



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

MUERTE DIGNA

Supuestos y condiciones de procedencia en el ordenamiento jurídico  
Argentino

CARRERA: Abogacía

ALUMNO: Soto Escottorín, Johana Carolina

AÑO: 2017

## RESUMEN

En el presente trabajo de investigación, se pretende dar a conocer que nuestro ordenamiento jurídico cuenta con la ley 26.529 “ Sobre los Derechos de los Pacientes” y su modificatoria ley 26.742, de la cual se desprende el derecho a morir dignamente; esto es de manera natural y no siendo sometidos a tratamientos quirúrgicos extraordinarios y desproporcionados a las perspectivas de mejoría, produciéndoles una agonía ilimitada y sufrimientos desmesurados, garantizando al ser humano paciente se respete su decisión, dado que dicha norma protege por sobre todas las cosas la autonomía personal consagrada en nuestra Constitución Nacional.

Así pues, se analizarán los supuestos de procedencia de dicha normativa, se procederá a definir conceptos claves para su mejor entendimiento, logrando de esta manera un conocimiento acabado de la temática en cuestión para así suplir las dudas que se puedan presentar. También será analizada la figura de prácticas eutanásicas, haciendo hincapié en las diferencias que presenta con el instituto Muerte Digna.

Autonomía – Dignidad – Muerte

## ABSTRACT

In this research, it aims to show that our legal system has the law 26,529 "On the Rights of Patients" and its amendment Law 26,742, which follows the right to die with dignity, it means naturally and not being subjected to extraordinary surgical treatments and disproportionate to the prospects for improvement, producing them unlimited agony and unconscionable suffering, ensuring that the decision of the human being as patient will be respected, since this rule protects above all things personal autonomy enshrined in our Constitution.

Thus, the assumptions of origin of such legislation will be analyzed, it proceeds to define key concepts for better understanding, thus achieving a finish of the subject in question and knowledge to meet the doubts that may arise. It will also be analyzed the figure of euthanasia practices, emphasizing the differences posing with Dignified Death institute.

Autonomy – Dignity - Death

## Índice

•	Introducción .....	5
•	CAPÍTULO I: Nociones Generales .....	8
	Introducción .....	9
1.	Distanasia. Concepto .....	9
2.	Ortotanasia. Concepto .....	10
3.	Eutanasia .....	11
3.1.	Clases .....	11
4.	Estado Vegetativo Permanente. Definición .....	12
5.	Bioética .....	13
6.	Análisis de la Ley 26.529 “Sobre los Derechos de los Pacientes”.....	15
7.	Conclusión del Capítulo .....	16
•	CAPÍTULO II: Derecho Comparado .....	17
	Introducción .....	18
1.	España .....	18
2.	Uruguay .....	19
3.	Francia .....	21
4.	Colombia .....	21
5.	Conclusión del Capítulo .....	22
•	CAPÍTULO III: Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” .....	24
	Introducción .....	25
1.	Antecedentes Provinciales .....	25
2.	Derechos Contemplados en la Ley .....	27
2.1.	Derecho de Asistencia y Derecho a un Trato Digno y Respetuoso .....	28
2.2.	Derecho a la Intimidad y Derecho a la Confidencialidad .....	29
2.3.	Derecho a la Autonomía de la Voluntad .....	29
2.4.	Derecho a la Información Sanitaria y Derecho a la Interconsulta Médica...30	
3.	Los Derechos Personalísimos Involucrados .....	31
4.	Regulación en la C. N. ....	32
5.	Regulación en el Código Civil y Comercial .....	34
6.	Conclusión del Capítulo .....	35

