



Trabajo Final de Grado

“La prohibición de las prácticas eutanásicas en el Derecho Argentino.

¿Se acepta la Eutanasia pasiva?”

Carrera: Abogacía

Alumno: Urani Pamela Lucia

N° de Legajo: VABG 46769

Año: 2015

Profesores: González Unzueta, Cristina

Villanueva, Carlos

Resumen

Como en la legislación de la República Argentina, no se encuentra regulada la figura de la eutanasia y tomando en cuenta la nueva legislación respecto de la ley de - Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado-. Se analizará los extremos vertidos en la Ley N° 26.529, y su norma Modificatoria, la Ley N° 26.742, que regula la Muerte Digna. Se indagará en profundidad la posibilidad de tener por aceptada de manera indirecta la realización de prácticas eutanásicas pasivas, debido a la posibilidad de concretar el rechazo no solo del encarnizamiento terapéutico, sino también el rechazo de los cuidados paliativos y los procedimientos de hidratación y alimentación en caso de pacientes terminales. ¿Se admitiría en nuestro sistema legal por vía indirecta la eutanasia pasiva?

Abstract

As in the legislation of the Argentinian Republic, the figure of euthanasia is not regulated and taking into account the new legislation regarding the law - Patient Rights, Medical History and Informed Consent-. We will analyze the content of the Law No. 26,529 and its Amending norm, Law No. 26,742, which regulates the Dignified Death. We will inquire in depth the possibility of having in an indirectly way the acceptance of performing passive euthanasia practices , due to the possibility of achieving the rejection not only of therapeutic cruelty , but also the rejection of palliative care and procedures of hydration and feeding for terminally ill patients. ¿Would it be admitted by our legal system in an indirect way a passive euthanasia?

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I – Algunas nociones previas	12
1. ¿Qué se entiende por Eutanasia?	13
2. ¿Qué es la Distanasia?.....	16
3. ¿Qué es la Ortotanasia?	17
4. Otros conceptos relacionados	18
4.1. ¿Qué debe entenderse por estado vegetativo persistente?	18
4.2. Muerte Cerebral – Muerte Encefálica	19
4.3 ¿En qué consisten los “cuidados paliativos”? ¿Qué es el Soporte vital?	20
CAPÍTULO II.- Derecho Comparado	23
1. México.....	23
2. Estados Unidos	25
3. Canadá.....	26
4. España	27
5. Holanda y Bélgica.....	29
CAPÍTULO III.- Antecedentes Nacionales Legislativos y Jurisprudenciales relevantes que impulsaron a la Ley Derechos del Paciente.....	35
1. Antecedentes legislativos Provinciales	35
1.1. Río Negro.....	35
1.2. Neuquén.....	37
2. Antecedentes jurisprudenciales	38
2.1 El caso Bahamondez. Síntesis. Fundamentos. Principios.....	38
2.2 El caso Albarracini. Síntesis. Nueva visión.....	41
3. Principios y Dilemas de Bioética.....	43
3.1 La autonomía privada de la voluntad	44
3.2 El principio de no maleficencia.....	45
3.2.1. El deber hipocrático de los médicos	46
3.3. El principio de justicia	48
3.4. Dilema bioético en la Nutrición e hidratación al final de la vida.....	48
CAPÍTULO IV- Análisis de La ley de muerte Digna	52
1. Derecho a rechazar la distanasia.....	52
2. Ampliación del consentimiento informado	55
3. Cuidados paliativos. La posibilidad de su rechazo	59

4. Incorporación del consentimiento informado por terceros y su revocabilidad	59
5. Las directivas anticipadas de salud. Requisitos formales.	61
6. Eliminación de la responsabilidad de los Profesionales Médicos.	62
CAPÍTULO V.- Contradicción Normativa en la ley de Derechos del Paciente.	65
1. Definición de laguna semántica.....	65
2. Necesidad de una norma explícita	66
3. ¿La reforma a la Ley N° 26.529 permite la eutanasia pasiva?	69
CONCLUSIÓN	72
BIBLIOGRAFIA.....	76

INTRODUCCIÓN

En el mundo tecnológico actual vivimos asistidos por las bondades y las ventajas que nos brindan la tecnología y la informática en general. Pero específicamente en el ámbito de la Medicina los avances han sido asombrosos. Hace un siglo atrás habría sido impensado que los alimentos pudieran modificarse orgánicamente para su máxima duración antes del comienzo de la descomposición; o no habría resultado creíble que un órgano humano pudiera prolongar y/o mejorar la calidad de vida de otro ser humano. Ante esta especial circunstancia, el derecho se ha visto obligado a la adaptación. Fue estrictamente necesario que el Derecho se fuera acomodando a una nueva realidad, para que las normas jurídicas la reflejen con justicia y razonabilidad y no resulten abstractas. Esta necesidad, que aun prevalece en todos los sistemas jurídicos existentes –por los continuos cambios y avances tecnológicos- encuentra su razón de ser en la idea de que el derecho debe ser el reflejo de las necesidades sociales.

El presente trabajo de investigación se centrará en la especial tarea de analizar una ley que vino a dar muchas respuestas a lagunas normativas causadas justamente por el rápido e indiscriminado avance tecnológico, en el marco de la Medicina. Esta Ley N° 26.529 –Ley de derechos del Paciente- en su primer intento, allá por el año 2009, fue de absoluto interés para juristas y estudiosos del derecho; no obstante al poco tiempo se convirtió en cuna de las más profundas y variadas críticas. Por eso unos años después, el Legislador consciente de algunas vaguedades y del acierto de algunas de aquellas críticas intentó paliarlas con el dictado de la Ley N° 26.742 –Ley de Muerte Digna-, modificatoria de la Ley de Derechos del Paciente antes mencionada. A pesar de ello, muchos críticos siguen sosteniendo la necesidad de otra

reforma que aclare más la recepción legislativa de un tema tan universal pero tan delicado como lo es la decisión sobre la propia muerte.

Conociendo la existencia de estas críticas, y entendiendo que las normas no son para el entendimiento exclusivo de los conocedores del derecho sino para la regulación de las conductas del grueso común de la sociedad, es que, la ley debe ser redactada con un lenguaje común y de ser posible, libre de tecnicismos jurídicos y/o tecnológicos –como es el caso- cuyo entendimiento este limitado solo a un grupo de personas por su especial formación. La norma debe ser entendida y correctamente interpretada por todos los ciudadanos a quienes en definitiva se les aplica.

La norma que será objeto de estudio en el presente trabajo a partir de su sanción y entrada en vigencia en nuestro país, regula en concreto el derecho de la Persona a decidir las condiciones de su muerte, dejando expresamente prohibida la realización de prácticas eutanásicas. Esta norma debería aclarar qué debe ser entendido por prácticas eutanásicas, ya que regula derechos personalísimos amparados constitucionalmente.

El dictado de esta norma a nivel nacional fue sin lugar a dudas, una consecuencia esperada luego de la ratificación por parte de nuestro país, a los cuantiosos Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos que ya preveían esta regulación o reconocían sin más el derecho a una muerte digna¹, fundados en el respeto a la Dignidad personal y biológica. Era imperioso por lo tanto, proveer lo necesario para una nueva regulación jurídica acorde a esas normativas internacionales que tenían por nuestra adhesión jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 Const. Nac.).

No obstante ello, antes de la sanción de la Ley citada, en algunas Provincias de nuestra República se dictaron leyes regulatorias de esta cuestión atendiendo a lo

¹ A modo de ejemplo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana de los Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos Humanos.

normado por aquellos tratados suscritos. Es el caso de las Provincias de Río Negro, Neuquén y Chaco, que aún antes de la sanción y entrada en vigencia de la ley que hoy analizamos, dictaron en el ámbito de su propia jurisdicción una regulación específica de los actos de autoprotección, amparando el derecho que le asiste a las personas rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación o reanimación artificial en el supuesto de que sean extraordinarios y/o desproporcionados a las posibilidades de mejora.

Una vez dictada la Ley de Derecho del Paciente, se hicieron eco de ella múltiples trabajos doctrinarios interpretativos y críticos de aquella. A raíz de dichas elaboraciones han surgido interrogantes sin respuesta legal, al menos aparente. ¿Qué es la distanasia y cómo debe interpretarse a la luz de la nueva legislación? ¿Qué es la eutanasia y cuáles son sus modalidades? La ley –Derechos del Paciente y su modificatoria- ¿permite indirectamente la realización de prácticas eutanásicas pasivas? Muchos interrogantes cuyas respuestas intentan brindarse desde la doctrina nacional y/o provincial, y que en muchos casos se encuentran en su aplicación por los Tribunales argentinos. La letra de la ley resulta tajante al prohibir expresamente en su art. 11 la realización de “prácticas eutanásicas”, pero de una interpretación integral de la norma pueden ensayarse otras soluciones que pueden llevarnos a una confusión. Mediante la presente investigación se intentará brindar claridad a dichos preceptos, para una mejor comprensión del espíritu de la ley. Por ello, es oportuno valerse también de las interpretaciones que los Jueces hayan ensayado en sus sentencias en los casos particulares, no sólo en la aplicación estricta de la ley mencionada, sino indagando cual era la postura jurisprudencial ante este tema tan delicado aun antes de la sanción de dichas normas.

Todas estas elaboraciones, y las posturas doctrinarias y jurisprudenciales hacen necesario analizar si se encuentra o no permitida la eutanasia pasiva (directa o indirectamente) en nuestro derecho a pesar de contar con una prohibición expresa. Por ello, en este trabajo se decidió indagar en nuestro derecho, íntegramente considerado, para conocer que prácticas se encuentran, en definitiva permitidas en un estadio de vida humana terminal.

Asimismo, asumimos la empresa de conocer y exponer las distintas prácticas que existen en general en relación a pacientes terminales, sus fundamentos, sus consecuencias y en su caso las distinciones. A tal fin expondremos las soluciones arribadas a nivel internacional que de manera avanzada desarrollaron otros sistemas jurídicos ante esta problemática y que sirvieron de guía para el resto de los países como el nuestro.

Sin pretender que la presente investigación sea demasiado ambiciosa, y como consecuencia de lo anterior, se reflexionará sobre los principios jurídicos que en definitiva orientaron las soluciones legislativas actuales en nuestro derecho y que les sirven de sustento. Propiciando a su vez un análisis de las distintas soluciones jurisprudenciales que aplican esta legislación y que pueden echar luz al problema planteado y poder así cubrir la vaguedad que nos asiste en la materia.

Por todo ello, este trabajo de investigación jurídica en una primera instancia se orientará a una exposición explicativa de todas las alternativas que existen en el mundo de la medicina para afrontar con dignidad humana y biológica los últimos estadios de la vida, o en su caso para que la muerte cuando se torna irreversible sea lo menos dolorosa posible, buscando el mayor beneficio del paciente.

Se ahondarán estos aspectos y su recepción legislativa en el derecho comparado, analizando y evaluando las distintas soluciones brindadas a la misma

problemática, explorando de ser posible y en caso de que hubiesen existido, los dilemas ético-jurídicos que hayan tenido que afrontar para su eficaz aplicación en el mundo de los hechos.

Asimismo, similar tarea se realizará en el marco del derecho nacional. Es decir, nos sumergiremos en la doctrina y jurisprudencia nacional y provincial que aún antes del dictado de las Normas bajo análisis, se fueron desarrollando y gestando para dar respuesta a una realidad cambiante gracias al progreso de la ciencia y la medicina.

Como ya se expuso, luego de la sanción de dichas leyes, muchas fueron las elaboraciones doctrinarias que intentaron desarrollar explicaciones o interpretaciones legales que son concordantes con el resto de las normas que integran nuestro sistema jurídico. De allí las múltiples críticas que surgieron en torno a esta nueva ley. Nos detendremos a analizarlas en cuanto estén relacionadas a la problemática sobre si se permite o no –expresa o tácitamente- prácticas eutanásicas en nuestro derecho, que hemos planteado en el presente trabajo.

Todo ello nos permitirá arribar a conclusiones en el marco de lo investigado, que nos permitan obtener claridad conceptual de toda la temática abordada, y cuál es el sentido que el legislador le ha brindado para su tratamiento legislativo actual. Incluso, tal vez la investigación impulse la idea de una nueva reforma legislativa, o la necesidad de una norma reglamentaria que brinde las herramientas para una correcta y justa aplicación legal. O simplemente quizás genere nuevos interrogantes que serán nuevos objetos de estudio e investigación futura.

En el capítulo I se desarrollarán conceptos técnicos de la medicina que no resultan claros para el grueso de la comunidad a efectos de posibilitar un óptimo entendimiento de la temática. De este modo, se responderá a las siguientes preguntas: ¿Qué es la eutanasia? ¿Qué es la distanasia? ¿Qué es la ortotanasia? ¿Qué debe

entenderse por estado vegetativo persistente? ¿Qué son los cuidados paliativos? Descubriremos qué debe entenderse por el estado vegetativo permanente, cuándo se configura y en su caso, cuáles son sus consecuencias biológicas; qué se entiende por muerte cerebral y muerte encefálica, sus diferencias y características; en qué consisten las prácticas distanásicas u ortotanásicas, etc.

En el capítulo II se verá la temática a la luz del derecho comparado. Para una mejor exposición, se distinguirá a los países que dieron tratamiento a esta problemática teniendo en cuenta los sistemas normativos y los continentes a los que pertenecen. Dicho análisis resultará absolutamente productivo a fines de entender el nuevo paradigma adoptado por los tratados regulatorios de los Derechos Humanos suscriptos por nuestro país, que ya de antemano preveían y reconocían ampliamente los derechos que tienen los pacientes en general, y el derecho a una muerte digna que tienen en particular los pacientes de enfermedades terminales. Situación que empujó a nuestros órganos legislativos, para iniciar las tareas propias para la actualización y adecuación de nuestro derecho a tan importantes proclamas.

En el capítulo III se reflexionará respecto de los antecedentes legislativos provinciales, que de manera novedosa impulsaron regulaciones específicas en torno a esta temática. Del mismo modo estudiaremos las explicaciones ensayadas por los tribunales argentinos ante las diversas controversias que se suscitaron en relación a esta temática, antes y después la de sanción de las leyes precitadas

El Capítulo IV se abocará, a analizar los extremos vertidos en la Ley N° 26.529 regulatoria de los Derechos del Paciente, procederá a tratar su Norma Modificatoria, esto es, la Ley N° 26.742, que regula la Muerte digna. Se considerará en particular los institutos que regula, y se analizarán las novedades jurídicas que imponen, en particular la posibilidad de concretar el rechazo no solo del

encarnizamiento terapéutico, sino también el rechazo de los cuidados paliativos y los procedimientos de hidratación y alimentación en caso de pacientes terminales.

