“Respetamos el dolor de la familia de Marcelo Diez, aunque no compartimos su pedido legal y su decisión última.

Entendemos con dolor que la Justicia limita una decisión al ámbito privado, cuando es su responsabilidad cuidar la vida digna de todas las personas, especialmente la de los más vulnerables.

Acompañamos la decisión de LUNCEC, institución que trabaja por la vida y no acepta ser instrumento de muerte, reconociendo el gran servicio y esfuerzo que hacen a todos los enfermos que atienden.

Marcelo Diez no está conectado a ningún soporte especial que lo mantiene vivo: simplemente se lo alimenta y se lo cuida –como todo ser humano tiene derecho- para que no adquiera alguna infección que agrave su situación actual.

Entonces, no es desconectarlo de nada, esta decisión implica dejarlo morir de hambre y de sed.

Por último, podrá ser legal esta decisión, pero resulta ilegítima porque por encima de cualquier idea religiosa, científica o cultural, nunca el dejar morir a una persona de hambre y sed será un derecho de nadie”.

Concluyendo con este capítulo, a modo de resolver los dilemas éticos planteados en el caso hipotético (página n° 37) y teniendo en cuenta lo expuesto deberíamos considerar, que cuando se presenta un caso con características particulares, en el cual pueden observarse varias contradicciones, sobre todo ético, como sería en este caso puntual, determinar si es ético realmente que una persona determine sobre el final de la vida de otra persona, cuando no haya dejado ésta ninguna directiva anticipada, aun siendo un familiar directo, en un caso donde la ciencia misma no puede asegurar con certeza, que una persona tiene un estado cien por ciento irreversible, como es el de los paciente en estado vegetativo persistente, ya que existen evidencias registradas y documentadas, de pacientes que pudieron revertir esta situaciones, sumado a los resultados de avances científicos, como es el aplicado por Birbaumer en el caso Houben mencionado con anterioridad, en el cual el mismo neurólogo asegura que el 20 % de las personas en estado vegetal en realidad están conscientes.

Otro tema de suma implicancia ética contradictoria, es el restringir a un paciente la alimentación e hidratación, considerando que este constituye un deber moral y un derecho de las personas. A mi entender por todo lo expuesto, debería considerarse un medio proporcionado dentro de los pacientes en estado vegetativo, pero que se contraponen a límites impuestos por la ciencia, que con sus excesos también llegan a un extremo como es el encarnizamiento terapéutico y el cual debe evitarse. De este modo cada caso debe ser evaluado exhaustivamente, para determinar si resulta legítimo o no retirar estos soportes artificiales de vida.

Dentro del caso “X”, manifesté también otro dilema social que considero la ley no contempla claramente, el de las posibles contradicciones entre familiares de un mismo grado de prelación, según lo establecido por la norma, para tomar decisiones al respecto. La solución brindada rápidamente por la ley, no encuentra en mi opinión, un fundamento ético adecuado, no considero que deba resolverse estos casos teniendo en cuenta, entre otros factores, si el paciente consentía en donar sus órganos o no, al parecer se equiparan dos situaciones que no se posicionan en un mismo grado ético.

Cabe traer a colación, como antecedente un fallo dictado por la Corte Suprema de Justicia Bonaerense, en la causa Ac. 85.627, “S., M. d. C. Insania” (rta. El 9/2/05), en el que se rechazó un pedido de autorización del curador para interrumpir la asistencia

artificial que sostenía con vida a su cónyuge, en estado vegetativo, por existir una contraposición de intereses entre el cónyuge y los padres de la paciente.

Otro inconveniente de trasfondo en estos casos, es la situación económica de los familiares, que son los encargados de solventar todos los gastos de los tratamientos que este tipo de situaciones requiere, ya que las obras sociales no cubren por lo general este tipo de pacientes. Entonces debemos preguntarnos, si un familiar que tiene la potestad según la ley de decidir cuestiones con respecto a la vida de otra persona, no constituye éste un motivo real que empuja a tomar una determinación, más allá que en el fuero íntimo de cada persona se contraponga a sus creencias, ya sean estas culturales o religiosas.

## CONCLUSION

Por todo lo expuesto en este trabajo podemos concluir que:

-La Ley Nacional 26.742 de “Muerte Digna”, llega a nuestro país tras un largo debate social e ideológico, que en principio tuvo su impulso en el reclamo social de casos concretos que lograron alcanzar un alto grado de notoriedad pública en función de buscar soluciones al proceso de la muerte. Entre uno de los más importantes y considerado el impulsor de la ley, cabe destacar el caso de Camila Sánchez.

- Con la sanción de la ley 26.742, Argentina se suma a una reducida lista de países en el mundo que contemplan la muerte digna, constituyendo un avance sumamente importante en la materia.

-Concretamente la ley vigente (26.742), tiene la finalidad de proteger la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, asegurar la autonomía del paciente y el respeto a su voluntad, concediendo al enfermo terminal, la posibilidad de “aceptar o rechazar procedimiento quirúrgicos, de hidratación, alimentación y reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado”. En consecuencia, podemos decir que la ley otorga a través de un derecho concreto la posibilidad de elegir continuar o no artificialmente con la vida cuando no se tiene perspectivas reales de mejoría.

-La ley no despenaliza la eutanasia, ni el suicidio asistido (art.11), conceptos estos que implican facilitar, adelantar o inducir la muerte del paciente y que se encuentran tipificados con penas punibles de prisión en nuestro Código Penal Argentino.

En este sentido la normativa vigente:

-Es buena si se aplica consiente y responsablemente, con el fin de evitar un enseñamiento terapéutico como método de prolongar la vida del paciente en estado terminal y siempre respetando la autonomía de la voluntad del mismo.

-La norma “no impone”, “faculta” a aquellas personas en situación terminal que libremente lo desee, tengan la posibilidad de tener muerte sin sufrimiento, en paz, no puede ser sino otra expresión del respeto a la dignidad del ser humano. Ninguna de estas

prácticas puede ser considerada contraria a una ética basada en la idea de dignidad y en el respeto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, antes al contrario, deben ser consideradas buena práctica clínica y actuaciones profesionales plenamente conformes a la legalidad vigente.

-Refuerza cuestiones como la autonomía de la voluntad que ya estaban protegidas legalmente, previstos en nuestra Constitución Nacional (art.19), en la Ley de Ejercicio Profesional de la Medicina (art. 19) y con la jurisprudencia sentada por la Corte Suprema de la Nación en el fallo “Bahamondez”.