•	CAPÍTULO IV: Ley 26742 “Muerte Digna”.....	36
	Introducción .....	37
1.	Muerte Digna .....	37
2.	El Encarnizamiento Terapéutico .....	38
3.	La Relación Médico-Paciente.....	39
4.	Modificaciones Introducidas por Ley 26.742 .....	40
4.1.	Rechazo a la Alimentación e Hidratación. Críticas .....	45
4.2.	Cuidados Paliativos .....	48
4.3.	Exención de Responsabilidad al Profesional Médico.....	49
5.	Conclusión del Capítulo .....	50
•	CAPÍTULO V: El Consentimiento Informado y Directivas Anticipadas. 51	
	Introducción.....	52
1.	Consentimiento Informado. Definición .....	52
1.1.	Fundamento .....	54
1.2.	Forma y Prueba .....	55
1.3.	Falta de Consentimiento .....	55
1.4.	Excepciones .....	56
1.5.	Revocación .....	56
2.	Directivas Anticipadas y Eutanasia.....	57
3.	Conclusión del Capítulo.....	60
•	Conclusiones Finales .....	61
•	Bibliografía .....	63

## INTRODUCCIÓN

En ejercicio de la autonomía de la voluntad, principio fundamental consagrado en la Constitución Nacional se sanciona en el año 2009 la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente la cual viene a hacer efectivo el pedido de personas que ante una situación de enfermedad incurable e irreversible y en estado de salud terminal, sin esperanzas de mejoría, puedan solicitar no ser sometidos a terapias o procedimientos médicos o biológicos prolongando su vida artificialmente con dolencias tanto físicas como psíquicas, poniendo punto final al encarnizamiento terapéutico que se ve acentuado cada vez más debido al avance tecnológico en la ciencia médica.

Principalmente se trata de respetar las decisiones de los pacientes a morir dignamente de manera natural, permitiéndole transitar sus últimos días en paz y dignidad, no significando en absoluto provocarle la muerte, sino, acompañándolo en su decisión aportándole lo necesario para paliar dicha dolencia, poniendo en práctica de esta manera a los llamados cuidados paliativos.

Surge así evidente, la necesidad de analizar la normativa para establecer de manera definida cuáles son los supuestos y condiciones en las cuales opera el instituto Muerte Digna en nuestro ordenamiento jurídico. Es importante hacer mención a la modificación efectuada a la Ley 26.529 por ley 26.742 en el año 2012, que vino a llenar algunos vacíos que presentaba la anterior ley, la cual hace hincapié en la autonomía de la voluntad del paciente otorgándole 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 desproporcionadas o extraordinarias en relación con la perspectiva de mejoría y le provoquen un sufrimiento desmesurado. También hace mención a los llamados cuidados paliativos de una manera sintética, cuestión que ha sido criticada por la doctrina debido a que consideran que es un tema de vital importancia, el cual debería haber sido expuesto de manera más detallada, debido a que tratan lo relativo a los cuidados básicos que merece una persona en los finales de su vida. También agrega que el paciente podrá también rechazar la alimentación e hidratación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estado terminal, aspecto que sufre, entre todas las críticas apuntadas a la ley, la de mayor envergadura por considerar a este rechazo como una inacción por parte del médico actuante, derivada en una eutanasia pasiva expresamente prohibida por la

ley en cuestión, produciéndose en esta área una discusión doctrinaria más que legal, la cual desemboca en una contradicción entre el texto de la ley y las diversas interpretaciones a que da lugar.

Como se puede observar la ley, aún modificada, sigue siendo algo ambigua en algunos aspectos. Ante este problema, con el presente trabajo se pretende aclarar los supuestos de procedencia en los que opera el instituto muerte digna y algunos conceptos esclarecedores sobre la temática planteando las diferencias con las prácticas eutanásicas, dando a conocer a la sociedad toda, la existencia de una ley que ampara sus derechos a una muerte digna otorgándoles la posibilidad de plasmar su última voluntad.