En Capítulo V se indagará en profundidad la posibilidad de tener por aceptada de manera indirecta la realización de prácticas eutanásicas pasivas, es decir, si como resultado de todas las propuestas legislativas, los sustentos y antecedentes internacionales –legislativos o jurisprudenciales-, se admite en nuestro sistema por vía indirecta la eutanasia pasiva. Con todo ello, y amén de las conclusiones a las que se arribe, se tratará de considerar las ventajas de una eventual reglamentación de las leyes tratadas en el presente trabajo, a manos del Poder Ejecutivo Nacional en uso de sus facultades reglamentarias. Ello no sólo resultaría útil sino que, a la luz de las cuestiones planteadas, sería absolutamente necesario.

El trabajo investigativo que se expondrá nos permitirá, en virtud de posibilitar mayor claridad en cuanto a conceptos vagos o poco claros, a pesar de ser utilizados de manera cotidiana, ayudando a un mejor entendimiento social. Creemos con todo ello, que será factible conocer el verdadero sentido y alcance que tuvo en miras el legislador nacional al momento de su sanción. Podremos dilucidar su verdadero espíritu.

CAPÍTULO I – Algunas nociones previas

En este capítulo se desarrollarán conceptos técnicos de la medicina, que no resultan claros para el grueso de la comunidad a efectos de posibilitar un óptimo entendimiento de la temática. De este modo, se responderá a las siguientes preguntas: ¿Qué es la eutanasia? ¿Qué es la distanasia? ¿Qué es la ortotanasia? ¿Qué son los cuidados paliativos? Descubriremos qué debe entenderse por el estado vegetativo permanente, cuándo se configura y en su caso, cuáles son sus consecuencias biológicas; qué se entiende por muerte cerebral y muerte encefálica, sus diferencias y características; en qué consisten las prácticas distanásicas u ortotanásicas, etc. La comprensión de estos conceptos resulta fundamental para el análisis de su abordaje jurídico.

En la actualidad la realidad tecnológica-científica nos ha trasladado a escenarios impensados años atrás. Específicamente en el ámbito de la Medicina los desarrollos tecnológicos han permitido en muchos casos, no solo mejorar la calidad de vida de las personas, sino también prolongarla superando los promedios de vida antes conocidos; y correlativamente, cumplimentar acabadamente el deber hipocrático que juran los Médicos al momento de ejercer su profesión.

Así como estos avances tienen sus bondades que son muchas e innumerables, también tienen o encierran sus consecuencias negativas, amén de la despersonalización de la medicina. Es decir, la intervención de la ciencia para prolongar la vida de las personas en muchos casos provoca una deshumanización del tratamiento de las enfermedades –en muchos casos terminales- de las personas, provocando lo que más adelante explicaremos un “encarnizamiento terapéutico” desproporcionado e inútil.

En la actualidad nos asiste el abandono de la idea de que más medicina implica mejor medicina, ya que en todos los supuestos debemos atender al deseo –en algunos casos instrumentado- del paciente y a su exclusivo beneficio y/o bienestar (Berbere Delgado, 2012).

Como corolario de lo expuesto, y relacionado a los interrogantes que se pretenden responder mediante el presente trabajo, resulta útil efectuar aclaraciones conceptuales para un mejor abordaje de la materia a tratar.

Esto nos permitirá, luego del análisis jurídico que se desarrollará *infra*, comprender la diferencia entre el derecho a una muerte digna y el aclamado derecho a morir que encierran las prácticas eutanásicas no aceptadas en nuestro sistema jurídico vigente.

1. ¿Qué se entiende por Eutanasia?

Por eutanasia entendemos la inducción de la muerte sin dolor en interés del destinatario de dichas medidas, y supone la reducción de la duración de la vida de un paciente terminal.

La eutanasia ha sido objeto de estudio desde tiempo inmemorables, porque ha existido desde la antigüedad. Lógicamente la eutanasia ha tenido distintos significados de acuerdo a la etapa histórica en la que nos centremos. Según lo señala Calogero Pizzolo (2012), que a lo largo de la historia se han distinguido tres tipos de eutanasia.

La eutanasia ritualizada, se refería al “*comportamiento dirigido por la razón, que no por la ira, el apartar de los sanos a los seres inútiles*” en palabras de Séneca citado por Calogero Pizzolo (2012). Vemos aquí como se confunde eutanasia con eugenesia. En la historia antigua romana y helénica, la eutanasia no se refería al derecho del individuo sino como un deber de la comunidad de eliminar aquellos individuos dañosos para el correcto funcionamiento de la misma.

Ya en siglo XVII, Francis Bacon comienza a hablar de una eutanasia medicalizada, refiriéndose por tal a aquella muerte dulce y tranquila procurada al enfermo. En esta etapa la medicina comienza a erigirse con ayuda de los adelantos científicos de la época, y consecuentemente por algunos descubrimientos producidos. Por ello el alivio del sufrimiento mediante la muerte en enfermos terminales, era considerado por Bacon como una terapia que podía aplicarse a aquellas personas en fase terminal. Aquí la idea central de la terapia eutanásica, era adelantar la muerte a fines de aliviar el sufrimiento del enfermo (Calogero Pizzolo, 2012).

Luego pudimos conocer mediante la Segunda Guerra mundial, cómo la Alemania Nazi, manipulando el sentido de las llamadas terapias eutanásicas, elabora un “Programa eutanásico” mediante el cual, se eliminó sistemáticamente miles de vidas por ser considerados “sujetos carentes de valor vital” (Calogero Pizzolo, 2012). Cabe aclarar que la idea primigenia Nazi, no era eutanásica, sino genocida, ya que lo que pretendían era la depuración de una pseudo raza aria, evitando degeneraciones sociales.

Por último la eutanasia autonomizada, es aquella práctica con la anuencia del paciente terminal, es decir la que se practica contando con la autonomía del enfermo.

Bajo ningún aspecto, debe confundirse eutanasia con el suicidio, ya que en este último caso la persona se auto ejecuta, sin intervención colaboración o ayuda de nadie. Para que exista eutanasia necesariamente debemos contar con dos voluntades como mínimo, ya que quien ejecuta los actos materiales siempre es un tercero. (Calogero Pizzolo, 2012)

Siempre que hablemos de eutanasia, presuponemos no solo la petición del paciente a un tercero para que intervenga, sino sobre todo las condiciones de la enfermedad terminal, la irreversibilidad de la situación, los sufrimientos físicos y

psíquicos. El sujeto activo es aquel que procure la muerte por cualquier motivo que sea.

Amén de lo expuesto, la eutanasia por la forma en que se ha ido realizando a lo largo de la historia, ha adoptado dos formas bien diferenciales. Eutanasia activa (también conocida como *mercy killing*), y la eutanasia pasiva (*letting die*).

La primera se caracteriza por un *facere* (hacer) del sujeto que la dispone sobre el paciente, es decir, mediante una acción un tercero provoca o acelera la muerte a una persona. En cambio, con la segunda nos encontramos ante un *non facere ad limine* (no hacer), que significa sin más la omisión de proveer a un paciente la terapia normal. Tanto en uno como en otro, lo que encontramos como denominador común es el móvil compasivo del tercero, que es quien actúa por acción u omisión provocando o acelerando la muerte del enfermo (Calogero Pizzolo, 2012).

Como vemos en el último supuesto mencionado, esto es, la eutanasia pasiva, encontramos puntos de conexión con la ortotanasia, o también llamada Muerte Digna, que se desarrollará más adelante en este capítulo. En ambos supuestos estamos en presencia de un tercero que deja de aplicar las terapias curativas a un enfermo terminal. Pero no debemos confundir dichos conceptos, ya que cuando hablamos de eutanasia pasiva, la iniciativa compasiva nace o parte de la voluntad del tercero que dispone la “no aplicación de medidas curativas”, en cambio cuando nos referimos a la Ortotanasia, siempre nos referimos al respeto a la voluntad consciente e informada del paciente quien dispone su “no sometimiento a las medidas curativas mencionadas”, por considerarlas desproporcionadas e inútiles en relación al estado de su enfermedad, priorizando en ese caso su calidad de vida hasta que se produzca su muerte.

2. ¿Qué es la Distanasia?

También es conocida como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, y contrario sensu a la eutanasia, la distanasia implica el empleo o la aplicación de medidas sean o no proporcionadas a la enfermedad padecida a fines de retrasar hasta última instancia el momento de la muerte en un paciente terminal. En estos supuestos, no interesa, o al menos no resulta relevante si existe o no esperanza de curación; lo que realmente importa es aplicar todos medios que existan a fines de mantener con vida a una persona.

Sin dudas que la distanasia ha sido conceptualizada a raíz del cumplimiento en extremo del deber de los Médicos a procurar los medios para garantizar la salud de los pacientes. Es por ello que también se lo denomina ensañamiento terapéutico.

Como trasfondo de estos procedimientos, sin dudas encontramos la no aceptación de la Muerte como una circunstancia o consecuencia natural de la vida humana. Existe un deseo irracional por mantener con vida a una persona aún a costa de su propio sufrimiento, su extenuación o a la precarización de su calidad de vida.

La muerte es un hecho inevitable de la vida humana, y debemos aceptarla como una etapa más de la misma. Por ese motivo en la actualidad se critica, y creemos que con justa razón, el sometimiento de las personas a tratamientos intensivos y/o extraordinarios que no conducen a ninguna mejora, pero si mucho sufrimiento innecesario (Sambrizzi, 2012).

Muchos autores que han tratado sobre el ensañamiento terapéutico, han puesto de resalto la gravedad del mismo, ya que puede conducir eventualmente a la utilización del enfermo como objeto de posibles experimentos científicos.

3. ¿Qué es la Ortotanasia?

Con este término conocemos a la “muerte correcta”, es decir, a la muerte producida en su justo momento, sin provocarla o adelantarla pero tampoco sin evitarla irracional y fútilmente. En otras palabras, la ortotanasia consiste, cuando se sufre una enfermedad terminal e irreversible, en dejar morir a tiempo, sin emplear medios desproporcionados, solo se le provee al enfermo los consuelos humanos posibles, y los alivios médicos o cuidados paliativos para disminuir el sufrimiento y no provocar un padecimiento adicional. Lo que se trata es de permitir, a partir de cierto punto, que la naturaleza siga su curso; esto no representa acortamiento del ciclo vital, sino evitar su prolongación artificial.

Para entender exhaustivamente este concepto, es necesario echar mano al Principio Básico de nuestro derecho de la Dignidad Humana. Ortotanasia y Dignidad humana se encuentran por lo tanto íntimamente relacionados. Porque así como existe incluso reconocido expresamente en nuestra Constitución Nacional, el derecho a la vida, correlativamente existe un derecho de toda persona, en especial aquellos enfermos terminales, de tener una muerte digna (Sambrizzi, 2012).

En ningún caso debe confundirse el derecho a una muerte digna, con el derecho a la muerte, ya que esto último implica eutanasia. Aquí hablamos del derecho que tienen todo sujeto a no ser sometido contra su voluntad a experimentaciones, tratamiento extenuantes, medidas técnicas peligrosas o gravosas, cuyo resultado sea no sea la cura o la mejora en la enfermedad terminal irreversible; pero sí implica que una persona en estas condiciones pueda recibir cuidados paliativos y cuidados médicos para paliar el dolor, mitigar su sufrimiento físico o psíquico, incluso si con ello pudiera tenerse como efecto colateral acortarle la vida.

El derecho a morir con dignidad no se relaciona tanto con el hecho de la muerte en sí mismo considerado, sino con la forma de hacerlo. El encarnizamiento terapéutico conduce al paciente terminal a una prolongada agonía a manos de la ciencia medicinal, constituyéndolo en muchos casos en mero objeto de dichas prácticas con el único afán de mantenerlo con vida, sin lograr una cura o mejora de la enfermedad.

Algo que veníamos señalando es justamente la deshumanización de la tecnología medicinal. La distanasia, como lo hemos conceptualizado con anterioridad es la fiel consecuencia de esta circunstancia, del uso extremo, o mejor dicho del abuso de la ciencia y la tecnología, provocando la despersonalización del hecho de la muerte.

4. Otros conceptos relacionados

4.1. ¿Qué debe entenderse por estado vegetativo persistente?

De acuerdo a la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el estado vegetativo persistente, adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989²(Recuperado el 19/10/2013), se ha establecido en general que *“La pérdida patológica del conocimiento puede traer como consecuencia una variedad de daños cerebrales incluyendo, entre otros, insuficiencia nutricional, envenenamiento, ataque, infecciones, heridas físicas directas o enfermedad degenerativa. La pérdida abrupta del conocimiento generalmente consiste en un agudo estado de sueño, como dormido, llamado coma, que puede tener variados grados de recuperación o un deterioro neurológico crónico grave.”* Y específicamente al explicar qué debe entenderse por Estado Vegetativo Persistente (EVP) se señala que *“las personas con graves daños en los hemisferios cerebrales comúnmente pasan a un estado de*

²Fuente: Pagina web de Universidad de Navarra. Recuperado el 19/10/2013: <http://www.unav.es/cdb/ammhongkong4.html>

inconsciencia crónica, llamado estado vegetativo, en el cual 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 condición de pérdida total cognitiva puede producir graves daños que lleven al coma o que se pueden desarrollar más lentamente, como un resultado final de alteraciones estructurales progresivas, como la enfermedad de Alzheimer, que en sus etapas finales puede destruir las funciones psicológicas del cerebro. Cuando dicha pérdida cognitiva dura más de unas pocas semanas, la condición se llama estado vegetativo persistente (EVP), porque el cuerpo mantiene las funciones necesarias para continuar la supervivencia vegetativa. La recuperación del estado vegetativo es posible, en especial durante los primeros días o semanas después del comienzo, pero la tragedia es que muchas personas en EVP viven por muchos meses o años, si se les proporciona alimentación y otros medios artificiales". De esta manera entonces se entiende que no es una condición terminal en si misma considerada y que la duración del EVP depende de la naturaleza del daño cerebral.

En cuanto a las posibilidades de recuperación favorable que tienen una persona en este estado por más de tres meses son escasas. Y si se dan supuestos excepcionales de recuperación, estos sujetos lamentablemente quedan incapacitados.

4.2. Muerte Cerebral – Muerte Encefálica

Según nos enseña Jorge Carlos Berbere Delgado (2012, p. 86-87), se entiende por tal *“al cese irreversible de los hemisferios cerebrales y el tallo cerebral, constituyendo la pérdida irreversible de función de las células cerebrales.”* A diferencia de ello la muerte encefálica comprende el *“cese irreversible de la actividad vital de todo el encéfalo incluido el tallo cerebral, estructura más baja del encéfalo*

encargada de la gran mayoría de las funciones vitales”. Es por ello que toda lesión que implique la destrucción de la estructura encefálica provoca sin más la muerte de la persona y se la denomina muerte encefálica. Éste órgano es el encargado de la respiración, la regulación de la circulación sanguínea, o funciones más complejas como el despertar o la conexión con estímulos externos e internos³.