-Reglamenta las Directivas Anticipadas, manifestando que “la expresión de la voluntad debe realizarse por escrito ante un escribano o en juzgado de primera instancia con la presencia de dos testigos”. Además la norma otorga la facultad al paciente de poder revocar o modificar su decisión en cualquier momento. Cuestión que considero positiva, pero con demasiado formalismo.

-Incorpora el derecho a recibir cuidados paliativos (atención para el buen morir) integrales en el proceso de atención de su enfermedad o tratamiento.

Entre algunos puntos controvertidos cabe destacar:

-La Ley obliga a los Jueces a una compleja tarea interpretativa, debido a que a la falta de precisión y claridad en algunos de sus artículos, sumado a reiteraciones consideradas innecesarias como es la del artículo 11 bis. Si la norma está determinando lícitas determinadas conductas o actos, está demás decir que no pueden ser penalizadas.

-Existe una cierta ambigüedad en la norma, sobre cómo calificar la posibilidad de brindar consentimiento informado, en casos de incapacidad de hecho o falta de discernimiento para tomar decisiones. Tampoco surge claro cuales criterios rigen la toma de decisiones de los familiares en caso de enfermos terminales incapaces o imposibilitados.

-Podemos considerar que los pacientes en estado vegetativo persistente, presenta un caso particular dentro de la ley de muerte digna, porque al ser considerado como enfermos crónicos, no estarían contemplados dentro de la norma, pero esto se contrapone hasta qué límites se debe mantener a una persona en un estado de estas características, sin llegar a producir un encarnizamiento terapéutico.

-Otro tema de suma implicancia ética contradictoria, es el restringir a un paciente la alimentación e hidratación, considerando que este constituye un deber moral y un derecho de las personas.

En el caso puntual de los pacientes en estado vegetativo permanentes, genera una problemática que traspasa el fuero íntimo de cada persona, creando dilemas a nivel social y cultural, afectado de esta manera la justicia, la religión e incluso involucrando la institución familia.

Por todo lo expuesto, debería considerarse un medio proporcionado dentro de los pacientes en estado vegetativo, pero que se contraponen a límites impuestos por la ciencia, que con sus excesos también llegan a un extremo como es el encarnizamiento terapéutico y el cual debe evitarse. De este modo, cada caso debe ser evaluado exhaustivamente, para determinar si resulta legítimo o no retirar estos soportes artificiales de vida.

-La ley no contempla respuesta con fundamentos claros, en cuanto se presenten contradicciones entre familiares de un mismo grado de prelación, para tomar decisiones por un tercero.

En este sentido, la solución brindada rápidamente por la ley, no encuentra en mi opinión un fundamento ético adecuado, no considero que deba resolverse estos casos teniendo en cuenta, entre otros factores, si el paciente consentía en donar sus órganos o no, al parecer se equiparan dos situaciones que no se posicionan en un mismo grado ético.

Entonces:

La Ley 26.742, vigente en Argentina, constituye un avance importante y es positiva, porque apunta a proteger y respetar la voluntad de las personas, en el caso que un paciente no pueda ejercer esa voluntad, se presentan algunos dilemas éticos, sociales y culturales, pero no deja de constituir un buen punto el que de algún modo la ley lo contemple.

En este sentido, cuando se presenta un caso con características particulares en el cual pueden observarse varias contradicciones, sobre todo culturales, como sería en un caso puntual determinar si es ético realmente que una persona determine sobre el final

de la vida de otra persona, cuando no haya dejado ésta ninguna directiva anticipada, aun siendo un familiar directo, donde la ciencia misma no puede asegurar con certeza que una persona tiene un estado cien por ciento irreversible, como es el de los paciente en estado vegetativo persistente, ya que existen evidencias registradas y documentadas, de pacientes que pudieron revertir estas situaciones, sumado a los resultados de avances científicos, como es el aplicado por Birbaumer en el caso Houben, en el cual el mismo neurólogo asegura que el 20 % de las personas en estado vegetal en realidad están conscientes.

Entonces un Juez, para tomar una determinación en estos tipos de casos controvertidos desde un punto de vista cultural, social y ético, debe primordialmente defender el valor vida por sobre todas las cosas, y luego tomar una decisión, considerando lo mejor para el paciente, más allá de lo que puedan llegar a considerar o afectar a los familiares que tengan consideraciones opuestas entre las mismas, si bien es cierto que el aporte de éstos es fundamental para llegar a tener un conocimiento más profundo de la vida del paciente en cuestión, debe sumarse siempre el aporte del médico tratante, y fundamentalmente la intervención y opinión de un comité de bioética, tratando fundamentalmente que los casos no tomen relevancia pública, ya que esto lleva muchas veces a tomar decisiones apresuradas o bajo presiones, cuando entran en una esfera donde se contraponen muchas opiniones de distintos ámbitos, como sería cuando toman partido las iglesias, los gobiernos, convirtiendo lo que debería ser una decisión en una esfera de privacidad, en temas políticos.

## **Bibliografía**

López Delgado F. (2012). "La Ley 26.742 de Muerte Digna". *Microjuris. MJ-DOC-5895-AR/MJD5895* .

(EAPC-Onlus), A. E. (12 de julio de 2011). Asociación Europea de Cuidados Paliativos. (1999). Estatutos. . pág. sitio web.

20Minutos.es. (05 de 12 de 2012). Israel debate la eutanasia tras el suicidio de un médico que mató a su hija, enferma terminal. *20Minutos.es* , pág. <http://www.20minutos.es/noticia/1668232/0/israel/debate/eutanasia/>.

ABC. (19 de 11 de 1975). Contra la sentencia dictada por el Jue Muir- Los padres de Karen Kinlam elevaron recurso de apelacion . *ABC (Madrid)* , pág. 89.

ABC. (02 de 04 de 1976). Segun el Tribunal Supremo de Nueva Jersey - La vida de Karen Kinlam, en manos de la decisión paterna. *ABC (Madrid)* , pág. 71.

Aciprensa. (13 de octubre de 2006). Niño en "permanente estado vegetativo" despertó casi dos años después. *Aciprensa* , págs. <http://www.aciprensa.com/noticias/nino-en-permanente-estado-vegetativo-desperto-casi-dos-anos-despues/>.