Con el fin de dar cumplimiento al desarrollo de los objetivos propuestos se recurrirá al siguiente marco metodológico. En cuanto al tipo de estudio se utilizará el tipo de investigación descriptiva, la cual consiste en el análisis de los supuestos y condiciones de regulación del instituto muerte digna, para establecer en qué casos procede, sus requisitos, y un adecuado conocimiento de la ley vigente. En cuanto a la estrategia metodológica se utilizará el método cualitativo, para desarrollar y describir el alcance y características del instituto en cuestión, recurriendo a fuentes legales doctrinarias y jurisprudenciales.

Para la realización del presente trabajo, se usará la técnica de observación de datos y documentos, con el fin de recolectar información sobre la temática elegida. En lo que respecta al análisis de datos, se buscará una mejor interpretación de las condiciones previstas por la ley a través del análisis documental. En cuanto a la delimitación temporal, el punto inicial tomado en este trabajo es la ley 26742 promulgada el 24 de mayo de 2012 que modifica a la ley 26.529, promulgada en el año 2009.

La investigación, en lo referente a los niveles de análisis, se llevará a cabo mediante el estudio de legislación, doctrina y jurisprudencia nacional, y a modo comparativo se tendrá en cuenta el derecho de otros estados.

El desarrollo de este trabajo se verá plasmado en cinco capítulos, los cuales se exponen a continuación: En el capítulo I se expondrán nociones y conceptos generales, necesarios para introducirnos en la temática, teniendo como finalidad esclarecer y brindar un conocimiento acabado para su mejor entendimiento.

En el capítulo II se hará hincapié en el derecho de otros estados para así plantear las similitudes y diferencias que presentan en sus legislaciones con nuestro ordenamiento jurídico vigente en lo que respecta al instituto en cuestión.

El capítulo III hace una mención detallada de los derechos con los que cuenta el paciente consagrados en la ley 26.529 referidos a la información clara y precisa que debe brindar el médico actuante al paciente, el respeto a su intimidad y la confidencialidad de los actos como así también la autonomía de la voluntad otorgándoles el derecho a rechazar determinados procedimientos médicos, garantizándole un trato digno y respetuoso. También se tratará en este capítulo lo referido a los derechos personalísimos involucrados y a su regulación en el Código Civil.

Se conceptualizará a la figura Muerte Digna, brindando la información necesaria para superar la ambigüedad del término, se desarrollará la modificación efectuada por ley 26.742 referidas al rechazo de la alimentación, los cuidados paliativos, la exención de responsabilidad a los médicos y la prohibición de la eutanasia expuestas en el capítulo IV.

Para finalizar con este trabajo, el último capítulo V hace referencia al consentimiento informado otorgado por el paciente, por medio del cual este expresa su voluntad, las excepciones del mismo y su posibilidad de revocación. También se desarrollará en lo concerniente a las directivas anticipadas, su concepto, contenido y fundamento para culminar diferenciándola de las prácticas eutanásicas expresamente prohibidas por nuestra legislación nacional.

Luego de lo expuesto, se pretende mediante este trabajo, en primer lugar, dar a conocer a los ciudadanos la existencia de la ley que protege los derechos de las personas con enfermedades terminales amparando la autonomía de la voluntad inherente a cada una de ellas, haciendo valer y respetar las decisiones que toman sobre su propio cuerpo sin afectar a terceros. Además, proponer en cuanto a la contrariedad manifestada en la norma, una reforma que sirva de aclaración, siempre pensando en el beneficio de las personas que, a causa de un problema de salud grave e inmejorable, tienen y pueden recurrir a esta ley para superar su situación de vulnerabilidad.

## CAPÍTULO I

### Nociones Generales



## Capítulo I: Nociones Generales

### Introducción

Para empezar el desarrollo de la temática en cuestión, es importante exponer los siguientes conceptos, los cuales vienen de alguna manera a sintetizar el significado de lo que se entiende por Muerte Digna. Esto es, llegar a un entendimiento pleno capaz de dar luz a las ambigüedades existentes en torno al instituto muerte digna que se confunde en la generalidad del pensamiento social como si se tratase de eutanasia pasiva, cuando en la realidad legal de nuestro país son dos conceptos claramente opuestos.