En este sentido, en nuestra legislación contamos con la Ley N° 24.193 que regula todo lo relativo a la donación y ablación de órganos humanos, y en su parte pertinente incorpora una nómina de signos a verificarse a efectos de determinar la muerte de una persona. Esta Ley que entro en vigencia en el año 1993, se encuentra complementada por el “Protocolo de Diagnóstico de Muerte” bajo criterios neurológicos aprobado por la Resolución N° 275/2010 del Ministerio de Salud de la Nación. Es decir que a los fines de su certificación, siempre será menester su comprobación tecnológica.

4.3 ¿En qué consisten los “cuidados paliativos”? ¿Qué es el Soporte vital?

En nuestra cotidianeidad, en alguna ocasión hemos podido conocer la terminología “cuidados paliativos”, y siempre ellos han estado referidos a supuestos de personas enfermas en un estado terminal. Estos cuidados paliativos consisten en procedimientos o tratamientos que se aplican a enfermos terminales pero no con fines curativos, sino para mitigar o controlar los dolores u otros síntomas indeseables, incluso pueden consistir en un apoyo espiritual o psicológico para la persona que tolera los efectos de una enfermedad grave o terminal⁴.

³ Fuente: Pagina web del INCUCAI. Recuperado el 19/10/2013. <http://www.incucai.gov.ar/profesionales/pasos/certificacion.jsp>

⁴ Fuente: Pagina web *Instituto Nacional del Cancer de E.E.U.U.* Recuperado el 04/06/2015. <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>

Generalmente son entendidos como medidas dispuestas por los profesionales de la Salud, o sus colaboradores con la finalidad de reducir el sufrimiento físico, psíquico y/o emocional de las personas enfermas para mejorarles su calidad de vida. Como vemos, la disposición de estas medidas encuentran como principal fundamento la dignidad humana (Astudillo W, Mendinueta C. “S. F”).

Conforme lo establecido por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos⁵, *“Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. (...)”*

Asimismo, según la [Carta de Praga⁶ sobre los Cuidados Paliativos del 20 de diciembre de 2012](#), se ha establecido 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”*.

En cuanto al sentido con que debe entenderse el soporte vital, cabe aclarar que no nos referimos a los primeros auxilios básicos, sino a toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte (...) (Berbere Delgado, 2013).

⁵ Fuente: Pagina web *Instituto Nacional del Cancer de E.E.U.U.* Recuperado el 04/06/2015. <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>

⁶ Fuente: Pagina web Asociación Europea para los Cuidados Paliativos . Recuperado el 06/04/2015. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=41vBGbl7Sfo%3d&tabid=1871>

Hasta este momento, hemos desarrollado los conceptos preliminares para comprender en profundidad la temática tratada. Muchos de los conceptos nos permitirán comprender mejor las disposiciones de las leyes que estudiamos, y por qué no, conocer cuál es el sentido que el legislador quiso brindarle en su sanción. No obstante ello, creemos necesario examinar como ha sido tratado este tema en los distintos países, indagando su recepción normativa, incluso en aquellos lugares con sistemas jurídicos tan diferentes al nuestro.

CAPÍTULO II.- Derecho Comparado

Como se dijo anteriormente se hará hincapié en desarrollar esta temática en los distintos países del mundo. Dicho análisis resultará absolutamente productivo a fines de entender el nuevo paradigma adoptado por los tratados regulatorios de los Derechos Humanos suscriptos por nuestro país, que ya de antemano preveían y reconocían ampliamente los derechos que tienen los pacientes en general, y el derecho a una muerte digna que tienen en particular los pacientes de enfermedades terminales. Situación que empujó a nuestros órganos legislativos, para iniciar las tareas propias para la actualización y adecuación de nuestro derecho a tan importantes proclamas. A margen de no exceder los fines de esta investigación delimitaremos nuestro estudio, a aquellos sistemas jurídicos que fueron pioneros en el tratamiento y desarrollo del objeto de nuestro estudio.

1. México

En este país, al igual que varios o casi todos los países hermanos la normativa referida a la muerte digna y a los derechos generales de los pacientes, era hasta el año 2000, pobre e insuficiente. Se encontraba vigente un Reglamento vinculado a la Ley General de Salud, que preveía en particular, especificaciones del Consentimiento informado como uno de los principales derechos de que gozan las personas en materia de Salud. Es así que, en su art 80 disponía: *“En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta*

autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.”⁷

Frente a esta regulación, la necesidad de plasmar legislativamente y de manera pormenorizada todos los derechos humanos vinculados a la salud, que gozan todos aquellos que padecen enfermedades –sean terminales o no-, llevó a que se confeccionara una Carta de los Derechos Generales del Paciente. Esta Carta fue fruto de la opinión y la labor académica de expertos en la materia, quienes reunidos lograron echar luz a esta temática tan poco tratada en México hasta ese momento. Sin dudas, el resultado fue el reconocimiento de una variedad abarcativa de los derechos que gozan los pacientes antes y durante el padecimiento de una enfermedad.

Es por ello, que específicamente establece: *“El paciente o, en su caso, el responsable, tiene derecho a decir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales”⁸.* Con lo expuesto México, en pocas y sencillas palabras, se puso al día en la regulación sobre la materia, garantizándole al paciente, principalmente, su pleno derecho a decidir de qué manera desea vivir su enfermedad como así también el modo de darle batalla si decide hacerlo.

Es decir, que México ha demostrado su destreza al momento de acompañar legislativamente las necesidades reinantes en la sociedad. Ello queda confirmado con la continua actualización normativa, y nuevas regulaciones que se dictan en torno a la

⁷ REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica México: Recuperado el 15-12-2014 de: <http://www.salud.gob.mx/unicidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

⁸ Recuperado el 15-12-2014 de: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>

materia. El Distrito Federal, incluso cuenta desde 2007 con normas reglamentarias de las Tutelas cautelares, y desde 2008 con una Ley específica que establece las bases de la “Voluntad Anticipada” la misma también prohibió la eutanasia y el suicidio asistido, lo interesante en esta ley son los modos de realizarla. Por un lado está la Escritura de voluntad anticipada, la cual se redacta ante notario, como es el caso de Argentina, y la segunda es por medio de Acta de voluntad anticipada, el cual se suscribe en un formato estandarizado, ante el personal de la salud y dos testigos, otorgando practicidad al acto y evitando así judicializar el mismo. (Hooft, P. y, Hooft I., 2010).

No se quedó con una simple regulación normativa del consentimiento informado –que bien valioso es para el caso-, sino que fue por más amparando las derechos de todos aquellos que desean vivir y morir dignamente.

2. Estados Unidos

En Estados Unidos casi todos los Estados tienen establecido una normativa vinculada a las directivas anticipadas. Suele citarse como precursora en el tema la ley del estado de California con *Uniform Right of terminaly act*, de 1986 -“Acta acerca de la muerte natural”-En 1991 se aprobó la *Patient Self-Determination Act* ya a nivel federal, que establece a las organizaciones sanitarias a fomentar la información a sus pacientes explicándoles que tienen derecho a negarse a recibir determinados tratamientos (Berbere Delgado, 2012)

El estado de Oregón fue precursor con una ley que data de 1994, luego de tres años anulada por contiendas políticas y judiciales, hasta que la única solución, la consulta popular, obtuvo su confirmación, y entro en vigor en 1997. Autorizando a médicos a prescribir drogas letales a los pacientes que lo soliciten siempre que estos

se encuentren en una fase terminal, y solo subsistan seis meses de vida. Esas drogas debían ser administradas por el paciente. El estado de Washington en 2008, legaliza, el suicidio asistido, de manera similar al estado de Oregón, autorizando, la prescripción de dosis letales de medicamentos. Los enfermos deberán ser mayores de edad y residentes permanentes en el Estado. A la vez como requisitos formales, este deberá realizar dos peticiones orales, perseguida por una tercera escrita, firmada por dos testigos sin vínculos familiares o amistosos y someterse a revisiones médicas (Niño Luis, 2012)

3. Canadá

Éste es otro caso de países que integran el sistema del Common Law, y que por lo tanto, dan preeminencia a lo establecido por la Corte Federal en sus sentencias, es decir, que tienen principalmente en cuenta el “precedente judicial”. La Ley en estos casos, es una consecuencia necesaria de los criterios sentados en las sentencias de los jueces.

Resulta llamativo el caso de Canadá, siendo unos de los últimos países en aprobar el suicidio asistido, en virtud de que en febrero del 2015⁹, la Corte se ha expedido en un caso que ya ha provocado disensos sociales, luego de rechazar desde 1993, las demandas que reclamaban el pedido de asistencia al suicidio, revocando así su propia decisión de hace dos décadas.

Con una decisión unánime, el alto Tribunal Supremo, de Canadá, dictamino que ya no será contrario a la ley, que un medico ayude a alguien, que padece una enfermedad y sufrimiento, a poner fin a su vida. El fallo otorga doce meses para, que el Gobierno elabore una ley, acorde, si no lo hiciera, el tribunal no procesara a los

⁹ Emilio de Benito (2015-02-06) El Supremo de Canadá permite el suicidio médicamente asistido. *El País* Recuperado el 07/04/2015 de: http://internacional.elpais.com/internacional/2015/02/06/actualidad/1423246363_985761.html

médicos que presten ayuda para morir. El fallo no obliga a los médicos a colaborar con quienes le soliciten el suicidio asistido estos, tienen la facultad de objetar tal decisión.

Solo, bajo ciertas condiciones generales es posible llevar a cabo el suicidio asistido. Como por ejemplo, que la persona debe ser adulto competente, que haya manifestado su intención de acabar con su vida, debe tener una enfermedad grave e irremediable, y que con el tratamiento se causa un sufrimiento que resulta intolerable a la persona¹⁰.

Este cambio se da al comprender que el panorama social ha evolucionado, y al afirmar que el derecho a la vida no debe transformarse en una obligación de vivir.

4. España

La madre patria, cuenta desde el año 1978, momento en que se reformó la Constitución, un expreso reconocimiento a la protección de la salud que goza todo ser humano. Teniendo como base esa Norma Magna, se fueron reglamentando con el transcurso del tiempo diversas prerrogativas que son condiciones inmediatas de aquella, logrando así mayor especificidad en el sistema normativo.

Fue la Ley 41 del año 2002¹¹, la que regula en particular la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia sanitaria. Mucho tuvo que ver el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos y la dignidad humana, suscripto en el año 1997, que adquirió para ese entonces el carácter de vinculante para todos los países que ratificaron dicho acuerdo. El mismo, permitió un

¹⁰ Laura Stone (2015-02-06) Supreme Court strikes down Canada's assisted suicide laws. Recuperado el 07/04/2015 de: <http://globalnews.ca/news/1815749/supreme-court-strikes-down-canadas-assisted-suicide-laws/>

¹¹ LEY 41/2002 - Reguladora de la autonomía del paciente- BOE núm. 274. Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

nuevo análisis. Logró que se ensaye nuevas concepciones de los derechos humanos relacionados a la salud, pero esta vez a la luz de las reglas de la Bioética. De esta manera, se concedió a los Tribunales la posibilidad de servirse de esta Marco referencial para resolver los conflictos novedosos que se sometían a su conocimiento, y que hasta ese momento carecían de una expresa respuesta legislativa.

Por ello, la Ley de España en su art. 8 sienta el principio rector e interpretativo básico de toda la normativa. Establece: *“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previsto en la Ley. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas posibles. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los caso determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.”* Como puede observarse, sienta el principio general del consentimiento voluntario y fehaciente del paciente ante la aplicación de cualquier tratamiento o método terapéutico. Dicho acto requiere como *conditio sine qua non* que el médico interviniente brinde información adecuada. De todo esto se deduce que la decisión de solicitar la aplicación de un tratamiento medicinal o su negativa, dependerá en todos y cada uno de los supuestos de la concepción de dignidad personal que posea la persona. Sólo ella -y su padecimiento- puede autorizar la continuación de las terapias o su cese definitivo. (Niño Luis, 2012)

Asimismo, en el art. 4 de la norma española se establece que así como toda persona tiene derecho a recibir información completa y verás de su estado de salud y demás condiciones de su historial clínico, también se reconoce el derecho a que *“...se*

respete su voluntad de no ser informada...”. Si bien, es una consecuencia lógica de aquel derecho, es todo un acierto dejarlo plasmado explícitamente en la norma.

A lo largo del articulado de esta normativa, todo lo relativo a los requerimientos que debe cumplimentar el consentimiento informado, las excepciones de su solicitud y bajo qué condiciones el profesional de la salud se encuentra habilitado para actuar por sobre la voluntad del paciente, y la posibilidad del paciente de autodeterminarse de manera anticipada.

Lo único que puede reprocharse a estos aciertos legislativos de la Madre patria, es que una vez entrada en vigencia, la misma no fue acompañada por un trabajo de difusión de su contenido. Por lo que la comunidad civil y los cuerpos de profesionales de la salud desconocieron por mucho tiempo las facultades, derechos y deberes que la misma prevé. (Niño Luis, 2012)

Cabe destacar que fue en el año 2011, que el Consejo de Ministros de España, aprueba el anteproyecto de Ley de Muerte Digna. Con éste importante avance se logra consagrar los derechos a renunciar a los tratamientos médicos y el uso de sedantes terminales, aún a costa de acelerar el episodio fatal. Se reconoce explícitamente el tan proclamado derecho a la intimidad del paciente y el de su núcleo familiar, y a recibir si es su deseo la asistencia espiritual. (Berbere Delgado, 2012)

5. Holanda y Bélgica

Sin duda, estos países están a la vanguardia en lo que a derechos del paciente se refiere. Y han ido más allá, regulando en concreto la “ayuda o auxilio al suicidio”.