AFDMD. (16 de 04 de 2013). EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO . *Asociacion Federeal - Derecho a morir dignamente* , pág. [http://www.eutanasia.ws/eutanasia\\_mundo.html](http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html).

Asociación Médica Mundial. (09 de 02 de 2009). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el estado vegetativo persistente. *Departamento de Humanidades biomédicas - Universidad de Navarra* , pág. <http://www.unav.es/cdb/ammhongkong4.html>.

Benito, E. d. (14 de Mayo de 2011). *Derecho a un adiós íntimo y sin dolor*. Obtenido de La ley sobre el final de la vida refuerza al paciente para decidir qué tratamientos acepta y cómo pasar la agonía - La eutanasia y el suicidio asistido quedan fuera: [http://elpais.com/diario/2011/05/14/sociedad/1305324002\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2011/05/14/sociedad/1305324002_850215.html)

Bioética, H. I.-C. (2009). *Decisiones anticipadas en el ámbito de la salud*. Buenos Aires: [http://www.hospitalitaliano.org.ar/index.php?contenido=ver\\_curso.php&id\\_curso=8962](http://www.hospitalitaliano.org.ar/index.php?contenido=ver_curso.php&id_curso=8962)

Buenastareas.com. (02/2013). Muerte digna y directivas anticipadas. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Muerte-Digna-y-Directivas-Anticipadas/7240527.html>.

Clarín. (09 de 05 de 2012). Argentina se suma a una pequeña lista de países que permiten la muerte digna. *Clarín.com* , págs. [http://www.clarin.com/sociedad/Argentina-sumara-pequena-paises-permiten\\_0\\_697130542.html](http://www.clarin.com/sociedad/Argentina-sumara-pequena-paises-permiten_0_697130542.html).

Clarín.com. (09 de 07 de 2008). Italia autoriza la "muerte digna" de una joven que está en coma hace 16 años. *Clarín.com* , págs. <http://edant.clarin.com/diario/2008/07/09/um/m-01711657.htm>.

Católicos, A. P. (Mar. 10-17, 2004.). *Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo*. Roma.

Cuitiño, M. F. (1999). En M. F. Cuitiño, “*Bioética- Limitaciones de tratamiento*” . ed Lumen.

Delgado, F. L. (2012). La ley 26.742. *Revista Médicos N° 70* , pág. [http://www.revistamedicos.com.ar/numero70/columna\\_lopez\\_delgado.htm](http://www.revistamedicos.com.ar/numero70/columna_lopez_delgado.htm).

DiarioAndino. (29 de abril de 2013). La Iglesia Neuquina fijó postura sobre el fallo de “muerte digna” de Marcelo Diez. *DiarioAndino digital* , págs. <http://www.diarioandino.com.ar/diario/2013/04/25/la-iglesia-neuquina-fijo-postura-sobre-el-fallo-de-%E2%80%9Cmuerte-digna%E2%80%9D-de-marcelo-diez/>.

Elmundo.es. (31 de marzo de 2005). Terri Schiavo muere dos semanas después de ser desconectada de la máquina que la mantenía con vida. *Elmundo.es* , pág. <http://www.elmundo.es/elmundo/2005/03/31/sociedad/1112281283.html>.

Farias, G. (2007). *Muerte Voluntaria*. Buenos Aires: Astrera De Alfredo y Ricardo Depalma.

ForumLibertas.com. (28 de 01 de 2013). Tras siete años en estado vegetativo, Ariel Sharon da muestras de "actividad cerebral significativas". *ForumLibertas.com* , pág. [http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id\\_noticia=25210](http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=25210).

Gracia, D. (1998). *Ética de los confines de la vida*,. Santa Fe de Bogotá: El Búho,.

Grau Veciana, JM. (2004;28:108-11. - vol.28 núm 03). Estado vegetativo persistente. Aspectos clínicos. *Medicina Intensiva* , <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-intensiva-64/estado-vegetativo-persistente-aspectos-clinicos-13060069-estado-vegetativo-persistente-postanoxia-unidad-cuidados-intensivos-2004>.

INC. (2013). ¿Qué son los cuidados paliativos? *Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación* , pág. [http://www.msal.gov.ar/inc/ciudadanos\\_cuidados.php](http://www.msal.gov.ar/inc/ciudadanos_cuidados.php).

INCUCAI. (03 de agosto de 2013). <http://www.incuciai.gov.ar>. Recuperado el 03 de Agosto de 2013, de <http://www.incuciai.gov.ar>: [http://www.incuciai.gov.ar/docs/otros\\_documentos/certificacion\\_de\\_muerte.pdf](http://www.incuciai.gov.ar/docs/otros_documentos/certificacion_de_muerte.pdf)

Juan Pablo II. (1995). *Enciclica Evangelium vitae - Capitulo tercero (delitos contra la vida)*.

Magnante, D. (2011). Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente. *Vida y Ética Buenos Aires (junio- 2010)* , págs. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/tratamiento-estado-vegetativopersistente>.

María Angélica Gelli. (28 de 05 de 2012). La autonomía personal y los derechos de los pacientes a vivir con dignidad. *Sup. Esp. Identidad de género - Muerte digna 2012 (mayo) 93* , pág. 4 a 5 .

Mateos, P. (09 de 05 de 2012). Muerte digna: especialistas locales destacaron la importancia de los cuidados paliativos. *ElSoldiario online* , págs. <http://elsolonline.com/noticias/view/133868/muerte-digna-especialistas-locales-destacaron-la-importancia-de-los-cuidados-paliativos>.

Montalvo, F. D. (2009). Las instrucciones previas y la despenalización de la eutanasia - capítulo IV. En F. D. Montalvo, *Muerte digna y Constitución: los límites del testamento vital* (pág. 128 a 134). el Olivar, Guadalajara.

PALMA., M. F. (20 de Mayo de 2010). 'El 20% de las personas en estado vegetal en realidad están conscientes'. *Diariodemallorca.es* , págs. <http://www.diariodemallorca.es/mallorca/2010/05/20/20-personas-vegetal-realidad-conscientes/571767.html>.

Parra, E. J. (2012). *La Bioética y sus principios*. Bogotá.

Peña, F. J. (1998). DERECHO A LA VIDA Y EUTANASIA:. En F. J. Peña, *Anuario de Filosofía del Derecho*.