Se tendrá en cuenta también el aporte efectuado por la Bioética, la cual viene a desplegar su manto humanitario sobre la relación médico-paciente, la cual jamás podría estar acéfala en relación al reconocimiento de los derechos fundamentales que amparan al ser humano.

Asimismo, mediante un análisis de la Ley 26.529 “Sobre los Derechos de los Pacientes”, se darán a conocer su contenido y objeto, puntualizando los supuestos y condiciones de procedencia -fin perseguido por el presente trabajo- lográndose un conocimiento acabado para que, en su prudente aplicación a un caso concreto, dicha Ley pueda gozar de eficacia y operatividad.

A los efectos de comprender la temática en cuestión, esto es, Morir Dignamente, se expondrán a continuación algunas nociones conceptuales previas.

#### 1. Distanasia. Concepto

Se la define por oposición a la Eutanasia y presupone la prolongación de la agonía y sufrimiento del paciente mediante la utilización desmedida de medios terapéuticos reñidos con la ética aun cuando favorecidos por los avances tecnológicos, la utilización de medios extraordinarios es reconocido como un “encarnizamiento terapéutico” alejado de todo criterio de razonabilidad y que solo procura la prolongación de una existencia precaria. (Lovoce, 2012, p. 621)

Del mismo modo, Garay (2003) expresa al respecto que la distanasia es la prolongación exagerada e innecesaria del proceso de morir empleando medios terapéuticos desproporcionados. Los médicos deben tener bien en claro que la tecnología y la ciencia médica sirven para mejorar la calidad de vida de los pacientes, no para prolongar su agonía y sufrimiento que está más allá de toda posibilidad de recuperación atentando de esta manera al derecho a una muerte digna.

Es preciso hacer una aclaración con respecto a lo que se entiende por medios desproporcionados o extraordinarios. En este sentido, se está en presencia de tratamientos considerados inútiles con respecto a las escasas expectativas razonables de mejoría, debido a que el enfermo sufre un cuadro irreversible que lo conducirá a una muerte segura. La ética y la medicina se han encargado de considerar estos criterios. En el ámbito de la salud, lo ordinario es aquello que forma parte de la rutina propia de la actividad, mientras que en ética lo ordinario constituye la utilización de un tratamiento que alivie al paciente de aquello que lo aqueja según su circunstancia particular. Como corolario, lo desproporcionado da lugar a que se produzca el ensañamiento terapéutico, esto es, el empleo indiscriminado de medidas destinadas, no a aliviar al paciente, sino a prolongar su agonía posponiendo en el tiempo el suceso de muerte (Garay, 2003).

## 2. Ortotanasia. Concepto

La incorporación del próximo concepto a exponer, adquiere relevancia debido a que la práctica de Ortotanasia al igual que el instituto muerte digna, procuran que el paciente alcance su muerte de manera natural, sin ser entorpecido este proceso de desenlace final inevitable, con procedimientos inútiles carentes de sentido en cuanto a su aplicación debido a la escasa y muy remota posibilidad de recuperación.

La Ortotanasia es reconocida como el comportamiento de suprimir o prescindir de procedimiento o medicaciones extraordinarios o desproporcionados a fin que la muerte se presente según el curso normal y natural. El omitir la utilización de medios desproporcionados o extraordinarios frente a la aproximación segura de la muerte, no solo no puede ser visto como un antijurídico sino mejor como un acto de humanidad frente a la imposibilidad de revertir el curso de los acontecimientos (Lovoce, 2012, p. 621)