En el caso de Holanda, la ley que regula esta cuestión es la Ley N° 26.691, que entró en vigencia en el año 2002, denominada “Verificación de la terminación de la vida a petición propia y de ayuda al suicidio”. Su nombre lo dice todo. No obstante,

en particular, no menciona jamás la palabra “Eutanasia” o “Prácticas Eutanásicas”; a pesar de que en concreto en su artículo primero habla de “...*ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin*”. Hasta ese momento, éste país se limitó a tolerar estos episodios en virtud de varios vacíos legales. (Andruet 2001)

Lo que realmente resulta llamativo, es que en este país se mantiene el reproche penal al delito de homicidio consentido o a ruego. Su Código Penal prevé la pena de prisión a quien asiste a una persona con fines de suicidio. Sin perjuicio de ello, luego de ese precepto, prevé la excepción que hace consistente su sistema normativo; estableciendo que “...*no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los “requisitos de cuidado” recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.*” Asimismo, el Código Penal Holandés, prevé de manera genérica la punición a quien “instigare al suicidio”, considerándolo por ello un delito penal, ya que en relación al instituto regulado por la Ley de Terminación de la vida, en nada se asemeja resaltando por ellos las diferencias. (Niño L. 2012)

Se establece ciertas condiciones y requisitos que el médico debe advertir en el paciente para llevar adelante la práctica del auxilio al suicidio, entre ellas, el médico debe llegar al consentimiento que la solicitud por parte del paciente es voluntaria y bien meditada, que el padecimiento resulta insoportable y sin esperanza de mejoras, informando al paciente su situación y que haya consultado con otro facultativo que haya examinado al paciente, y este haya emitido un dictamen por escrito, sobre el cumplimiento de estos requisitos como así también que el médico ha llevado a cabo la terminación de la vida o auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional. El médico podrá atender una petición de un paciente que ya no esté en

condiciones de expresar su voluntad, siempre que haya redactado una declaración por escrito que contenga una petición expresa de terminación de su vida, y que al menos tenga 16 años y haya podido realizar una valoración de sus intereses, antes de encontrarse en estado de incapacidad y que los padres hayan participado en la toma de decisión. En el caso de que el paciente tenga entre 12 años y 16 es requisito que los padres que ejercen la patria potestad estén de acuerdo con el auxilio al suicidio o la eutanasia. (Niño L. 2012)

A fines de efectivizar la correcta aplicación de la Ley de Terminación de la vida, y en consonancia con las tipificaciones punibles reguladas por el Código Penal Holandés, se ha previsto un rígido sistema de control para comprobar las manifestaciones expresas de voluntad de enfermos terminales, referidos a solicitudes de auxilio para morir. Es por ello, que existen Comisiones plurales integradas por profesionales de la salud, juristas y expertos en cuestiones bioéticas, que compartiendo criterios analizan las notificaciones de solicitudes recibidas. No obstante, cabe aclarar que dicho control es posterior al deceso del interesado o afectado, limitándose su labor a efectuar una verificación formal de las notificaciones cursadas a dicho órgano informando la voluntad de suicidio.

Asimismo, cuando un deceso se haya producido en cumplimiento de los deseos de la persona que solicita auxilio para morir, el médico o profesional interviniente en lugar de expedir un certificado de defunción deberá remitir a la Comisión mencionada *supra* un Formulario pre impreso donde indique las causas de la muerte, como así también un informe circunstanciado y motivado donde detalle haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por la Ley que regula esta temática. (Niño L. 2012)

El caso de Bélgica es similar pero la regulación es por lejos más literal. En septiembre del año 2002, entra en vigencia una Ley donde regula expresamente la Eutanasia. Sin duda, estos países reseñados son los más vanguardistas en la regulación de los derechos humanos, no limitándose a su simple reconocimiento.

Dicha Ley comienza con una definición de lo que debe entenderse por eutanasia. Si bien, hemos señalado en alguna oportunidad que desde un punto de vista legislativo, no es correcto incluir definiciones en las normas que regulan las conductas humanas, ésta definición nos ayuda a comprender y comparar dicho instituto y su regulación, con nuestras leyes sobre la materia.

Es así que su art. 2 dispone que por Eutanasia debe entenderse a “...*todo acto practicado por un tercero, que pone fin intencionalmente a la vida de una persona a petición de esta.*”

Si bien ambos países han admitido y reglamentado las prácticas eutanásicas, cabe resaltar que son varias las diferencias entre dichas normas.

En principio, la Ley belga exige que el disponente en este sentido sea una persona mayor de edad, consciente y capaz de sus actos al momento de formular la petición. Ya que ésta, necesariamente debe ser fruto de un acto voluntario, una decisión deliberada y mantenida en el tiempo. A principios de marzo del año 2014¹², entra en vigor la ley de eutanasia para menores de edad, la cual autoriza a los pacientes sin restricción de edad, puedan solicitar la muerte asistida, solo en casos muy restringidos, la enfermedad debe ser terminal y su muerte a corto plazo algo inevitable y el paciente debe sufrir dolores físicos insoportables que no puedan ser aliviados con ningún tratamiento médico. Los menores no podrán solicitar la

¹²20 Minutos Recuperado el 27-04-2015 de: <http://www.20minutos.es/noticia/2073736/0/rey-felipe-belgica/sanciona-ley/eutanasia-infantil/>

eutanasia basados en sufrimiento psicológico, como es el caso de los mayores de 18 años, cuyo derecho a la eutanasia se aprobó en 2002.

Por otro lado, en la ley de eutanasia de 2002, la solicitud debe ser elaborada por escrito, debiendo ser certificada con anterioridad al momento de en que se realice la práctica. No obstante, como en todos los casos, la ley regula las obligaciones que tiene el Profesional de la salud, respecto a la información detallada, veraz, completa e inteligible acerca del estado de salud y las posibilidades terapéuticas, que debe brindar a sus pacientes en general, y en particular a quienes padezcan una enfermedad fatal.

Pero en particular, el facultativo debe formar convicción de manera conjunta a sus pacientes de que la eutanasia se muestra como la única respuesta o alternativa razonable para la situación que padecen; y la certeza de que la voluntad obtenida no ha sido teñida por terceros ni determinada por sujetos ajenos al paciente.

En tercer lugar, y luego de haber obtenido la voluntad del paciente aceptando la alternativa eutanásica, el médico tratante deberá iniciar el período de consulta a otros facultativos. En primera medida, deberá consultarlo con el equipo sanitario encargado de la atención del enfermo si existe, y con un médico especialista o competente en la materia -entiéndase en la enfermedad que en particular padece el enfermo terminal-.

El propio cuerpo legal prevé, que las condiciones de su procedencia es que el enfermo se encuentre “...*en una situación clínica sin esperanza de recuperación y que comporte un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable...*” Repárese que en estas circunstancias, y a pesar de que el médico tratante tendrá la obligación de consultarlo con un grupo de profesionales, además de someterlo a revisión por parte de un especialista con competencia en la enfermedad de la que se trate, con lo expuesto abriría a debate si con tan solo una aflicción psíquica permitiría la aplicación

de prácticas eutanásicas. De la ley se colige esa interpretación, que abre nuevos debates sobre la materia.

Al analizar el derecho comparado, lo que se observo, en manera general e igualitaria, fue el avance en cuanto al protagonismo del paciente haciendo hincapié en la autonomía de la voluntad, y respetando la dignidad humana. Se realizo un breve relevamiento de países como el nuestro que rechazan la eutanasia y el suicidio asistido pero que prevén la facultad de disponer de directivas anticipadas, en las que también son equiparables las indefiniciones o contradicciones en clausulas ,como la nuestra, por ejemplo que al disponer la posibilidad de rechazo de procedimientos médicos incluso los de hidratación y alimentación; siempre que estos no impliquen practicas eutanásicas, generando así preocupación a quienes consideran que el rechazo de estos procedimientos, podría implicar una forma de eutanasia pasiva encubierta. Por eso resulta interesante como ha sido tratada la eutanasia en otros países, como la ley no deja lugar a contradicciones, pues goza de una claridad y una elaboración comprensiva que evita equívocos, y nos hace preguntarnos si el camino es aproximarnos a la legalización de las practicas eutanásicas con el fin de evitar contradicciones en el ordenamiento.

CAPÍTULO III.- Antecedentes Nacionales Legislativos y Jurisprudenciales relevantes que impulsaron a la Ley Derechos del Paciente

Se reflexionará respecto de los antecedentes legislativos provinciales, que de manera novedosa impulsaron regulaciones específicas en torno a esta temática. Del mismo modo estudiara, las explicaciones ensayadas por los tribunales argentinos ante las diversas controversias que se suscitaron en relación a esta temática, antes y después la de sanción de las leyes precitadas

1. Antecedentes legislativos Provinciales

Es sabido que a poco de ahondar sobre el desarrollo doctrinario relativo a los derechos de los Pacientes y el reconocimiento legislativo a una Muerte Digna a nivel nacional, mucho fue lo discutido y analizado en el ámbito local. Fueron las instancias judiciales de varias provincias, las que debieron llenar las lagunas y vacíos normativos existentes hasta el dictado de la Ley Nacional N° 26.529 – Derecho del paciente Historia clínica y derecho informado- , ante los distintos conflictos irresueltos que se presentaban con la esperanza de que este tercero imparcial echara luz al respecto. Dos de los casos más paradigmáticos, serán analizados a continuación.

1.1. Río Negro

Corría el año 2007, cuando la Legislatura de esta Provincia sancionó con fuerza de Ley, la N° 4.264¹³ que regulaba en particular el derecho de cada persona a la autodeterminación, es decir, el derecho de cada persona de decidir bajo qué condiciones seguir viva. El proyecto de ley fue impulsado por la Legisladora Marta Milesi, quien con empeño discutió por largos años en foros públicos y en las comisiones parlamentarias para lograr su promulgación.

¹³ Ley 4.264 – Muerte digna- Legislatura de la Prov. De Río Negro. Decreto 341/2007 B.O. N°4582 del 03/01/2008

Lo rescatable, es que además de ser la primer Provincia que reguló sobre la materia, la misma se constituyó en uno de los antecedentes directos de la Ley Nacional que se sanciona posteriormente. Sin dudas, desde un principio ha debido superar diversos escollos, entre ellos la férrea oposición de la Iglesia Católica quien rechazaba los postulados bioéticos por considerarlos violatorios de las garantías y derechos constitucionales. No obstante, fue y es considerada hoy un gran progreso en el reconocimiento de los derechos y la dignidad humana.¹⁴

En particular, dicha Ley preveía que “...*toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estado 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 sea extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado*”¹⁵. Todo un avance para la época.

Además de lo dicho, garantiza “...*que no se interrumpan las medidas tendientes al control y alivia de ese dolor en los últimos instantes de vida*”¹⁶, refiriéndose en concreto a los cuidados paliativos.

Teniendo en cuenta que hasta ese momento el Congreso nacional no había dictado una norma semejante, éste incipiente intento de regular la materia que ahora estudiamos, corrió el riesgo de ser tachada inconstitucional, debido a que según la interpretación que se siguiera, podía ser considerada contraria a lo dispuesto por el art. 83 del Código Penal de la Nación. Por ello, en particular se previó que “...*ningún*

¹⁴ Fuente: Río Negro legalizó la "muerte digna" (30/11/"2007) *La Nación* Recuperado el 15/09/2014 de: <http://www.lanacion.com.ar/966890-rio-negro-legalizo-la-muerte-digna>

¹⁵ Art. 2 de Ley 4.264 – Muerte digna- Legislatura de la Prov. De Río Negro

¹⁶ Art. 8 de Ley 4.264 – Muerte digna- Legislatura de la Prov. De Río Negro

*profesional que haya obrado de acuerdo con disposiciones de esta norma estará sujeto a responsabilidad civil, penal ni administrativa.”*¹⁷

Luego de la sanción y la entrada en vigencia de la Ley Nacional N° 26.529, la Legislatura de la Provincia de Río Negro, mediante la Ley N° 4692, de fecha 07-07-2011, adhiere plenamente a aquella, fijando como Autoridad de Aplicación al Ministerio de Salud Provincial.

1.2. Neuquén

De manera muy similar a como ocurrió en la Provincia de Río Negro, la necesidad de dar respuestas legales a las situaciones novedosas que se venían presentando y carecían de regulación, llevó a que la Legislatura de la Provincia de Neuquén dictara en septiembre de 2008 la Ley N° 2611¹⁸, específica de los derechos de los Pacientes del sistema público y privado

Este avance reconoce como promotor al Médico José Russo, quien fuera Director del Hospital de Neuquén y luego Presidente del bloque del Movimiento Popular Neuquino. Entre los fundamentos que la motivaron, y que se exponen detalladamente en su art. 4, se encontraba la premisa de que como corolario al respeto por la vida, corresponde y exige protección el derecho por la muerte; toda persona tiene derecho a recibir atención médica de calidad y adecuada a su problema de salud; el pleno respeto por la autonomía de la voluntad y la intimidad personal; el derecho a decidir libremente luego de haber sido informado entre las opciones clínicas posibles; el derecho a negarse a recibir algún tratamiento determinado.¹⁹

De esta manera, preveía puntos centrales que luego fueron recogidos por la Ley Nacional N° 26.529 y su posterior modificación mediante Ley N°26.742. Al igual

¹⁷ Art.11 de Ley 4.264 – Muerte digna- Legislatura de la Prov. De Río Negro

¹⁸ Ley 2.611 – Legislatura de la Prov. De Neuquén. Decreto 1801 /2008 B.O. N°3110 del 24/10/2008

¹⁹ Fuente: Río Negro y Neuquén, dos antecedentes a la ley de Muerte Digna (09/05/12)*Clarín*
http://www.clarin.com/sociedad/Rio-Negro-Neuquen-Muerte-Digna_0_697130538.html

que la Ley dictada en la Provincia de Río Negro, ésta se erige como uno de los principales antecedentes legislativos. Ello en virtud de que reconocía la Ortotanasia o la “Muerte en su justo momento”, como la piedra angular que garantizaba el efectivo amparo de los derechos del paciente.

2. Antecedentes jurisprudenciales

2.1 El caso Bahamondez. Síntesis. Fundamentos. Principios.

Un caso paradigmático dado en el año 1993, y que llegara a la Corte Suprema de Justicia de la Nación, fue el protagonizado por un “Testigo de Jehová” llamado Marcelo Bahamondez²⁰, que fundado en razones religiosas decide no aceptar una transfusión de sangre, siendo la misma esencial para el mejoramiento de su estado crítico de salud.

Como es sabido quienes profesan este culto, rechazan las transfusiones de sangre y de sus derivados, por una interpretación que efectúan de varios pasajes de la Biblia, concretamente del Antiguo Testamento. Creen que incurrir en esta violación, los aleja para siempre del acceso a la resurrección, por ser considerado un pecado gravísimo.

En el caso *sub examine* éste sujeto es internado en el Hospital Regional de la Ciudad de Ushuaia con un cuadro de Hemorragia digestiva, declarándose profeso de la religión “Testigos de Jehová” y por lo tanto, negándose a recibir transfusiones de sangre. Tanto el A-quo como la Cámara resolvieron que la decisión de Bahamondez, constituía “...un suicidio lentificado, realizado por un medio no violento y no por propia mano, mediante un acto, sino por la omisión propia del suicida””. Señala también que, “...al ser el derecho a la vida el bien supremo, no resulta posible

²⁰ C.S.J.N. “Bahamondez, Marcelo s/ Medida Cautelar”. L.L. 1993-D, 130. Juzg. Crim. Y Corr. De Transición N° 1. Mar del Plata. “M. s/ Acción de Amparo”. J.A. 2005-IV, Fasc. 7.

aceptar que la libertad individual se ejerciera de un modo tal que extinguiera la vida misma. El a quo calificó a la posición del paciente como "nihilista"".

Por ello, el defensor oficial del solicitante acude al máximo Tribunal de la República Argentina para que se expida; considerando que tanto el a-quo como el Tribunal de Cámara se equivocan al considerar la decisión de Bahamondez un *suicidio lentificado*, ya que este sujeto no desea suicidarse, sino todo lo contrario desea vivir, pero no desea recibir un tratamiento que sea contrario a su íntima convicción religiosa. Considera que y cito textualmente: "*... la transfusión de sangre, ordenada en contra de la voluntad de Bahamondez, representa un acto compulsivo que desconoce y avasalla las garantías constitucionales inherentes a la libertad de culto y al principio de reserva.*"

En sus votos particulares tanto Fayt como Barra, entienden que cualquiera sea el sentido (social, jurídico, ético, etc.) que se le dispense al derecho a la vida, en la actualidad –refiriéndose a la época del fallo- ya ha sido objeto de profundos análisis, pero que en todo caso dependerá de la esencia de cada ser humano y su naturaleza individual y social.