Pinto, B. (21 de 10 de 2012). La eutanasia en Colombia: a propósito de un proyecto de ley . *RAzonpublica.com* , págs. <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/3355-la-eutanasia-en-colombia-a-proposito-de-un-proyecto-de-ley.html>.

Pizzolo, C. (Mayo 2012). "Muerte Digna", la ley. *Sup. Esp. Identidad de género - Muerte Digna 2012 (mayo), 110* . LA LEY 1012-C, 1104 .

Reyes, M. A. (23/02/2011). EL reconocimiento del derecho a la Autodeterminación en el Ordenamiento Jurídico Argentino: La consagración de las Directivas Médicas Anticipadas en la ley 26.529. 11.

RioNegro.com.ar. (05 de 09 de 2011). El fallo de la jueza Beatriz Giménez. *RioNegro.com.ar* , pág. <http://www.rionegro.com.ar/diario/rn/nota.aspx?idart=700543&idcat=9708&tipo=2>.

Robba, J. I. (31 de 05 de 2012). Cuando la fe pone en riesgo la vida. *Política Argentina* , págs. <http://www.politicargentina.com/2012/05/cuando-la-fe-pone-en-riesgo-la-vida/>.

Rosa, S. d. (10 de 02 de 2009). *PAISES QUE HAN LEGALIZADO LA EUTANASIA*. Obtenido de [Cristoreypuntocom.blogia.com](http://Cristoreypuntocom.blogia.com) : <http://Cristoreypuntocom.blogia.com/acercade/>

RTVE.ES. (08 de 02 de 2009). Cronología del caso de Eluana Englaro. *RTVE.ES* , págs. <http://www.rtve.es/noticias/20090208/cronologia-del-caso-eluana-englaro/229407.shtml>.

Ruiz, V. (2005). Un bombero “despierta” tras 10 años de mínima consciencia: La eutanasia no es la solución. pág. <http://www.muertedigna.org/textos/euta205.html>.

Sagrada Congregación para la Doctrina de la fe. (05/05/1980). Declaración "Iura et bona" - Sobre la eutanasia. Roma.

SCRIBANO, A. (2002). “*Introducción al Proceso de Investigación en Ciencias Sociales*”. Buenos Aires: Copiar

Sullivan, W. (26 de 09 de 2004). Eutanasia y alimentación e hidratación artificiales a pacientes en estado vegetativo (I). *Zenit, el mundo visto desde Roma* , págs. <http://www.zenit.org/es/articulos/eutanasia-y-alimentacion-e-hidratacion-artificiales-a-pacientes-en-estado-vegetativo-i>.

Tealdi, J. C. (2011). Consideraciones para una ley de muerte digna en Argentina. *Medicina y Sociedad - Director del programa de Bioética del Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires* , págs. <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/1-2012/ITAES-1-2012-medysoc.pdf>.

Telam. (10 de 05 de 2012). "Durar no es lo mismo que vivir", dijo la madre una paciente que luchó por lograr la ley de muerte digna. *Telam-sociedades* , pág. <http://www.telam.com.ar/nota/24703/>.

TURCHI, A. B. (30 de 09 de 2010). MUERTE CEREBRAL Y ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE CONCEPTOS INSUFICIENTES . *Medio Ambiente y periodismo* , págs. <http://medioambienteyperiodismo.blogspot.com.ar/2010/09/muerte-cerebral-y-estado-vegetativo.html>.

VIANA, I. (12 de 04 de 2011). Los padres de Karen Quinlan siguen pidiendo la muerte piadosa para su hija . *ABC.es* , págs. <http://www.abc.es/20110401/archivo/abci-primer-caso-eutanasia-karen-201103312039.html>.

Villanueva, H. J. (2006). *Código Penal de la Nación Anotado 2da. ed.* Buenos Aires: Lexis Nexis Argentina.

Yepes, R. (2010). La dignidad de la persona. pág. <http://www.muertedigna.org/textos/euta51.html>.

Zambrizzi, E. (Mayo 2012). "Muerte Digna: modificación de la ley N° 26.529 sobre derechos del paciente". En E. Zambrizzi, *La Ley, Suplemento Especial Identidad de género - Muerte digna* (pág. 123).

# **ANEXOS**

## **LEY N° 4264**

**Aprobada en 1ª Vuelta: 05/07/2007 - B.Inf. 23/2007**

**Sancionada: 29/11/2007**

**Promulgada: 19/12/2007 - Decreto: 341/2007**

**Boletín Oficial: 03/01/2008 - Número: 4582**

### **LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO**

#### **SANCIONA CON FUERZA DE L E Y**

**Artículo 1º.-** La presente ley tiene por objeto el respeto a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales.

**Artículo 2º.-** Toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación, informada en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

De la misma forma toda persona y en cualquier momento –ya sea al ingresar al establecimiento asistencial o durante la etapa de tratamiento- puede manifestar su voluntad de que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

Asimismo es válida la manifestación de voluntad de toda persona capaz, realizada en instrumento público y por ante un escribano de registro en la que manifieste su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado, en caso de que en un futuro le acontecieran los supuestos descriptos ut supra.

**Artículo 3º.-** La información a que se refiere el artículo 2º, primer párrafo, es brindada por el profesional o equipo médico interviniente, con el aporte interdisciplinario que fuere necesario, en términos claros, adecuados a la edad, nivel de comprensión, estado

psíquico y personalidad del paciente y personas a que se refiere el artículo 4º, a efectos de que al prestar su consentimiento lo hagan debidamente informados. En todos los casos debe dejarse constancia de la información por escrito en un acta que debe ser firmada por todos los intervinientes del acto.

**Artículo 4º.-** Cuando se tratare de una persona incapaz que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación; o de una persona que no esté consciente o en pleno uso de sus facultades mentales por causa de la enfermedad que padezca o del accidente que haya sufrido, la información a que se refieren los artículos 2º y 3º es brindada al representante legal o al cónyuge, descendiente, ascendiente, o a los parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido de la persona incapaz, o que no se encuentre consciente o en pleno uso de sus facultades mentales.

En el caso de persona incapaz, interviene el Asesor de Menores e Incapaces en virtud de la representación promiscua que determina el artículo 59 del Código Civil.

**Artículo 5º.-** La manifestación de voluntad, la cual es instrumentada en un acta, debe reunir los siguientes requisitos:

Se materializará en una declaración por escrito.