Es importante destacar que mientras la distanasia no respeta el derecho a morir con dignidad, la Ortotanasia, además de respetar la vida del paciente, procura el beneficio exclusivo de este, paliando su dolor, hidratándolo y alimentándolo en caso de ser necesario para que de esta manera pueda llegar al fin de su vida en paz y tranquilidad, sin prolongaciones injustificadas mediante la abstención de tratamientos extraordinarios o desproporcionados que linda con el llamado encarnizamiento terapéutico. Vale la pena decir que no se trata de provocar ni de buscar la muerte, menos aún sumirlo en una situación de abandono, por el contrario, el fin es brindar al ser humano paciente, que se encuentra en estado terminal, los cuidados paliativos básicos

para así evitar sufrimientos, mitigando el dolor tanto físicos como psíquicos. El paciente fallece debido a su enfermedad terminal de manera natural con todo el cuidado que merece como tal. (Garay, 2003).

### 3. Eutanasia

Con la finalidad de aclarar aún más estos conceptos, y manifestar claramente la diferencia existente entre las figuras de muerte digna y eutanasia que motivaron el interés de este trabajo, el que consiste en superar las críticas dirigidas a la efectividad de la ley, en torno a la confusión en considerarla una ley de eutanasia, se hará referencia a dos conceptos vertidos por la doctrina del término eutanasia, lo cual permitirá visualizar las divergencias existentes entre esta y el término muerte digna. Para ello se han tomado como referente a los siguientes autores:

El término Eutanasia proviene del griego y se la ha denominado muerte dulce, buena muerte; en la actualidad se la reconoce como “Acabar con la vida de una persona a petición suya con la finalidad de minimizar su sufrimiento”. Presupone una acción (activa) u omisión (pasiva) dirigida a poner fin a la existencia de una persona que padece grave sufrimientos o se encuentra agonizando. (Lovoce, 2012, p. 621).

Se ha dicho que eutanasia es la muerte sin dolor “provocada” a una persona que padece una enfermedad incurable e irreversible porque se considera indigno que esa persona siga sufriendo. Hay que destacar que la eutanasia mucho dista de ser considerada un procedimiento ético y legal. (Garay, 2003)

#### 3.1 Clases

Con respecto a este tema la doctrina coincide en que la figura de eutanasia se presenta bajo dos modalidades, es así que hablan de eutanasia activa (acción) y pasiva (omisión).

Primeramente, nos referiremos a la Eutanasia Activa. Esta se manifiesta cuando el profesional médico interviene provocando la muerte del paciente gravemente enfermo a pedido de este para dar fin a su agonía, ya sea suministrando dosis mortales o alguna sustancia letal. Esta clase de eutanasia es rechazada desde la ética debido al actuar concreto del médico de quitar la vida a otra persona para poner fin a su sufrimiento no siendo esto aceptado moralmente. Asimismo, desde lo legal es

considerado un homicidio, en donde la muerte es causada por otra persona. Por otro lado, en la Eutanasia Pasiva existe una omisión, o lo que es lo mismo, la no utilización de medidas terapéuticas útiles para la atención del paciente en estado de gravedad, situación omisiva que produce como consecuencia una muerte evitable. El no suministrar procedimientos para mantener con vida al paciente es, desde luego, considerado homicidio (Pizzolo, 2012).

Luego de lo expuesto por la doctrina, se puede colegir que el instituto muerte digna presenta una semejanza con la figura de Ortotanasia, la cual procura que el paciente que se encuentra en estado de salud terminal sin expectativas de mejoría, alcance la muerte de manera natural, procurando paliar sus sufrimientos, no siendo abandonado ni mucho menos “provocando” su muerte como en el caso de la eutanasia. Como así también no sumiéndolo en procedimientos extraordinarios que, lejos de curarlo, lo único que provocan es una prolongación de la agonía causándole más dolor, hecho que se produce en la llamada práctica distanáica, todo ello atentatorio de la dignidad humana. Es importante dejar en claro que el paciente tiene el derecho a morir en paz y tranquilidad, de manera natural, acompañado de sus seres queridos respetándose su dignidad y todo su ser. No se trata de poner fin a la vida por cualquier circunstancia, sino que este proceso inevitable de la muerte suceda de la manera más natural posible, sin entorpecer el curso natural de la misma.