Por otro lado, también ponen de resalto que de acuerdo a la Ley N° 17.132 que regula todo en cuanto al Ejercicio de la Medicina, odontología y actividades de colaboración, en su art. 19 se establece que los profesionales deberán "*... respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse...*", con *excepción de los supuestos que allí expresamente se contemplan.*" Es decir, de ello se colige que no es correcto someter a una persona mayor de edad y plenamente capaz a un procedimiento terapéutico sin su consentimiento expreso, independientemente del motivo o razón que la empuje a dicha voluntad. (Hooft P. y Hooft, 2010).

Por otro lado, adoptar una postura contraria a lo expuesto, implicaría tirar por la borda los fundamentos y las razones filosóficas que justifican el art. 19 de nuestra Constitución Nacional. Toda vez que *“...concede a todos los hombres una prerrogativa según la cual pueden disponer de sus actos, de su obrar, de su propio cuerpo, de su propia vida de cuanto les es propio.”*

Por su parte, los Dres. Cavagna Martínez y Boggiano, al momento de expedirse en su análisis, hicieron hincapié en la libertad religiosa como derecho inviolable de toda persona humana. Este derecho implica, *“...en su faz negativa, la existencia de una esfera de inmunidad de coacción, tanto por parte de las personas particulares y los grupos, como de la autoridad pública. En su faz positiva, constituye un ámbito de autonomía jurídica que permite a los hombres actuar libremente en lo que se refiere a su religión, sin que exista interés estatal legítimo al respecto, mientras dicha actuación no ofenda, de modo apreciable, el bien común.”* Cayendo nuevamente en el postulado máximo del art. 19 de la Constitución Nacional antes citado, *“... no hallándose en este caso afectados los derechos de otra persona de Bahamondez, mal puede obligarse a éste a actuar contra los mandatos de su conciencia religiosa.”*

Este fallo demostró tímidamente el incipiente cambio de postura en relación a los derechos humanos que gozaban operativamente de jerarquía constitucional. Fue el primer paso hacia la autodeterminación del paciente, relativo a su propia salud y la aceptación de la dignidad humana como principio rector en la interpretación de los derechos humanos, de allí su gran importancia. (Hoof P. y Hoof, 2010).

Es a partir del análisis y la conjugación de las normas realizadas por los ministros de la Corte Suprema, que comienza a aceptarse al hombre en toda su concepción (biológica, social, moral, etc.) como eje de regulación jurídica.

Cabe resaltar, que en 1994 comienza una nueva etapa desde el punto de vista jurídico, con la reforma constitucional. Disponiéndose una nueva organización en la Jerarquía de Normas con la ratificación de los Tratados Internacionales de los Derechos Humanos, incorporados por el art. 75 inc. 22.

2.2 El caso Albarracini.²¹ Síntesis. Nueva visión.

Al igual que el caso que comentamos anteriormente, se colocan en plano de conflicto el derecho a la vida y la libertad religiosa, ambos con la misma jerarquía constitucional. No obstante lo cual, la Corte Suprema culmina sentando las bases interpretativas de la Ley de los derechos del Paciente N° 26.529 y su modificatoria Ley N° 26742.

Todo comienza cuando J.A.N, solicita al Juzgado Nacional de 1° Instancia en lo Civil y Comercial, 47 Nominación una medida precautoria en razón de que su hijo, mayor de edad, se encontraba en estado de inconsciencia como consecuencia de un hecho de inseguridad. Todo ello, para que se autorice a los médicos efectuar una transfusión de sangre, por cuanto éste sujeto practicaba y profesaba la religión “Testigos de Jehová”. Si bien, este juzgado autorizó la medida, por considerar que “...no está en condiciones de tomar decisiones propias, por lo que no viola sus creencias religiosas...”; posteriormente decidió su suspensión debido a que la esposa del paciente se opuso e invocó la existencia de una directiva anticipada en los términos del art. 11 de la Ley N° 26.742. Es así que apelado el decisorio la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil en sus Sala “A”, revoca el otorgamiento de la medida del *A-quo* denegando la medida solicitada. Caídos los autos por recursos extraordinario deducido posteriormente ante el máximo Tribunal del país, éste

²¹ C.S.J.N. “Albarracini Nieves, Jorge Washignton s/ Medidas Precautorias”. L.L.2012-D, 252

confirma la decisión del *Ad-quem*, tomando como principal antecedente el caso precitado.

Lo importante de este fallo es que en sus motivos y haciendo expresa mención de la Ley 26.529 ya vigente por entonces, otorga prevalencia a la voluntad del sujeto manifestada con anterioridad, solicitando el no sometimiento a ciertas prácticas medicas por ser contrarias a su fe religiosa.

Como lo señalamos anteriormente, en el caso *Bahamondez*, es el propio paciente quien se niega a recibir la transfusión siguiendo sus creencias religiosas. En este caso, por el contrario, el paciente ya se encontraba en estado de inconsciencia no pudiendo manifestar su voluntad en ningún sentido. Con acierto la Corte señaló, que a pesar de los argumentos esgrimidos por el solicitante de la medida cautelar (el abandono de la práctica religiosa del paciente en cuestión), correspondía respetar la manifestación de voluntad realizada en el año 2008, ya que incluso meses antes de sufrir el accidente que lo llevara a un estado de inconsciencia, había contraído nupcias por la Iglesia de los Testigos de Jehová. (Taiana de Brandi, N. y Brandi Taiana, M 2012)

Tanto la legislación provincial, como la Corte Suprema de justicia de la Nación, con la sentencia de caso Bahamondez, influyen al dar origen para el dictado de la ley N° 26.529 realizando así un gran aporte a la sociedad que estaba impaciente de una regulación respecto de sus derechos. Luego

La Corte Suprema de Justicia de la Nación, en trabajo de interpretación de la Ley N° 26.529 y su modificatoria Ley N° 26.742, en los argumentos vertidos en sus sentencia en el caso Albarracini, ha realizado un gran aporte. En virtud de que bajo los entendimientos esbozados por cada uno de los miembros de aquel Tribunal, se ha podido establecer y pergeñar los distintos principios jurídicos interpretativos.

Otorgando prevalencia a la voluntad del sujeto manifestada con anterioridad, solicitando el rechazo a ciertos procedimientos médicos y respetando así su voluntad aunque la misma pueda causarle la muerte

3. Principios y Dilemas de Bioética.

Existen grandes dilemas a los que ha de enfrentarse la bioética y muchos de ellos están relacionados con el campo de la medicina. Con los nuevos adelantos en la tecnología, trabajando a disposición de la medicina hacen posible que se pueda mantener funciones vitales durante más tiempo en pacientes con muerte cerebral, estados vegetativos persistentes o enfermedades terminales prolongando así por más tiempo ese estadio de incertidumbre sobre la vida o la muerte, afectando básicamente en torno a problemas vinculados con el derecho del paciente, como son a la autodeterminación, el consentimiento informado, la confidencialidad, la determinación del grado de agresividad de los tratamientos, y cuando es posible decidir dar por finalizados estos procedimientos, o seguir intentándolo constituyendo así dilemas bioéticos.²²(Suárez Soler, S “s,f”)

Un dilema (del latín *dilemma* y éste del griego $\mu\mu$ “dos premisas”) es un argumento que está formado por dos proposiciones contrarias y disyuntivas

Existen principios que tratan de dar respuesta a los conflictos que surgen en la toma de decisiones médico-paciente estos serían: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

²² Suárez Soler, S. Reflexión sobre los Dilemas Bioéticos en las Unidades de Cuidados Intensivos Recuperado el 28-04-2015 de: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/dilemas-bioeticos-cuidados-intensivos/1/>

3.1 La autonomía privada de la voluntad

Este principio, es el más moderno de los principios de la bioética en el campo de la Medicina-Derecho, se refiere a la capacidad con que cuenta un enfermo para decidir es el reconocimiento de la facultad de gobernarse así mismo. Ha sido revitalizado en este campo recién apenas hace unas décadas, ya que antes no se encontraba presente en los procedimientos médicos. (Barrionuevo D. 2008)

La autonomía de la voluntad, es aparte de un principio fundamental para nuestro sistema jurídico, constituye un principio de vital importancia para el campo de la Bioética.

Desde el punto de vista jurídico, la autonomía privada o el principio de la autodeterminación, se refiere a la posibilidad de toda persona, por el solo hecho de ser humano, de tomar libremente sus decisiones que respete sus preconcepciones de moral y sean consonantes con su filosofía de vida, siempre y cuando no se afecte la moral pública ni los derechos particulares de terceros.

Así lo reza nuestro art. 19 de la Constitución Nacional: *“La acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden, la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.”* Cada individuo en el ámbito privado de su vida, en el ejercicio de su intimidad es soberano absoluto. Los únicos límites son los mencionados en el artículo que antecede.

Partiendo de este sentido, podemos decir que se encuentra íntimamente vinculado con el tan pregonado “autonomía de la voluntad”, del artículo 2 de la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742, que se tratara en capítulos más adelante. Tan importante resulta para el hombre, la plena efectividad de su derecho a auto

determinarse de acuerdo a las propias circunstancias; a decidir en pleno uso de sus facultades si continua un tratamiento terapéutico o no; a elegir entre varias alternativas serias la que más se ajuste a su concepción moral o a sus creencias religiosas de manera anticipada o en el momento efectivo de su padecimiento físico.

Lógicamente, cualquier decisión adoptada por las personas enfermas presupone la existencia de un proceso de deliberación. En cada caso, a la persona afectada (y por qué no a su entorno familiar) debe recibir información veraz, adecuada y completa suministrada por un profesional que sea capaz y competente de evacuar todas sus dudas. Teniendo como base este presupuesto de vital importancia, cualquiera que sea la decisión tomada por el paciente terminal, deberá ser respetada.

Por ello, la nueva Ley N° 26.742 modificatoria de la ley de los Derechos del Paciente, establece que debe entenderse por Consentimiento informado, el alcance del mismo, el tipo de información como debe ser esta, e incluyo con la modificación, que en el mismo consentimiento debería informarse al paciente el derecho que le asiste. Como se desarrollará con profundidad más adelante.

3.2 El principio de no maleficencia.

Éste podría conceptualizarse como la obligación, de abstenerse de realizar prácticas que pusiesen ser dañinas para una persona, se entiende cómo la finalidad de evitarle al paciente lo que le es desagradable, lo que no quiere. Lo contrario de este principio es la beneficencia, el cual sería hacer el bien dentro de las posibilidades. (Barrionuevo D. 2008)

Este principio de beneficencia o no maleficencia, respondería con el fin propio de la medicina, el cual sería el de lograr el bien terapéutico del paciente, este principio estaría inserto en el juramento hipocrático de los médicos.

3.2.1. El deber hipocrático de los médicos

Los profesionales de la salud, hoy y siempre han debido asumir al momento del ejercicio vocacional el irrefutable derecho de salvaguardar la vida y la integridad física de sus pacientes; como así también de todas las personas que sean encuentren fortuitamente bajo su cuidado. Ellos se encuentran avocados y comprometidos, mediante el famoso juramento hipocrático, a brindar su servicio y su sapiencia a toda la generalidad, una entrega en beneficio de la Humanidad.

Son diversos los discursos que repiten y juran cumplir, y dependen básicamente del país o las escuelas que orientan los estudios profesionales de que se trate.

Llama la atención, por lo novedoso la versión del Juramento Hipocrático de Louis Lasagna, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tufts, del año 1964, ya resultaba innovador en virtud de los principios que mencionaba y consagraba. Sin duda un adelanto para la época. Los párrafos más interesantes, en su versión traducida al castellano dice lo siguiente:

...Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobre tratamiento y del nihilismo terapéutico. Recordaré que la medicina no es solo ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico... ...Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los revele. Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte. Si tengo la oportunidad de salvar la vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina. Debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y consciencia de mi propia fragilidad... Recordaré que soy un

*miembro de la sociedad con obligaciones especiales hacia mis congéneres, los sanos de cuerpo y mente así como los enfermos... Actúe yo siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de cuidar a aquellos que busquen mi ayuda.”*²³

Con esta versión, ya se comienza a vislumbrar las nuevas acepciones en el ámbito de la medicina, respecto a ciertos valores esenciales como lo son el derecho a la vida humana, la dignidad personal inescindible a aquella, y el respeto que se merece tanto la persona enferma como su entorno familiar.

Corresponde a los profesionales de la salud, prestar especial atención a la intimidad de la que gozan sus pacientes y la autonomía de los mismos al tomar sus decisiones respecto a las medidas y terapias que le proporcionen para su tratamiento. Pero principalmente, denota como uno de deberes más importantes el trato “humanitario” que deben dispensar a los enfermos, lo cual resulta lógico puesto que lejos de ser considerado un desafío medicinal, son personas atravesando malestares físicos o psíquicos, algunos a niveles intolerables, que tienen un entorno de seres queridos que también sufre.

El rol del Médico en su relación con los pacientes, debe ser principalmente humanitaria y servicial. El estandarte que gobierne este binomio, debe ser el de la prudencia y respeto al derecho a la autodeterminación del paciente, quien en pleno uso de sus capacidades y en ejercicio de su dignidad personal, decide el camino a tomar en relación a sus cuidados.

A este respecto, es que las leyes que analizamos en la presente exposición, presuponen estas condiciones. Respetan plenamente el ejercicio de los derechos personalísimos de los enfermos, al aceptar las directivas anticipadas elaboradas por

²³ El juramento hipocrático médico actual o moderno, de Ginebra a Lasagna. Recuperado de <http://www.elblogdelasalud.es/juramento-hipocratico-medico-actual/>

persona capaz y mayor de edad, y el mandato en previsión de una incapacidad futura. Pero bajo ninguna circunstancia admite prácticas eutanásicas –que a falta de especificación legal entendemos por tal a cualquier tipo de Eutanasia-, por lo que los médicos encuentran en este punto una valla ineludible.

Sin dudas, la medicina ha ido acompañando los progresos científicos y tecnológicos, pero también ha dado un lugar de relevancia a los avances que desde el plano del Derecho se han ido produciendo en materia de derechos humanos.

3.3. El principio de justicia.

Tiene su ser en la justicia distributiva, es decir, debe darse a cada uno lo que necesita. Abarcan tanto al médico, como al estado el cual debe proporcionar recursos suficientes para que todos tengan acceso fácil ante las crecientes demandas en la salud reclamando una distribución equitativa de los mismos teniendo en cuenta el bien común.