Es firmada por el interesado previa información a la que se refiere el artículo 3º, ante el profesional o equipo médico interviniente y dos testigos que no sean parientes del paciente, o beneficiarios testamentarios o beneficiarios de un seguro de vida del mismo.

Se incorporará dicho documento a la historia clínica del paciente.

Cuando exista imposibilidad física del paciente para firmar la manifestación de voluntad, ésta podrá ser firmada a ruego, cumplimentados los requisitos enumerados en los incisos 1), 2) y 3) de este artículo.

Cuando se tratare de una persona incapaz que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación; o de una persona que no esté consciente o en pleno uso de sus facultades mentales por causa de la enfermedad que padezca o del accidente que haya sufrido, la manifestación de voluntad referida en el primer párrafo del artículo segundo es firmada por la/s personas a las que se refiere el artículo 4º de la presente ley. En el

caso de que en virtud del artículo 4º, párrafo último de esta ley, se deba dar intervención al Asesor de Menores e Incapaces, se debe dejar constancia de tal intervención en el acta respectiva.

**Artículo 6º.-** En aquellos casos en que se asista a pacientes en estado crítico, es decir cuando exista o pueda razonablemente existir una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas que puedan comprometer la supervivencia y la muerte sea un evento posible y próximo, y cuando dichos pacientes no puedan manifestar su voluntad y no lo hayan hecho con anterioridad, el equipo médico, previa intervención del comité de bioética institucional, planteará al cónyuge, descendiente, ascendiente, o a los parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido o al representante legal de la persona incapaz, la abstención o el retiro del soporte vital en las siguientes circunstancias:

Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada o existan eventos que permitieren presumir que tampoco se obtendrá en el futuro.

Cuando sólo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente e irreversible.

Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.

**Artículo 7º.-** La declaración de voluntad es revocable solamente por quien la manifestó, no pudiendo ser desconocida o revocada por representantes, familiares, personal sanitario, ni autoridad o persona alguna.

**Artículo 8º.-** En todos los casos la negativa o el rechazo a la obtención de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones tendientes al confort y control de síntomas, para el adecuado control y alivio del dolor y el sufrimiento de las personas.

**Artículo 9º.-** El cónyuge, descendiente, ascendiente, o los parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido el representante legal del paciente tienen derecho a realizar una interconsulta con un profesional que no pertenezca al equipo médico interviniente. Este último debe evaluar al paciente junto al profesional o equipo médico tratante, si existiera diferencia de criterios se continuará con la ejecución de las medidas

de soporte vital, hasta tanto se cuente con la recomendación del comité de bioética institucional más cercano al establecimiento. En caso de que exista acuerdo entre el profesional consultado y el profesional o equipo médico tratante, se realizará la correspondiente abstención o retiro del soporte vital, conforme a los recaudos de la presente ley.

**Artículo 10.-** Todos los establecimientos asistenciales-sanitarios, públicos o privados, deben contar con servicios que permitan la efectiva aplicación de programas de cuidados paliativos, conforme los estándares que exijan las normas de la especialidad. Se implementarán al mismo tiempo programas de atención domiciliaria y centros de atención extrahospitalarios para la adecuada implementación de dichos programas.

**Artículo 11.-** Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del estricto cumplimiento de la misma.

**Artículo 12.-** El médico del sistema de salud, que manifieste objeción de conciencia fundada en razones éticas con respecto a la práctica médica enunciada en la presente ley, puede optar por no participar en la misma, ante lo cual el establecimiento del sistema de salud debe suministrar de inmediato la atención de otro profesional de la salud que esté dispuesto a llevar a cabo el procedimiento de información y provisión previsto en la presente.

Independientemente de la existencia de médicos que sean objetores de conciencia, el establecimiento asistencial público o privado, debe contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que esta ley confiere.

Los reemplazos o sustituciones que sean necesarios para obtener dicho fin son realizados en forma inmediata y con carácter de urgente por las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda y, en su defecto, por el Ministerio de Salud.

La objeción de conciencia debe ser declarada por el médico al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento asistencial público o privado y debe existir un registro en la institución de dicha declaración.

**Artículo 13.-** Comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.

## Ley N° 2611

### LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

#### SANCIONA CON FUERZA DE LEY

##### CAPÍTULO I

##### PRINCIPIOS GENERALES

**Artículo 1°.-** Ámbito de aplicación. La presente Ley tiene por objeto enunciar los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud públicos y privados de la Provincia, especialmente en materia de información, documentación clínica y autonomía.

**Artículo 2°.-** Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente Ley será la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Seguridad Social.

**Artículo 3°.-** Definiciones legales. A los efectos de esta Ley se entiende por:

- Usuario: es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.
- Profesional responsable: es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- Paciente: es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
- Servicio sanitario: es la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.
- Centro sanitario: es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

- Certificado médico: es la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- Consentimiento informado: es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- Documentación clínica: es el respaldo de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
- Historia clínica: es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
- Información clínica: es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.
- Información epidemiológica: es todo dato referente a problemas sanitarios que afecten a una comunidad y que impliquen un mayor o menor riesgo para la salud pública o individual.
- Informe de alta médica o epicrisis: es el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.
- Intervención en el ámbito de la sanidad: es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.
- Libre elección: es la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos (2) o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de Salud competentes, en cada caso.
- Capacidad: es la aptitud que tiene una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones.

Ésta puede referirse al goce de los derechos, entendiendo por tal, capacidad de derecho; o bien, al ejercicio de su derecho, siendo ésta la capacidad de hecho.

**Artículo 4º.- Principios básicos.** A los efectos de la presente Ley, se tendrán en cuenta los siguientes principios básicos:

a) Derecho a recibir atención médica de buena calidad. Toda persona tiene derecho a una atención médica apropiada a su problema de salud. Los pacientes tienen derecho a ser asistidos con todos los recursos técnicos y humanos disponibles, capaces de aliviar su dolor físico y/o sufrimiento psíquico, y a evitar procedimientos o terapias que impliquen aislamiento innecesario de su medio familiar y social. A tal fin, la habilitación de dichos servicios estará sujeta al control del Estado sobre las características de infraestructura, equipamiento, salubridad, bioseguridad, confortabilidad, recursos humanos y materiales que sean adecuados para las prestaciones ofrecidas.

b) Derecho a resguardar la dignidad de la persona sana o enferma. El respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad debe orientar toda la actividad dirigida a mantener y restablecer su salud, o bien, a hacer tolerable su dolor, sea dicha actividad de orden profesional, técnico o administrativo, incluyendo la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

c) Toda actuación en el ámbito de la atención sanitaria requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la presente Ley.