#### 4. Estado Vegetativo Permanente. Definición.

Lo importante en este punto es que al estar el paciente en estado vegetativo permanente, conlleva a la utilización, por parte de los profesionales médicos, de medios desproporcionados en su afán de mantenerlo con vida, de hecho vegetativa, y por lo tanto artificial, sometiéndolo al llamado encarnizamiento terapéutico el cual desemboca en la utilización indiscriminada e inútil, terapéuticamente hablando, de dichos medios, ya que las posibilidades de mejoría son muy escasas debido al estado delicado de salud que padece. Se produce así una prolongación innecesaria de la agonía del paciente, es decir, poner en práctica la llamada distanasia, como se expresó anteriormente al conceptualizar dicha figura. Va de suyo como contraria a la dignidad humana y por ende a la calidad de vida del paciente. Contrariando asimismo con el objetivo principal que tuvo en miras el legislador al preservar dichos derechos en sus preceptos legales.

Para su mejor comprensión se expondrá seguidamente la definición del estado vegetativo permanente.

En cuanto al estado vegetativo persistente: la Asociación Médica Mundial definió al EVP como: “Las personas con graves daños en los hemisferios cerebrales comúnmente pasan a un estado de inconsciencia crónico, 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 alzhéimer, 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.” (Berbere Delgado, 2012, p.86).

Es preciso señalar el importante aporte que realiza la Bioética en relación a la temática en cuestión, reflejándose en el interés de esta disciplina en revalorizar la dignidad y libertad del ser humano, sobre todo en atención a la salud teniendo como base los valores y principios éticos y morales, todo ello en pos de proteger y respetar al ser humano paciente. Se logra de esta manera convertir la relación médico-paciente en un acto de humanización e individualización que se traduce en otorgarle al paciente el derecho a decidir y, por consiguiente, respetar esa decisión y acompañarlo.

## 5. Bioética

Para empezar, el vocablo Bioética deriva etimológicamente del termino bios, vida; ethike, ética. El diccionario de la lengua española define el término como “Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y de la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”. La enciclopedia bioética expresa “El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales”. En el mismo sentido, la Asociación Internacional de Bioética la conceptualiza diciendo “El estudio de los problemas éticos, sociales, legales, filosóficos y otros, relacionados, que emergen en la atención de la salud y las ciencias biológicas” (Garay, 2003).

Ante todo, es preciso señalar que la bioética ha tomado auge en la sociedad moderna en tiempos recientes y que su génesis, es decir, aquello que le da vida y permite su desarrollo, se centra en dos cuestiones fundamentales, que son: el cambio que se ha producido en la relación entre médicos y pacientes, como así también el avance tecnológico de la ciencia.

Esto deriva del nacimiento de la democracia y con ella la lucha por los derechos humanos, la libertad y la dignidad del hombre, que en tiempos pretéritos no se tenían en cuenta y las relaciones humanas se basaban en todos los ámbitos de la vida bajo un riguroso paternalismo, considerando a la persona, más aún a la enferma, como un ser inoperante, incapaz de decidir y supeditado al manejo del profesional médico.

En opinión de Hooft (2004) la bioética recibe el aporte de otras disciplinas como la medicina, sociología, la política, la filosofía, etc., que nutren con su aporte a la bioética considerando como punto de interés el respeto de los derechos humanos y de la dignidad del hombre. Así, se puede colegir en que existen diversas manifestaciones de dicha ciencia. La bioética teórica encuentra su fundamento en teorías morales que conforman nociones básicas de la persona, la dignidad y la autonomía. Desde otro punto de vista, la bioética clínica está entrelazada con las decisiones y comportamientos de los médicos en el desenvolvimiento de su actividad profesional, considerando al paciente en su individualidad. Como contrapartida de esta, se erige la bioética normativa, la cual ya no mira al paciente en su individualidad, sino más bien en el colectivo determinando las reglas aplicables a la salud pública, los derechos humanos y a la ciencia. Se debe tener en cuenta también a la bioética cultural, ya que cada sociedad posee sus propios valores y no es aceptable la idea de imposición de ellos, menos aun estando en juego derechos tan valiosos como los de los seres humanos. Esto da como resultado que la relación médico-paciente abandona la rigurosidad para adentrarse en el campo de la confianza, la dignidad y la libertad de ambas partes de este vínculo.