Como explicara Barrionuevo Daniel *“estos principios deben conjugarse y armonizarse entre ellos para ser utilizados en un proceso deliberativo a fin de llegar a una solución éticamente aceptable frente a un dilema bioético”*

3.4. Dilema bioético en la Nutrición e hidratación al final de la vida

Como se dijo anteriormente, dilema proviene del latín *dilemma* y éste del griego $\mu\mu$ “dos premisas” es esencialmente la disyuntiva o duda entre dos cosas, es un argumento que está formado por dos proposiciones contrarias y disyuntivas.

El dilema ético que se plantea en este caso al analizar esta ley es si resulta lícito o no, la suspensión de la hidratación y nutrición a un paciente, por ejemplo, en estado vegetativo permanente cuando esto podría ser considerado, como una omisión

de cuidado, siendo plausible de entenderse como una eutanasia pasiva, la cual se encuentra prohibida por el ordenamiento. Así nos encontramos, por un lado, con una posición que se encuentran a favor de la licitud de la suspensión, como por ejemplo las Asociaciones Americanas de Neurología y de Medicina Intensiva. Por otro lado está el planteamiento de la Iglesia Católica, que considera a la hidratación y nutrición como “medidas básicas” a las que toda paciente tiene derecho y que, por tanto, no sería lícito suspender²⁴

Este dilema ético se plantea como una confrontación entre los principios de beneficencia y no-maleficencia. Quienes juzgan que sería lícito suspensión de la hidratación y nutrición en pacientes en estado vegetativo permanentes, cuando la enfermedad es irreversible y progresiva, consideran que mantener artificialmente la vida, sería un acto de un ensañamiento terapéutico, dado que las desventajas de la alimentación superan a los beneficios, y el principio de beneficencia obligaría a suspender las medidas que prolongan esta situación, sino se violaría los fundamentos básicos de dignidad del paciente, prohibiéndole la posibilidad de una muerte digna.

Por el contrario los que sostienen que es ilícita la suspensión de la hidratación y nutrición, afirman que el acceso a la hidratación es un derecho humano básico y un aspecto necesario de los cuidados básicos. Y argumentan que la causa directa de la muerte deriva del hecho de que se suprime su administración. Dado que no se trata de terapias medicas, sino de medida básicas. Gilbert Melainder *se hace la siguiente pregunta: "¿Debe considerarse que administrar alimentos y bebidas forma parte de los cuidados médicos?" y se responde él mismo: "Mas bien, parecería el tipo de cuidados que los seres humanos se deben unos con otros"* (Hortelano Martínez, J.E.;

²⁴ Revista médica <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars03.html>

Azulay Tapiero, A.; Castillo Blasco M. 2002 pág. 280). El principio ético de promoción de vida, obligaría a alimentar e hidratar a cualquier paciente, que no puede alimentarse por sus propios medios.

No hacerlo, podría asimilarse con la intención de adelantar su muerte, por inanición. Por tanto, si esta omisión se hiciera por consideraciones de compasión, se trataría de un acto de eutanasia por omisión.²⁵

Las posibles alternativas ante la situación en un paciente por ejemplo en EVP serían: Suspender tanto nutrición como hidratación, o suspender la nutrición, manteniendo el mínimo aporte de volumen y electrolitos necesario para reponer las pérdidas obligadas. Y por ultimo asegurar un aporte nutricional y de volumen adecuado a sus requerimientos básicos. Existe una cierta certidumbre empírica de que sería poco probable que un paciente que lleve más de un año en estado vegetativo persistente recupere su conciencia, lo que sabemos es que los pacientes en EVP pueden tener una sobrevida de años. Tampoco hay estudios concluyentes que aseguren la utilidad de la hidratación como tratamiento. Se podría alegar que lo único que se obtendría, sería mantener en el tiempo la vida, el paciente podrá vivir más, pero a costa de un deterioro de su calidad, en una condición de sufrimiento por la presencia de complicaciones que, dejando que la enfermedad siga su curso, no tendrían que aparecer. Pero también hay que hacer hincapié que realizar este procedimiento de hidratación implica riesgos y complicaciones que a veces serán graves o incluso causa de la muerte, como la bronco aspiración, la perforación gástrica, el taponamiento de la sonda. Con respecto a una propuesta para lograr una solución o consenso de este dilema, que

²⁵ Revista médica <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars03.html>

encontramos en la nueva redacción de la ley de derechos del paciente, la desarrollaremos en los próximos capítulos, al tratar si existe o no una eutanasia pasiva en la redacción de la ley.

CAPÍTULO IV- Análisis de La ley de muerte Digna

Abocaremos, a analizar los extremos vertidos en la Ley N° 26.529 regulatoria de los Derechos del Paciente, y se procederá a tratar su Norma Modificatoria, esto es, la Ley N° 26.742, que regula la Muerte digna. De igual manera se considerará lo pertinente en relación a los nuevos postulados, y se analizarán las novedades jurídicas que impone.

El año 2009 el honorable Senado de la Nación sancionó con fuerza de Ley, la Ley N° 26.529²⁶, titulada como Derechos del Paciente. Este cuerpo normativo, sintetiza un conjunto de normas que regula una situación absolutamente novedosa para la legislación existente hasta ese momento, ya que si bien no existía una regulación específica, en muchas ocasiones los tribunales de provincia se vieron obligados a expedirse en casos concretos.

Asimismo, casi tres años después, en 2012 se sanciona la Ley N° 26.742²⁷ que modifica parcialmente la Ley precitada, adicionando algunos artículos. Se explicara los cambios significativos con la mencionada modificación.

1. Derecho a rechazar la distanasia

Anterior a su modificación encontrábamos el artículo 2 inciso e) de la ley 26.529²⁸ que rezaba sobre la autonomía de la voluntad, del paciente, con la facultad de este, de aceptar o rechazar, cualquier terapia o procedimiento médico, y el derecho de revocar su decisión en cualquier momento. A los Niños y adolescentes les corresponde también el derecho de intervenir en la toma de decisión sobre las terapias

²⁶ Ley N° 26.529 – Derechos del Paciente de 2009.

²⁷ Ley N° 26.742 de 2012.

²⁸ Art. 2 inc. E Ley N° 26.529 – Derechos del Paciente de 2009

y los procedimientos médicos en los que se involucre su vida, de acuerdo a los términos de la Ley N° 26.061

Luego de la reforma por la ley 26.742 de 2012 se le adicionan dos párrafos al inciso e) quedando el artículo conformado de la siguiente manera:

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. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

“En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. 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.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”²⁹

Con esta modificación claramente se refleja el rol protagónico y privilegiado que goza la autonomía de la voluntad, extendiendo el margen de autonomía de los

²⁹ Art. 2 inc. E Ley N° 26.529 modificado por Ley N° 26.742 de 2012

pacientes e incluyendo a los familiares, para aceptar tratamientos médicos, terapias, procedimientos quirúrgicos o rechazarlos sin expresión de causa.

La ley al expresar que las terapias y/o procedimientos pueden ser rechazados con o sin expresión de causa, no la exige como requisito para que se cumpla la voluntad del paciente, con lo que de esta manera se libra de la realización de trámites burocráticos o que se deba requerir de órdenes judiciales, para el cumplimiento de la voluntad manifestada. (Arrigone, 2012)

La propia ley pretende determinar como una suerte de requisitos delimitando así los casos en los que en que procederá el derecho a rechazar la distansia o encarnizamiento terapéutico:

Como primer requisito, se hace referencia al diagnóstico del paciente, el que debe presentar una enfermedad irreversible, incurable o que se encuentre en estado terminal. El segundo requisito que describe la ley es la información fehaciente, aquí la ley exige que el paciente conozca todos los procedimientos riesgos y consecuencias que puede derivar del mismo ya sea por su aceptación o rechazo con la mayor claridad y adaptabilidad para el paciente. Y como tercer requisito es la manifestación de la voluntad, la cual deberá registrarse en la historia clínica. (Lafferriere 2012)

En la disposición más arriba se establece con razón que si se tratara de una intervención o tratamiento extraordinarios o desproporcionados, que solo implique la prolongación del estado irreversible o incurable en forma indefinida, sin general ningún cambio en su estado, y que a nada conduzcan, el paciente podrá rechazar los mismos, inclusive los de alimentación e hidratación. Nadie puede estar obligado que se le realicen tratamientos que solo tiendan a lograr una dilación penosa de su existencia, con lo que agrede su derecho a morir con dignidad. Ahí se presenta la

autonomía de la voluntad como ese derecho que posibilita el rechazo a lo a que se ha dado en llamar encarnizamiento terapéutico. (Sambrizzi, 2012).

Según señala, Lafferriere, Jorge (2012), con la modificación, se dio un exorbitante énfasis a la autonomía de la voluntad, debería preguntarse si existe realmente una verdadera autonomía de la voluntad, teniendo en cuenta el estado del enfermo terminal, con los drástico y dramático de su situación, las presiones que vive, incluso en los casos de falta de capacidad, no existe tal autonomía y los familiares toman las decisiones en su nombre.

2. Ampliación del consentimiento informado

Anterior a su modificación el artículo 5 de la mencionada ley rezaba:
Definición. Entiéndase por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.³⁰

³⁰ Art. 5 Ley N° 26.529 – Derechos del Paciente de 2009

Podemos resumirlo diciendo que: “El consentimiento informado es un acto por medio del cual una persona decide autónomamente, y a partir de la información suministrada, como desea ser tratado y curado” (Crovi, 2010, pág. 102)

Con el consentimiento informado, que el paciente presta se deja librado la legalidad, de la realización o el rechazo de cualquier procedimiento o tratamiento médico, él paciente al dar su consentimiento ejerce la manifestación del derecho de libertad para decidir lo concerniente a su propio cuerpo. (Crovi, 2010)

Con la modificación por Ley N° 26.742 de 2012 se añadieron 2 incisos, que rezan:

g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio 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; y

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento³¹

En caso de rechazo de algunos tratamientos mencionados supra, el nuevo artículo 7 de la ley obliga que la declaración de la voluntad, deba ser hecha por escrito

³¹ Art. 5 inc. g) y h) de Ley N° 26.529 modificado por Ley N° 26.742 de 2012

en un acta y firmada por todos los intervinientes³², dejando asentado en la historia clínica, brindando así seguridad jurídica ante futuros conflictos.

La Normativa es clara al descartar y negar la posibilidad de que se desarrollen prácticas eutanásicas, como en el artículo 11 sobre directivas anticipadas que se verá más adelante. ¿Pero cabría de preguntarse si esta posibilidad de rechazar la hidratación y alimentación, no entraría en la órbita de una eutanasia pasiva?

Se intentará realizar una distinción entre los medios ordinarios y extraordinarios.

Una manera de interpretar la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, radica en hacer referencia a los medios y no a la persona que utiliza los medios. Se aspira a la realización de una lista categórica, de las intervenciones consideradas ordinarias o vitales, que nunca deberían dejar de prestarse, contraponiendo a aquellas intervenciones que serían discrecional de realizar con considerarse extraordinarias o desproporcionadas. (Taboada, Paulina “s.f”)

Tal como sucede en ley 10.058, de la provincia de Córdoba que describe a las medidas desproporcionadas o de encarnizamiento terapéutico como las acciones que prolongan la agonía de una persona sin posibilidad de recuperación³³. Y ejemplifica a las medidas mínimas ordinarias como las acciones tendientes a suministrar hidratación, higiene, nutrición, y o curaciones al paciente³⁴.

Otra manera de interpretar la distinción entre medio ordinario y extraordinario, es por medio de la proporcionalidad, en esta teoría se utilizara para una mejor denominación los términos terapias proporcionada o desproporcionada. El criterio de proporcionalidad ha de ser incluido al concepto de moral, siendo correcto la terapia

³² Art. 7 inc. f) de Ley N° 26.529 modificado por Ley N° 26.742 de 2012

³³ Art 5 inc. f) Ley 10.058- Declaración de voluntad anticipada de muerte digna de 2012 Legislatura de la Provincia de Córdoba

³⁴ Art 5 inc. g) Ley 10.058 de 2012 Legislatura de la Provincia de Córdoba

que produzca el mayor beneficio o el menor mal, pues el deber moral de no ejecutar actos que atenten contra la vida o salud obliga siempre. De allí surge la obligación de conservar un mínimo de cuidados destinados a mantener la vida, como podría nombrarse la higiene corporal, la nutrición, la hidratación. . (Taboada, Paulina “s.f”)

El juicio de proporcionalidad, que condiciona el tratamiento, tratara de establecer, si guarda relación y el mismo es relevante, en el resultado de mejoría que se persigue, teniendo en cuenta la condición del paciente, pues si producen un sufrimiento desmesurado, existen para estos el derecho a los cuidados paliativos (Lafferriere 2012)

Ahora bien con respecto a la incorporación de la ley, sobre el derecho a la renuncia de los procedimientos de alimentación e hidratación, algunos autores como Lafferriere, y Sambrizzi, consideran que no encuadraría dentro del rechazo al encarnizamiento terapéutico, pues no forman parte de un acto médico, se trata de conductas normales y medios ordinarios de cuidado y conservación de la vida. No sería admisible moralmente dejar de suministrar la hidratación o la nutrición, pues es un soporte vital y su supresión aceleraría la muerte, la cual se la podría tomar como una forma de eutanasia pasiva indirecta. (Lafferriere, 2012; Sambrizzi, 2012)

Como se explicara en el capitulo primero, en la eutanasia pasiva nos encontramos ante un *non facere ad limine* (no hacer), que significa sin más la omisión de proveer a un paciente la terapia normal. Lo que encontramos como denominador común es el móvil compasivo del tercero, que es quien actúa por omisión acelerando la muerte del enfermo, ya que este morirá por inanición y no de la enfermedad terminal e irreversible. (Calogero Pizzolo, 2012).

3. Cuidados paliativos. La posibilidad de su rechazo

Con respecto a los cuidados paliativos, tanto el artículo 5 inciso h) en correlación con el último párrafo del artículo 2 de la nueva ley, señalan el derecho a recibir estos cuidados en el proceso de atención de su enfermedad, la nueva ley establece que rechazada la distanasia entendida como el rechazo al ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, ello no significara la interrupción de cuidados médicos para paliar el dolor, mitigar su sufrimiento físico o psíquico pues estos cuidados no responden a tratamiento curativo. (Berbere Delgado 2012)

4. Incorporación del consentimiento informado por terceros y su revocabilidad

El carácter del consentimiento informado es la obligatoriedad, de acuerdo lo dispone su Artículo 6° de la ley 26.529:

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.³⁵

Con la modificación por la nueva Ley N° 26.742 de 2012 se le incrementan dos párrafos, que rezan:

“En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el

³⁵ Art. 6 de Ley N° 26.529 de 2009

*paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”.*³⁶

En caso de incapacidad del paciente, por encontrarse imposibilitado para realizar el consentimiento previo a cualquier intervención, el nuevo artículo, menciona el listado de los legitimados activos para hacerlo, aplicando de manera analógica para el caso, los mencionados en el artículo 21 de la ley 24.193 (ley de ablación de órganos) en el siguiente orden de prelación:

- 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.³⁷

No obstante, acorde al derecho personalísimo que se trata se garantiza la participación del paciente, en la toma de decisiones en la medida en que se lo posibilite su situación.