d) El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, luego de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

e) Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la presente Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

f) Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención,

especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

g) El paciente y sus acompañantes deben al servidor de Salud un trato respetuoso y solidario, el cual ha de extenderse a todo miembro de las instituciones de servicio y a los restantes pacientes.

h) Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

i) El paciente tiene derecho a recibir de parte del servidor de Salud una hospitalidad acorde a su dignidad de persona, sin discriminación alguna. Trato que ha de expresarse en el respeto a su palabra, a su cuerpo, a la confidencialidad de su estado, a los requerimientos de su medicación, higiene, alimento y cuidados, y en un ejercicio de la Medicina y de los servicios a ella conexos científicamente probos que no dejen de lado ni la unicidad de su dolencia, ni el juicio prudencial dictado por lo mejor del saber y de la experiencia profesional y humana del servidor de Salud.

j) Todos los pacientes tienen derecho a que, en la instrumentación de su asistencia, se respeten su identidad cultural, sus creencias y costumbres. Las actitudes de desconsideración o menosprecio y todo género de violencia o coacción sobre los pacientes serán consideradas faltas gravísimas y habilitarán los procedimientos que las normas establezcan para disponer la responsabilidad de sus autores y las medidas disciplinarias que correspondan.

k) Los pacientes tienen derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos. En correspondencia con este derecho el servidor público debe indefectiblemente guardar y preservar el secreto profesional.

l) Todos los pacientes tienen derecho a recibir y rechazar asistencia religiosa, moral y espiritual, inclusive la de un representante de su religión, mientras recibe atención sanitaria.

m) Siendo la familia para el paciente una instancia de necesario soporte para el mantenimiento de la salud y más aún un apoyo afectivo y moral en la enfermedad y el

dolor, corresponde al servidor público no permanecer ajeno a tal relación e integrarla a la atención.

n) En toda circunstancia, y más aún en la situación terminal, el paciente ha de recibir alivio a su sufrimiento dentro de las posibilidades de los actuales conocimientos médicos y una atención humana, digna y solidaria procurando en ésta el menor padecimiento posible.

o) Considerando que al respeto por la vida corresponde el respeto por la muerte, los pacientes tienen 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 reduzca progresiva y/o irremediamente su nivel de conciencia. De acuerdo con ello los establecimientos asistenciales se ajustarán a lo establecido en el artículo 13 -De las instrucciones previas- de esta Ley.

p) Se debe respetar el ejercicio de la autonomía de su voluntad dentro del marco ético, jurídico y convivencial de las instituciones y servicios de Salud que lo alberga y/o atiende.

q) Todos los pacientes tienen derecho a comprender y ejercer sus derechos como tales, así como a tomar conocimiento cabal del alcance de su estado. Para ello tienen derecho a ser provistos, según corresponda en cada caso, de las explicaciones que los ayuden a alcanzar las condiciones que les permitan disponer de la mayor libertad en el ejercicio de su voluntad de recobrar. Todos los establecimientos que ofrecen servicios de atención y asistencia a las personas que sufren deben informar adecuadamente de las normas, reglamentos y condiciones de las prestaciones que ofrecen.

## CAPÍTULO II

### EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA

**Artículo 5º.-** Derecho a la información asistencial. Todo paciente tiene derecho a recibir información asistencial, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

a) Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma -salvando los supuestos exceptuados por la presente Ley- en términos claros, comprensibles, adecuados y acordes a su nivel de formación. La información que como regla general se

proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica comprende, como mínimo, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y sus alternativas, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y las consecuencias posibles de las antedichas intervenciones. Dicha información lo responsabiliza sobre su comportamiento al respecto.

b) Los pacientes tienen derecho a que se respete su explícita voluntad de no ser informado, sin que esta opción los exima de las responsabilidades de las consecuencias implicadas.

c) La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales; será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

d) El profesional responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de brindarle toda otra información que sea necesaria, en forma especial para los procedimientos que impliquen riesgos adicionales para su salud.

e) Todos los pacientes tienen derecho a conocer el nombre y apellido de los profesionales o asistentes que los tratan en cada una de las prestaciones que se les brindan.

**Artículo 6º.- Titular del derecho a la información asistencial.** A los efectos de la titularidad del derecho a la información asistencial, se tendrán en cuenta los siguientes enunciados:

a) El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

b) El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

c) Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se

pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

d) El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado ese caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

**Artículo 7º.- Derecho a la información epidemiológica.** Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la presente Ley.

### CAPÍTULO III

#### EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD Y A LA INTIMIDAD

**Artículo 8º.- El derecho a la confidencialidad y a la intimidad.** Los pacientes tendrán derecho a la confidencialidad y a la intimidad, de acuerdo a las siguientes pautas:

a) Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la presente Ley.

b) Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter íntimo que tienen determinados datos y por lo tanto el acceso a los mismos debe restringirse al número indispensable de personas relacionadas con su atención.

c) Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán -cuando proceda- las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

## CAPÍTULO IV

### EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

**Artículo 9º.- Consentimiento informado.** El consentimiento informado se producirá de acuerdo a las siguientes disposiciones:

a) Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 5º, haya valorado las opciones propias del caso.

b) El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica; procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

c) El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anexos y otros datos de carácter general, con información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

d) Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

e) El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

**Artículo 10º.- Límites del consentimiento informado.** El consentimiento informado tendrá las siguientes limitaciones:

a) La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

b) Los profesionales podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

1) Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la presente Ley. En todos los casos, una vez adoptadas las medidas pertinentes, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de veinticuatro (24) horas, siempre que se disponga la internación obligatoria de personas.

2) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

**Artículo 11.- Consentimiento por representación.** Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no tenga la capacidad necesaria para tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente sea incapaz de hecho, en cuanto a no tener capacidad para tomar decisiones. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

**Artículo 12.- Condiciones de la información y consentimiento por escrito.** El profesional proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más detallada deberá ser la explicación, previo consentimiento por escrito del paciente.

**Artículo 13.- De las instrucciones previas.** El paciente tendrá derecho a manifestar sus instrucciones previamente, las que serán observadas por el servicio de Salud de acuerdo a las siguientes pautas:

- a) Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con el objeto que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que -llegado el caso- sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
- b) Cada servicio de Salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
- c) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la “*lex artis*”, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
- d) El paciente podrá revocar libremente y en cualquier momento las instrucciones previas dejando constancia por escrito.