La doctrina anglosajona reconoce tres principios que deben guiar la relación médico-paciente. El principio de Beneficencia se traduce en el hecho de que el médico debe dirigir su accionar con la finalidad de obtener el bienestar del paciente, evitando causar daños innecesarios. Como derivación de este principio surge el de no maleficencia que significa “ante todo no dañar”. En otras palabras, el médico debe

dirigir sus conocimientos hacia el respeto y el cuidado de la integridad psicofísica del paciente, teniendo presente que su actuar debe desarrollarse con prudencia, diligencia y pericia.

El principio de Autonomía tiene estrecha relación con el consentimiento informado, de allí que su centro de interés es la libertad de autodeterminación de la persona y la dignidad de la misma en cuanto a la decisión que esta puede tomar luego de haber recibido una información completa, clara y precisa sobre su situación de salud.

En lo que respecta al ámbito de la Justicia, también enmarcada por este principio, tanto la salud como las intervenciones biomédicas deben ser imbuidas de imparcialidad y equidad.

#### 6. Análisis de la Ley 26.529 “Sobre los Derechos de los Pacientes”<sup>1</sup>

En la actualidad tanto la ciencia como la tecnología han sufrido significativos avances incidiendo considerablemente en la ciencia médica, reflejándose en el uso de aparatología sofisticada capaz de mantener una vida artificialmente por tiempo ilimitado que hasta hoy se consideraba impensado. Ello ha originado que los profesionales de la salud, en su afán de poner en práctica sus conocimientos y por sobre todo intentar salvaguardar la vida del paciente, se apartan cada vez más de actuar en beneficio del mismo, prolongando su vida innecesariamente de manera artificial, causándole en algunos casos más sufrimientos, todo ello atentatorio de la dignidad humana.

Es por ello que en el año 2009 se sanciona la Ley 26.529 en aras a la protección de los derechos fundamentales, como son la dignidad y libertad humana, de raigambre constitucional, que amparan al paciente considerándolo un ser humano, un ser libre capaz de tomar decisiones sobre su salud y su propio cuerpo. Dicha normativa regula los derechos con los que cuenta el paciente, como ser el de asistencia, el derecho a recibir un trato digno y respetuoso por parte del profesional médico actuante, el derecho de confidencialidad, brindarle al paciente la información sanitaria en forma clara y precisa sobre su estado de salud, los tratamientos a seguir y sus posibles evoluciones o

---

<sup>1</sup> Ley N°26.529 “Sobre los Derechos de los Pacientes”. Recuperado el 10/05/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

complicaciones que puedan resultar de dicha práctica. Asimismo, el derecho a la autonomía de la voluntad por medio del cual el paciente es libre a la hora de decidir someterse o no a ciertos tratamientos médicos. Esta declaración de voluntad es lo que se ha dado en llamar “consentimiento informado”, el cual habilita al médico a realizar su actuación previo informe entregado al paciente sobre su estado de salud, los procedimientos propuestos, los beneficios esperados y las consecuencias en caso de la no realización de dicho procedimiento. Expresa también que dicha decisión puede ser revocada. Hace mención a que toda persona capaz (mayor de edad) puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, de manera que si en el futuro se encuentra imposibilitado de expresar su voluntad debido al estado delicado y terminal de salud que padeciera, por medio de dichas directivas anticipadas puede ser respetada su decisión ya sea aceptando o rechazando tratamientos médicos preventivos o paliativos, las cuales deberán ser respetadas por el profesional médico, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las cuales por encontrarse expresamente prohibidas se tendrán por no escritas. Todo lo relativo a la salud del paciente y la actuación realizada por los médicos deberá constar en la historia clínica.