Respecto a la revocabilidad del consentimiento informado, el artículo 10 de la ley, autorizaba a realizarlo, con la modificación se permitió que los enumerados en el

³⁶ Art. 6 de Ley N° 26.529 modificado por Ley N° 26.742 de 2012

³⁷ Art. 21 de la ley 24.193- Ley de ablación de órganos de 1993

artículo 21 de la ley de ablación de órganos, pudieran revocar su decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecidos.

5. Las directivas anticipadas de salud. Requisitos formales.

La “directiva anticipada” como acto jurídico, (art. 944 del Cód. Civ.) debe cumplir con las reglas básicas del derecho del fondo a efectos de su propia validez (Rivera, 2010). A diferencia del “consentimiento informado” que es una declaración de voluntad coetánea a la necesidad de aplicar un tratamiento médico específico; las directivas son realizadas previstas antes de que surja dicha necesidad, y justamente previendo tal circunstancias.

Las directivas anticipadas se incluyeron en la ley de derechos del paciente en 2009. La norma disponía y dispone:

Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Es decir que el sujeto puede, ante una eventual hipótesis de enfermedad, prever que se aplique tal o cual tratamiento médico o terapéutico. Pero bajo ninguna circunstancia puede tolerarse la ejecución de prácticas eutanásicas, ya que toda autorización, sea anticipada o coetánea a la enfermedad, se considera no escrita. En ello nuestro derecho como sistema jurídico integral ha sido coincidente, prohibiendo la eutanasia a pesar de que no logra discriminar o conceptualizar qué debe entenderse como práctica eutanásica.

A esta norma la ley 26.742 le incorpora el siguiente párrafo:

“La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.”³⁸

La norma, habilita el dictado de las directivas anticipadas por dos vías, mediante escritura pública o en sede judicial, este párrafo origina reservas, por el encarecimiento de trámite, por medio del actuar del notario público, que bien puede operar como un obstáculo para hacer efectivas las voluntades del paciente. (Siverino Bavio 2012)

El fin de la norma no era el de judicializar las directivas, de esta manera al tener que requerir a los juzgados de primera instancia, se genera una situación engorrosa y de poca practicidad. Podría pensarse que la habilitación judicial estaría pensada para contemplar la situación de quienes no pueden acceder al trámite por medio del escribano público judicializando así el trámite solo por motivos económicos (Berbere Delgado 2012).

Si tanto las directivas anticipadas como el consentimiento informado, son declaraciones de la voluntad, solo emitidas en diferentes momentos una en diferido, y la otra dictada coetáneamente a la necesidad, porque la disparidad de criterios. Como explica Roitman, “Hubiera sido de buena práctica haber previsto la posibilidad de que aquella pudiera registrarse en la historia clínica, manteniendo el requisito de los dos testigos, con la firma del médico actuante” (Roitman 2012 pág. 120)

6. Eliminación de la responsabilidad de los Profesionales Médicos.

Un agregado fundamental, fue el nuevo artículo 11 bis que establece:

³⁸ Art. 11 de Ley N° 26.529 modificado por Ley N° 26.742 de 2012

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.³⁹

La nueva norma, exige a los profesionales de responsabilidad, tanto civil, penal como administrativa, siempre que hayan obrado en estricto cumplimiento del texto legal, poniendo fin a interpretaciones que pudieran especular cualquiera de la conductas descritas como eutanasia, asistencia al suicidio, homicidio o cualquier otro tipo de acto criminal. (Roitman 2012)

No obstante el artículo 21 de la ley -Derechos del Paciente- deja deducir la posibilidad de que si se genere responsabilidad en caso de incumplimiento, por ejemplo en caso de no cumplir con una directiva anticipada, inclusive si la acción fuera basada en buena fe (Berbere Delgado 2012); 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 mismas⁴⁰.

Definitivamente los senadores, lo que han querido con esta ley tiene que ver con la revalorización de la autonomía de la voluntad del paciente en el marco del reconocimiento de los derechos de la salud Contribuyendo a que la persona pueda vivir con dignidad hasta el último día de su vida. La intención de la ley a ser un ordenamiento a nivel nacional, y tener así una única jurisdicción en esta materia. Es decir que en todo el territorio nacional, se aplique una misma reglamentación y un mismo protocolo e igual protección a los medico. Consideramos que pueden existir aspectos de la ley que puedan mejorarse, por ejemplo existe una falta de ampliación de los términos, sobre todo para entender el alcance que se le da a los medios

³⁹ Art. 11bis de Ley N° 26.529 incorporado por Ley N° 26.742 de 2012

⁴⁰ Art. 21 de Ley N° 26.529 de 2009

ordinarios o extraordinarios en el tratamiento del paciente, y establecer pautas claras y generales para así no arribar a la conclusión que a través del retiro de soporte vital e hidratación, se estaría habilitando la práctica de la eutanasia pasiva.

CAPÍTULO V.- Contradicción Normativa en la ley de Derechos del Paciente.

En Capítulo V se indagará en profundidad la posibilidad, de contradicción o de existencia de una laguna semántica en la Ley N° 26.529 - Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado- y su Norma Modificatoria, la Ley N° 26.742, y si, se admite en nuestro sistema por vía indirecta la eutanasia pasiva.

1. Definición de laguna semántica

A la hora de identificar las contradicciones normativas, como también su posible solución dependerá en todo caso de la interpretación, que de ella realicemos. En el caso de la ley de derechos del paciente, referido al tema de aliviar el sufrimiento, y rechazar la distanasia, pareciera que en algunos puntos la Ley en genera cierta contradicción, tiene una incongruencia, porque permite oponerse a cuidados y tratamientos médicos farmacológicos desproporcionados. ¿Cuáles son ellos estos? Los que prolongan la agonía en forma artificial, gravosa y penosa, sin que ello implique dejar de apoyar al paciente ni abandonar los procedimientos que reduzcan el dolor porque habla de que el paciente y la familia pueden negarse a recibir hidratación y alimentación, acaso esta actitud no es factible de aumentar el sufrimiento. La llamada contradicción normativa, no sería una contradicción en el sistema, sino una dificultad para interpretar ciertos textos enunciados.

Podríamos hacer una interpretación restrictiva, esta la que circunscribir, el significado de una disposición, excluyendo del mismo algún otro supuesto de hecho, que según la interpretación literal, estaría dentro de él. (Guastini R.1999.pag.39)

A fin de justificar este tipo de interpretación, Guasatini Ricardo usa lo que da a llamar como argumento disociativo.

Al reformar el art. 2º inciso “e” de la Ley N° 26.529, donde se habilita en la argentina la muerte digna, a través del rechazo del soporte vital, se generaría un cierto grado de contradicción con el derecho de recibir cuidados paliativos y de confort, pues hay quienes consideran que dentro de estos cuidados paliativos, se incluyen los de soporte vital. Cabe preguntarse si ¿acaso la posibilidad del rechazo de estos procedimientos de soporte vital no generarían un sufrimiento mayor al paciente, siendo una contradicción al fin perseguido por estos cuidados paliativos?

Si apelamos al argumento disociativos, dividiremos esta clase de errores en dos subclases, por un lado, en los que consideran que, los procedimientos de hidratación, son medios ordinarios de cuidado, y no cabría su rechazo por ser contrarios al derecho a la vida, y considerarse cuidados paliativos. Y por otro lado los que encuentran la facultad de rechazo de los procedimientos, en el respeto de la autonomía del paciente, y la dignidad humana, como fin del dictado de la ley. El resultado de esta interpretación sería que la disposición que permite el rechazo de soporte vital, lo hace en marco del derecho a la muerte digna, y no con el fin de realizar una eutanasia pasiva.

Como dijo el Dr. López Delgado (2012 pág. 50), “la ley de derechos del paciente que se encuentra en contradicción con la semántica castellana prohíbe como “directiva anticipada” las “prácticas eutanásicas” olvidando que la muerte digna es una forma de la “eutanasia pasiva”.

2. Necesidad de una norma explícita

En función de lo que enuncia la norma, se debería hacer una distinción, para saber diferenciar la eutanasia pasiva con el significado que se le asigna a la muerte digna a través del rechazo de los medios de hidratación y alimentación. Como se

explicara en el capítulo uno, la eutanasia propiamente dicha, es toda acción destinada, a procurar la muerte de otro, persona esta que sufre una enfermedad incurable o terminal, por razones compasivas, por piedad y en un contexto médico. No es necesario que el paciente se encuentre en estado terminal, solo que la agonía y el dolor que siente, el lo que promueve su deseo de morir. En este sentido el paciente ingeriría una combinación de drogas letal, suministrada por el cuerpo médico, siendo la muerte consecuencia de esta acción, y no de la propia enfermedad. Ante esta situación como el Código Penal no tipifica la eutanasia ni el homicidio piadoso, nos encontraríamos, en presencia de una práctica criminal, que podría tipificarse como asistencia al suicidio (Art. 83 Cód. Penal) e inclusive como homicidio (Art. 79 Cód. Penal) (Roitman 2012)

Amén de lo expuesto, la eutanasia por la forma en que se ha ido realizando a lo largo de la historia, ha adoptado dos formas bien diferenciales. Eutanasia activa (también conocida como *mercy killing*), y la eutanasia pasiva (*letting die*).

La primera se caracteriza por un *facere* (hacer) del sujeto que la dispone sobre el paciente, es decir, mediante una acción un tercero provoca o acelera la muerte a una persona. En cambio, con la segunda nos encontramos ante un *non facere ad limine* (no hacer), que significa sin más la omisión de proveer a un paciente la terapia normal. Tanto en uno como en otro, lo que encontramos como denominador común es el móvil compasivo del tercero, que es quien actúa por acción u omisión provocando o acelerando la muerte del enfermo. Este móvil compasivo, es el requisito fundamental en la eutanasia. (Calogero Pizzolo, 2012).

El denominado derecho a morir con dignidad, o muerte digna, es el derecho que se reserva para el enfermo, o sus representantes en caso de inconsciencia de aquel, para decidir la posibilidad de continuar en tratamiento, de aceptar o rechazar

procedimientos y o tratamientos o limitar el esfuerzo terapéutico, de aceptar medicinas para alivio del dolor, aunque esto lleve a acelera el fin de la vida, es un derecho a vivir, y vivir los últimos tiempos de existencia con dignidad. Todo como buena práctica médica, pues la medicina no puede seguir sosteniendo el principio de mantener la vida de cualquier manera, siguiendo las medidas de la medicina defensiva, la que prioriza la protección del médico ante un reclamo, antes que el bienestar del paciente. (Tinant 2012)

Frente a un paciente en estado terminal e irreversible, y que su vida se mantiene artificialmente, el retiro de los mecanismos de soporte vital, no constituiría la causa de la muerte, sino sería de la propia enfermedad que padece, aquí la muerte no se provoca ni se induce. Siguiendo a Roitman (2012) *“La limitación de la asistencia implica la modificación de un tratamiento terapéutico que ya no reporta resultados positivos”* *“¿Existe alguna diferencia entre el rechazo a la conexión a un respirador y la solicitud del retiro del mismo una vez conectado?”* (Roitman 2012 pag.119)

Podría resumirse diciendo, que si se ayuda a morir, cabría dentro de la denominación de eutanasia o suicidio asistido, en cambio si se deja o permite morir, entraríamos dentro de lo que se conoce como ortotanasia. Lo que en principio parecería una prudente distinción, en ocasiones resultaría difícil de aplicar, pues la línea que divide entre ambas, es muy delgada y no siempre resultaría claro. Pues puede resultar más dudosos, en el caso del mantenimiento o no de la hidratación a enfermos terminales. Aunque la reforma a la ley de Derechos del Paciente incluyó de forma expresa la posibilidad de rechazar esos mecanismos cuando se configure el requisito de que “el único efecto sea la prolongación en el tiempo del estado terminal

irreversible e incurable. En estos casos queda claro que la intención, del legislador, es proteger la dignidad humana, también en los periodos del final de la vida.

Esto plantea dos problemas de los que participa la ética de los médicos, por un lado está la determinación del estado terminal irreversible e incurable, y, por el otro deberán establecer si, la hidratación y la alimentación artificiales son parte del confort y cuidados paliativos que se deben a todo enfermo. (Gelli 2012)

3. ¿La reforma a la Ley N° 26.529 permite la eutanasia pasiva?

La nueva ley no admite la eutanasia en un sentido general, sin hacer una distinción en cuanto al los tipos de clasificación existentes entre eutanasia activa o pasiva. La ley claramente expresa en su art. 11 la prohibición de las prácticas eutanásicas. Al regular las directivas anticipadas dispone que las mismas deban ser aceptadas por el médico tratante, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Aquí el legislador sigue la teoría de la inexistencia del acto jurídico. El acto jurídico le falta algunos de los elementos esenciales o porque la ley lo ha prohibido que nazca así, es imposible pensar en su existencia, y no habrá nacido, por lo tanto deviene en inexistente como que no sucedió. (Perrino 2012)

Aunque varios autores, como Perrino, Lafferriere, y Sambrizzi coinciden en que lo autorizado por la nueva norma, referente a la posibilidad , del rechazo de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación de ese estadio terminal, instituye ,la admisión indirecta de la eutanasia pasiva, (Perrino, 2012 Lafferriere, 2012; Sambrizzi, 2012)

Esto incluso fue cuestionado por los senadores, al considerar que al poder rechazar los procedimientos de hidratación y alimentación como si se trataran estos

de un ensañamiento terapéutico. No es consistente con el concepto de muerte digna, pues se estaría condenando a la persona a una muerte dolorosa por inanición y deshidratación”, señaló la senadora Sonia Escudero, que se abstuvo en ese artículo, acompañada por Carlos Reutemann, Roberto Basualdo y Blanca Monllau. El senador Samuel Cabanchik, se encargó de responderle y señalarle que, el texto de la ley es muy concreto en los casos en los que se podrá quitar la hidratación y alimentación. Sólo en los casos que los mismos produzcan “como único efecto” la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable. Se hizo hincapié, dejando en claro que la ley no está relacionada con la eutanasia ni con el suicidio asistido, prácticas penadas por la ley argentina. “*La posibilidad del paciente de consentir o rechazar estos procedimientos es también una cuestión de derechos humanos. La modificación de esta ley no consagra la eutanasia ni el suicidio asistido, sino que estamos garantizando el derecho del paciente sobre su calidad de vida*”, explicó Daniel Filmus⁴¹.