## CAPÍTULO V

### LA HISTORIA CLÍNICA

**Artículo 14.- Definición y archivo de la historia clínica.** La historia clínica se confeccionará y archivará de acuerdo a las siguientes pautas:

a) La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro asistencial.

b) Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte

-papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten- de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

c) Las administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

d) El Sistema Público de Salud y los diferentes centros sanitarios privados aprobarán explícitamente las disposiciones necesarias para que los mismos puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

**Artículo 15.- Contenido de la historia clínica de cada paciente.** La historia clínica del paciente contendrá:

a) La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de Salud tanto en el ámbito ambulatorio como en la internación.

b) La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

El contenido mínimo de la historia clínica será diferente para la atención ambulatoria y la internación y para las diversas circunstancias del ciclo vital de los pacientes y usuarios, según establezca en la reglamentación la autoridad de aplicación de la presente Ley.

c) La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los profesionales de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

d) La confección de la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

**Artículo 16.- Usos de la historia clínica.** El acceso a la historia clínica se enmarcará en las siguientes pautas:

a) La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

b) Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que lo asisten.

c) El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en las leyes vigentes de protección de datos de carácter personal, secreto estadístico, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales,

en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

d) El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

e) El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia administración sanitaria.

f) El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

**Artículo 17.- La conservación de la historia clínica.** A los efectos de la conservación de la historia clínica se observarán las siguientes disposiciones:

a) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y por el mínimo de años que establezcan las leyes vigentes.

b) La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente, y se conservará cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y se hará de tal forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

c) Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

d) La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de Salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las

historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

e) Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

**Artículo 18.- Derechos de acceso a la historia clínica.** Los pacientes tendrán acceso a la historia clínica en las siguientes condiciones:

a) El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella, con las reservas señaladas en el apartado c) de este artículo. Los centros sanitarios son responsables de regular el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

b) El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

c) El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente.

d) Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

**Artículo 19.- Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.** El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recopilación, integración, recuperación y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

## CAPÍTULO VI

### INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

**Artículo 20.- Informe de alta -epicrisis-**. Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos detallados en el artículo 3º

-Definiciones legales: Informe de alta médica o epicrisis- de la presente Ley.

**Artículo 21.- El alta del paciente en situaciones excepcionales.** Cuando se produjeran situaciones excepcionales relacionadas con el alta del paciente se procederá de conformidad a las siguientes pautas:

a) En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la presente Ley.

El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario en su misma sede o a través de instituciones dependientes, y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

En estos casos deberán extremarse las recomendaciones sobre la información, contenidas en la presente Ley y la intervención de las personas allegadas al paciente.

b) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro de salud, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente, y si persiste en su negativa lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

**Artículo 22.- Emisión de certificados médicos.** Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

**Artículo 23.- Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.**

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de Salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 24.-** Todos los servicios de Salud de la Provincia del Neuquén deberán implementar las disposiciones emanadas de la presente Ley y la reglamentación que al efecto se dicte.

**Artículo 25.-** La autoridad de aplicación reglamentará la presente Ley en el término de ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.

**Artículo 26.-** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

**Antecedentes importantes de la jurisdicción extranjera donde se permitió que se retirara la alimentación y nutrición a enfermos terminales donde el fundamento ético expuesto fue “el sostenimiento artificial de la vida”:**

**- Karen Quinlan (1976), (VIANA, 2011):**

Este caso es considerado relevante debido a que, a raíz de la sentencia judicial, se constituyeron por primera vez en la historia los comités de ética hospitalaria, además de ser un precedente que abrió la posibilidad de permitir a los familiares de 24 estados de EE UU, decir a los médicos que no se emplearan sistemas artificiales para seguir manteniendo con vida a una persona en caso de enfermedades incurables.

Se trata de una joven de Pennsylvania, que fue mantenida con vida en forma artificial durante varios años, después de un largo proceso legal iniciado por sus padres para permitirle morir. Su caso inició un largo debate sobre la eutanasia.

Karen tenía 20 años, cuando concurrió a una fiesta donde tras consumir alcohol y un tranquilizante, sumado a una obsesión por las dietas (se estimó que prácticamente no había comido en las últimas 48 hs.), sufrió un desmayo y fue encontrada pocos minutos después por sus compañeros en la fiesta, tras varios intentos por reanimarla, ella nunca recuperó la conciencia. Días después se diagnosticó a Karen con un daño cerebral irreversible por experimentar una falla respiratoria prolongada, lo cual hizo indispensable que fuera conectada a aparatos que pudieran mantenerla con vida (ventilación mecánica). Fue así que permaneció durante nueve años en un estado vegetativo persistente y su condición se fue deteriorando gradualmente.

Fueron sus padres (adoptivos), los que solicitaron que cesaran los tratamientos que mantenían con vida artificialmente a Karen. En un primer momento la Corte Superior de Nueva Jersey negó el permiso a los Quinlan, argumentando el Juez Roberto Muir que: “Los motivos humanitarios no pueden justificar que se quite una vida humana. El hecho de que la víctima se encuentre a las puertas de la muerte no justifica su homicidio”, añadiendo además que “la cualidad temporal más importante que tiene Karen Ann Quinlan es que está viva. Y existe todavía una esperanza de que pueda

recuperarse, por muy remota que parezca”. Fue entonces que los padres adoptivos de Karen llegaron a la Corte Suprema de New Jersey, que finalmente acogió la petición, argumentando que no existiendo dudas al respecto y “tratándose de esta triste circunstancia, de que si Karen estuviese por un momento en estado de lucidez y se diera cuenta de que volvería al estado de coma porque su enfermedad no tenía remedio, decidiría que se desconectara el uso del aparato mecánico para mantenerla con vida” (ABC, 1975, pág. 89 ; 1976, pág.71).

Sin embargo, Karen continuó respirando de manera espontánea después del retiro del ventilador. Fue alimentada mediante sonda nasogástrica por nueve años más, hasta su muerte por neumonía en 1985.

Otro dato a tener en cuenta es que los padres de Karen afirmaron haber gastado durante solo los primeros 156 días que Karen estuvo en coma, cerca de 2000.000 dólares.

#### **-Nancy Cruzan (1990), (Montalvo, 2009):**

En este caso la Corte de New Jersey permitió a la familia de la paciente Cruzan, retirarle el respirador artificial que la mantenía con vida desde hacía siete años. Nancy desde sus 32 años de edad permanecía en un estado vegetativo permanente originado por una sobredosis de alcohol y drogas.

Al igual que en el caso Karen Quinlan, fueron los padres de Nancy los que solicitaron al tribunal del circuito de Jasper Caunty, permiso para retirar la sonda que la alimentaba, esta Corte concedió lo solicitado afirmando el “derecho a la libertad” expresado en la constitución, pero el fallo fue apelado por el guardián “ad litem” y la Suprema Corte de Missouri revocó esa decisión. Más tarde la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos resolvió el caso expresando que una persona cuyos deseos son claramente conocidos tiene un derecho constitucional a interrumpir la continuación del tratamiento que lo mantiene con vida. Fue la primera vez que el alto tribunal americano resolvió un caso que trata sobre el derecho a morir<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> -Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, et al, 497 U.S. 261; 110 S. Ct. 2841; 111 L. Ed. 2d 224; 1990 U.S. Lexis.

Es a partir de este caso que más de cincuenta Cortes en veinte estados han considerado el derecho del paciente a que un tratamiento sea retirado.

**-TerriSchivo (2005), (Elmundo.es, 2005):**

Esta mujer tenía 26, cuando en 1990 quedó en estado vegetativo tras sufrir un “ataque cardíaco a causa de una súbita bajada de potasio” causada por un estricto régimen que llevaba para adelgazar.

Este caso en particular presenta una batalla judicial que duró un poco más de siete años, entre el esposo de Terri, Michael Schiavo, quien ejercía su tutela legal, y pretendía que desconectara la sonda que alimentaba artificialmente a su mujer, convencido que ella no volvería a vivir con normalidad y aseguraba que ella nunca hubiera querido vivir de esa manera. En oposición a sus deseos, se encontraban la postura de los padres de Terri, quienes se negaban rotundamente a que su hija fuera desconectada. Fue un largo proceso, tal es así que en tres ocasiones la paciente fue desconectada y luego, vuelta a conectar.

Luego de la segunda desconexión, realizada en octubre de 2003, los padres de Terri recurrieron al gobernador de Florida, Jeb Bush, quien presentó un proyecto de ley especial al Congreso del estado, que aprobó la llamada “Ley de Terri”, que permitió al gobernante ordenar 'ipso facto' que la mujer fuera intubada de nuevo.

Michael Schiavo demandó ante los tribunales la inconstitucionalidad de esa Ley y logró en septiembre de 2004 que el Tribunal Supremo de Florida le diera la razón y la mujer fue desconectada nuevamente.

Los padres de Terri suplicaron entonces la intervención de los legisladores federales y del presidente Bush, quien rápidamente promulgó la “Ley para aliviar a los padres de Teresa Marie Schiavo”, aprobada por el Congreso estadounidense, de mayoría republicana.

De esa manera, el matrimonio Schindler pudo llevar su caso al sistema judicial federal, llegando hasta el Tribunal Supremo de EE UU, que, como todas las instancias anteriores, negó sus demandas y falló finalmente en favor de la desconexión de la mujer.

**-Eluana Englaro (2009), (RTVE.ES, 2009):**

Esta joven italiana permaneció 17 años en un estado vegetativo luego de sufrir un accidente de tráfico en 1992. Ante esta supuesta situación irreversible, su padre apoyó la posibilidad de suspender el suministro de alimentos, ya que el aseguraba que “habría expresado claramente el deseo de morir en caso de sufrir un accidente que la dejara en coma o en estado vegetativo”.

La petición de Beppino Englaro, padre de Eluana, fue rechazada en varias ocasiones, Primero por la Corte de Apelaciones de Milán, Luego por la Corte de Casación (tribunal Supremo de Italia). Un nuevo juicio fue concedido más tarde por la misma Corte de casación en el año 2007 y la Corte de apelaciones de Milán sentenció un año más tarde que el “padre y tutor de Eluana, tenía permitido interrumpir el suministro de alimentación e hidratación. Finalmente la Corte Suprema de Italia, tras varias Críticas y oposiciones del mismo Vaticano y del gobierno italiano, concedió a Beppino Englaro, el derecho a desconectarla de las máquinas que mantenían con vida a su hija.

### Formulario descriptivo del Trabajo Final de Graduación

Este formulario estará completo sólo si se acompaña de la presentación de un resumen en castellano y un abstract en inglés del TFG

El mismo deberá incorporarse a las versiones impresas del TFG, previa aprobación del resumen en castellano por parte de la CAE evaluadora.

Recomendaciones para la generación del "resumen" o "abstract" (inglés)

"Constituye una anticipación condensada del problema que se desarrollará en forma más extensa en el trabajo escrito. Su objetivo es orientar al lector a identificar el contenido básico del texto en forma rápida y a determinar su relevancia. Su extensión varía entre 150/350 palabras. Incluye en forma clara y breve: los objetivos y alcances del estudio, los procedimientos básicos, los contenidos y los resultados. Escrito en un solo párrafo, en tercera persona, contiene únicamente ideas centrales; no tiene citas, abreviaturas, ni referencias bibliográficas. En general el autor debe asegurar que el resumen refleje correctamente el propósito y el contenido, sin incluir información que no esté presente en el cuerpo del escrito.

Debe ser conciso y específico". Deberá contener seis palabras clave.

#### Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor:	VILLARREAL GONZÁLEZ MAXIMILIANO OSCAR
E-mail:	<a href="mailto:Maximilianovillarreal85@hotmail.com">Maximilianovillarreal85@hotmail.com</a>
Título de grado que obtiene:	ABOGADO

#### Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LEY DE MUERTE DIGNA EN ARGENTINA
Título del TFG en inglés	CRITICAL ANALYSIS OF THE LAW OF DEATH WORTHY IN ARGENTINE
Tipo de TFG (PAP, PIA, IDC)	PIA
Integrantes de la CAE	ALLADIO MARCOS – GONZÁLEZ UNZUETA CRISTINA
Fecha de último coloquio con la CAE	27-08-13
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	TFG. Villarreal González Maximiliano Oscar. PDF

#### Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis. (marcar con una cruz lo que corresponda)

**Autorización de Publicación electrónica:**

- Si, inmediatamente
- Si, después de 2... mes(es)
- No autorizo



Firma del alumno