Siguiendo a Calogero Pizzolo (2012) La ley N° 26.529- Derechos del Paciente- y su modificatoria la Ley N° 26.742 de 2012 se asimilaría a lo que se conoce como *ortotanasia*. Término que es identificado con el concepto de *muerte digna* o debida a toda persona, y respecto a la eutanasia pasiva, hay que aclarar que la iniciativa no puede venir del médico siempre será necesario el consentimiento del paciente o de sus representantes. (Calogero Pizzolo 2012)

Habíamos hablado supra, respecto de los Dilema bioético en la Nutrición e hidratación al final de la vida, y concluido que por un lado estaban los que consideraban ilícito, la desconexión del soporte vital, argumentando que el acceso a la

⁴¹ Abrevaya, Sebastián (2012-10-05) Una ley que vuelve más humana a la muerte. *Página 12*. Recuperado el 22/08/2014 de <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/elpais/1-193700-2012-05-10.html>

hidratación es un derecho humano, y el negarlo podría asimilarse con la intención de adelantar su muerte, por inanición, y si esta se realizara, sería muerte por omisión de cuidados que podría asimilarse a la eutanasia pasiva.

Y por otro lado, se encontraban quienes juzgaban apropiado la posibilidad de rechazo del procedimiento de hidratación, ya que consideran que el sufrimiento de la continuación de su vida es desproporcionado respecto de los beneficios que la nutrición artificial, pueda dar. Ya que este tratamiento, puede resultar una prolongación de la agonía.

Con respecto a la propuesta para una solución al dilema, consideramos que se debe tratar a la hidratación como un tratamiento más, puesto que si ésta solo tiene el fin de prolongar la vida, tal vez deberíamos rechazarlo de plano, porque cuando el paciente está muriendo y la degradación está llegando a una situación terminal, se produce en él una anorexia, que es un síntoma frecuente en este periodo de agonía, debido al deterioro interno. Es también importante señalar, que ante esta situación general del paciente, éste no tiene sensación de hambre. Tenemos que tomar en consideración que el paciente no come debido a que está muriendo, no es que muere como consecuencia de una inanición. Entonces no es necesario prolongar esta situación, recordemos que el enfermo terminal tiene otra causa, independientemente del retiro de la hidratación y la alimentación, que es irreversible, permanente y que conduce hacia la muerte. Por eso consideramos factible la posibilidad de rechazo de soporte vital, y que la misma no implica una eutanasia pasiva, aquí hay un error conceptual, consistente en denominar eutanasia a todo lo que termina con la muerte del paciente.

CONCLUSIÓN

A lo largo del trabajo de investigación se centró en la especial tarea de analizar una ley que vino a dar muchas respuestas a lagunas normativas causadas justamente por el rápido e indiscriminado avance tecnológico en el marco de la Medicina. Esta Ley N° 26.529 –Ley de derechos del Paciente- y de su modificatoria Ley N° 26.742 que se dio a conocer como Ley de Muerte Digna, donde la misma trata sobre una problemática que afecta a nuestra sociedad, el derecho a morir dignamente.

Se analizó al principio de este trabajo los conceptos referentes a que debía entenderse por eutanasia, dejando aclarado que todos los conceptos doctrinales referidos a la eutanasia, tiene como coincidencia, que la misma es una forma de poner fin a la vida, sin dolor ni sufrimiento, a un persona que sufre de una enfermedad, irreversible y terminal, motivado por la compasión.

En relación a la distanasia, o el encarnizamiento terapéutico, que consiste en la aplicación de todos los procedimientos posibles en el paciente para atender su enfermedad, concluimos que es acertado su rechazo tal cual faculta la ley, pues su aplicación podría considerarse como degradante de la dignidad, e integridad física y moral de la persona que debe padecerla.

Se hizo una exploración de los antecedentes legislativos tanto a nivel internacional como nacional, para concluir que se llevan varios años debatiendo sobre esta temática, a favor de los derechos de los pacientes y sus familias, en la lucha por el reconocimiento a la libre determinación de la voluntad para así proporcionar de una muerte digna a quienes la solicitan.

Es evidente que la nueva ley de derecho del paciente, se fundamente en la autonomía de la voluntad, abriendo el paso a la autodeterminación del paciente, y aceptación de la dignidad humana, como interpretación de derechos humanos. Los

mismos que están reconocidos e incorporados por medios de tratados, con jerarquía constitucional a nuestro país, (art. 75 inc. 22 Const. Nacional) como por ejemplo la Convención Americana sobre los Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica, en su art. 4, el cual reza que: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción” o la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1948, en la cual en su art 3 refiere: “Todos individuo tiene derecho a la vida, a la integridad y a la seguridad de su persona.” Existen valores fundamentales que sirven de base en nuestro sistema jurídico, y que resultan inescindibles unos y otros. Quizás el caso más paradigmático lo constituye la relación Derecho a la vida-dignidad personal, hay que respetar y proteger la dignidad de estas personas en todas las etapas de la vida, se debe proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Y así fue receptado en la ley Derechos de los Pacientes (Ley N° 26.529) al incluir expresamente en la regulación expresando que: “Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, (...), los siguientes: b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.” Aquí el trato digno presupone el respeto de las convicciones culturales, condiciones socio-económicas, y la propia concepción de su realidad íntima.

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

Aquí la autonomía privada o el principio de la autodeterminación, se refiere a la posibilidad de toda persona, por el solo hecho de ser humano, de tomar libremente sus decisiones, así se sostiene que la autonomía del yo, debe regir el problema del rechazo de la hidratación y alimentación, como así el de la eutanasia.

Al analizar la ley, se vislumbró la posibilidad de que se generaran interpretaciones confusas, respecto al alcance de la posibilidad de rechazo de los procedimientos de hidratación y alimentación, si esta debía ser entendida, como soporte vital, y dentro de los cuidados paliativos y que su rechazo implicaba la presencia de un acto considerado como eutanasia pasiva, o si debía ser incluida dentro de los procedimientos o tratamientos médicos y así sería entendido o como la facultad que la ley otorgaba para el libre ejercicio del derecho de autodeterminación.

Concluiremos al decir luego de realizar diversos análisis de interpretación, que la ley analizada, tiene como finalidad, primero priorizar la voluntad del paciente, por sobre cualquier otra, cuando este la manifestó su decisión, ya sea con anterioridad, por medio de una directiva anticipada, o en el preciso momento, con el consentimiento informado. Pues la ley reconoce al paciente como dueño de la transición entre la vida y la muerte, con derecho a rechazar la distanasia y así optar por la ortotanasia, entendida como “Muerte en su justo momento”, aunque la ley no la incluya como un término, ni utilice su palabra, consideramos que sería necesaria su incorporación, para distinguirla de la eutanasia, entendida ésta como conducta dirigida al acortamiento

intencional de la vida y que se considera un error conceptual denominarla a la eutanasia como todo aquello que finaliza con la vida del paciente.

Frente a una existencia de directiva anticipada del paciente no cabe duda que se prioriza y respeta la autodeterminación del enfermo antes los supuestos de rechazo de hidratación; en donde encontramos puntos de conflicto es en aquellos casos en los que no existe una directiva anticipada, y el paciente carece de autodeterminación ya sea por encontrarse en estado de inconsciencia o por ser este menor de edad y el consentimiento debe ser prestado por los familiares o representantes legales. Consideramos que como representantes debieron conocer el deseo del paciente en algún momento, y que negarles la aplicación de la ley en análisis sería consentir en someterlos a tratos crueles e inhumanos, sin respeto por su integridad física.

Coincidimos con el senador Samuel Cabanchik, al señalar que, el texto de la ley es muy concreto en los casos en los que se podrá quitar la hidratación y alimentación. Sólo en los casos que los mismos produzcan “como único efecto” la prolongación en el tiempo de ese estado terminal irreversible e incurable y que esta no es una ley de eutanasia. Por eso decimos que La ley N° 26.529- Derechos del Paciente- y su modificatoria la Ley N° 26.742 de 2012 se asimilaría a lo que se conoce como ortotanasia, término que es identificado con el concepto de muerte digna o muerte debida a toda persona, por eso es importante incluirlos en el texto ley. A fin de que la Muerte Digna se centra en el concepto de dignidad del enfermo y no en la voluntad que tenga este de morir

BIBLIOGRAFIA

1. Doctrina

- Abrevaya, S. (2012-10-05) Una ley que vuelve más humana a la muerte. *Pagina 12*. Recuperado el 22/08/2014 de <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/elpais/1-193700-2012-05-10.html>
- Alchurron C. y Bulygin E. (1998). *Introducción a la metodología de las ciencias jurídicas y sociales*. Astrea. Buenos aires
- Andruet (h), A. 2004, *Bioética, Derecho y Sociedad*, Córdoba, Alveroni.
- Andruet (h), A. 2001, Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia nuestra consideración acerca de la eutanasia [*versión electrónica*]
- Arrigone, M. (2012). Admirable consecuencia de un cambio cultural. Algo más sobre muerte digna [*versión electrónica*] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna*. 83-84
- Astudillo W, Mendinueta C. Bases para afrontar los dilemas éticos al final de la vida [*versión electrónica*] Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/dilemas-eticos-final-vida/01%20Astudillo.pdf>
- Barrionuevo, D. 2008, *Bioética y Derecho. Como plantear y resolver algunos casos*, Córdoba. Advocatus.
- Berbere Delgado, J. (2012). El fin de la Distanasia. Comentarios sobre la Modificación a la Ley 26.529 [*versión electrónica*] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna*. 86-92.
- Cifuentes, S. (2008), *Derechos Personalísimos*, (3° Ed.), Buenos Aires, Astrea.

- Crovi, L. (2010). El deber de informar al paciente. Origen contenido y régimen legal, *Revista de Derecho Privado y Comunitario*. 2010-3. *Derechos del Paciente*. 93-122
- Emilio de Benito (2015-02-06) El Supremo de Canadá permite el suicidio médicamente asistido. *El País* Recuperado el 07/04/2015 de: http://internacional.elpais.com/internacional/2015/02/06/actualidad/1423246363_985761.html
- Gelli M. (2012) La autonomía personal y los derechos de los pacientes a vivir con dignidad [versión electrónica] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna*. 93-99.
- Guastini R.(1999) Estudios sobre la Interpretación Jurídica. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Hooft, Pedro Federico, Hooft Irene, (2010), Directivas anticipadas o Testamentos de Salud: Hacia una mayor protección de la Dignidad Humana y la Autonomía personal, *Revista de Derecho Privado y Comunitario*. 2010-3. *Derechos del Paciente*. 225-259.
- Lafferriere, J. (2012). La dificultad de legislar sobre el fin de la vida paciente [versión electrónica] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna*. 107-109
- López Delgado F. (2012). Reglamentación de la muerte digna (2da. Parte) [versión electrónica] *Revista Médicos Medicina Global*. Año 14 (72). 50-51
- Ñino, L (2012) Eutanasia, muerte asistida y retiro de soporte vital: breve delimitación conceptual y tratamiento del tema en el derecho comparado y en el ordenamiento jurídico argentino. [versión electrónica] *Revista Derecho Penal*. Año I N° 2 Ediciones Infojus. 155-185

- Perrino, J. (2012) La ley de muerte digna [*versión electrónica*] Publicado en: DFyP 2012 (agosto) , 168 • DJ 22/08/2012 , 75
- Pizzolo Calogero, (2012). Muerte Digna, La Ley [*versión electrónica*] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna.*110-116.
- Rivera, J. 2010, *Instituciones de derecho Civil. Parte General*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot.
- Roitman, A. (2012). La muerte digna en el derecho argentino y la ley 26.529 [*versión electrónica*] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna.* 117-122
- Sambrizzi E. (2012). Muerte digna: Modificación de la ley 26.529 sobre derechos del paciente [*versión electrónica*] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna.* 123-126
- Siverino Bavio P. (2012) Derechos de los Pacientes y Muerte digna: Comentario a la Ley sobre el rechazo o la negativa al soporte vital 529 [*versión electrónica*] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna.* 127-131.
- Stone Laura (2015-02-06) Supreme Court strikes down Canada's assisted suicide laws. Recuperado el 07/04/2015 de: <http://globalnews.ca/news/1815749/supreme-court-strikes-down-canadas-assisted-suicide-laws/>.
- Taboada, P. ("s.f") Medios ordinarios y extraordinarios de conservación de la vida. *Enciclopedia de Bioética.* Recuperado de: <http://www.encyclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/148-conservacion-de-la-vida>

- Tinant, E. (2012). Reflexiones sobre la ley de muerte digna. [*versión electrónica*] *Suplemento Especial La Ley. Identidad de Género y Muerte Digna*.141-148

2. Legislación

- Código Civil de la Nación.
- Convención Americana de los Derechos Humanos. Art. 4. 1978.
- Constitución Nacional Argentina.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Ap. XI. 1948.
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Estado Vegetativo Persistente, adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, 1989.
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, 1987.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Art. 2, 3, 25, Ap. I. 1948.
- Decreto Reglamentario N° 1089/2012, de Ley de Derechos del Paciente N° 26.529.
- Ley de Declaración de Voluntad anticipada. Muerte Digna N° 10.058 de la Provincia de Córdoba. B.O. 15/06/2012.
- Ley de Derechos del Paciente N° 26.529. 2009.
- Ley de Muerte Digna, modificatoria de la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, Ley N° 26.742. 2012.

3. Jurisprudencia

- C.S.J.N. “Albarracini Nieves, Jorge Washignton s/ Medidas Precautorias”. L.L.2012-D, 252.

- C.S.J.N. “Bahamondez, Marcelo s/ Medida Cautelar”. L.L. 1993-D, 130. Juzg. Crim. Y Corr. De Transición N° 1. Mar del Plata. “M. s/ Acción de Amparo”. J.A. 2005-IV, Fasc. 7.

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO

A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

Autor-tesista <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i>	Urani Pamela Lucia
DNI <i>(del autor-tesista)</i>	30.311.174
Título y subtítulo <i>(completos de la Tesis)</i>	“La prohibición de las prácticas eutanásicas en el Derecho Argentino. ¿Se acepta la Eutanasia pasiva?”
Correo electrónico <i>(del autor-tesista)</i>	plurani@yahoo.com
Unidad Académica <i>(donde se presentó la obra)</i>	Universidad Siglo 21
Datos de edición: <i>Lugar, editor, fecha e ISBN (para el caso de tesis ya publicadas), depósito en el Registro Nacional de Propiedad Intelectual y autorización de la Editorial (en el caso que corresponda).</i>	

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

Texto completo de toda la Tesis (Marcar SI/NO) ^[1]	SI
Publicación parcial (informar que capítulos se publicarán)	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

Lugar y fecha:

Firma

Aclaración

Esta Secretaría/Departamento de Posgrado de la Unidad Académica: _____
_____ certifica que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

Firma

Aclaración

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado

[1] Advertencia: Se informa al autor/tesista que es conveniente publicar en la Biblioteca Digital las obras intelectuales editadas e inscriptas en el INPI para asegurar la plena protección de sus derechos intelectuales (Ley 11.723) y propiedad industrial (Ley 22.362 y Dec. 6673/63. Se recomienda la NO publicación de aquellas tesis que desarrollan un invento patentable, modelo de utilidad y diseño industrial que no ha sido registrado en el INPI, a los fines de preservar la novedad de la creación.