## 7. Conclusión del Capítulo

Luego de lo expuesto en este primer capítulo, se pueden sentar las bases del significado de la figura muerte digna, la cual se asemeja a la práctica Ortotanasica, la que consiste en brindar al paciente todos los medios necesarios para paliar su sufrimiento y acompañarlo en esta etapa inevitable de la muerte, procurando que este desenlace suceda de la manera más natural posible, no provocando su muerte como sucede en la eutanasia. Logrando de esta manera profundizar sobre la temática a fin de dar a conocer a la sociedad que sus derechos a decidir someterse o no a ciertos tratamientos médicos deben ser respetados por los profesionales de la salud. Asimismo, dar a conocer que el ordenamiento jurídico argentino cuenta con la existencia de la ley 26.529 la cual ampara dichos derechos de raigambre constitucional y determina en sus preceptos los casos y condiciones de operatividad de la figura bajo estudio, constituyendo al mismo tiempo un límite claramente establecido que determina la exclusión de la eutanasia, al momento de manifestar el paciente su voluntad manteniéndose según lo prescripto por la ley.



## CAPÍTULO II

### Derecho Comparado

## Capítulo II: Derecho Comparado

### Introducción

En el texto de este capítulo se detalla cómo han regulado el instituto Muerte Digna diferentes países del mundo. Se pone de manifiesto que, al igual que en nuestro ordenamiento jurídico, la temática ha adquirido relevancia en los últimos años, otorgándole al ser humano paciente una serie de derechos personalísimos que amparan su libertad y dignidad por sobre todas las cosas.

Como se expresó anteriormente, Argentina al igual que otros países, cuenta con una normativa específica destinada a proteger los derechos del ser humano paciente. A continuación, se hará mención a las legislaciones extranjeras que también regulan estos derechos.

#### 1. España

España cuenta con la Ley 41/2002<sup>2</sup>, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, amparando la dignidad de la persona humana y el respeto a la autonomía de su voluntad. Establece que toda actuación médica requiere del consentimiento previo del paciente, después que se le haya suministrado toda la información adecuada. En cuanto a la forma del consentimiento estipula que será verbal por regla general. Ahora bien, se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores o cualquier procedimiento que implique un riesgo para el paciente. Es así que todo paciente puede negarse a recibir tratamientos médicos, lo cual constará por escrito. El profesional debe respetar la decisión libre y voluntaria del paciente, la cual puede ser revocada por escrito en cualquier momento. En el caso que el paciente se encuentre incapacitado física o psíquicamente para otorgar su consentimiento, lo puede hacer su representante legal o sus familiares. Estipula una serie de derechos como el derecho a la intimidad, a la debida información sanitaria en forma clara y precisa, la cual deberá ser brindada al paciente con el fin que este pueda decidir someterse o no a los tratamientos propuestos; toda esta información debe guardar absoluta reserva. Toda la actuación del profesional médico debe constar en la

---

<sup>2</sup> Ley N° 41/2002 “Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente” Recuperado el 30/10/15 de [www.oposiciones-kuma.com](http://www.oposiciones-kuma.com)

historia clínica a la cual el paciente tiene el derecho de acceder libremente. Así también hace mención a las directivas anticipadas, por medio de las cuales toda persona capaz mayor de edad puede anticipadamente plasmar su voluntad para llegado el caso que en el futuro su situación de enfermedad no le permita poner de manifiesto su decisión, asimismo puede designar a un representante a fin de hacer cumplir su directiva y se respete su decisión. Al igual que el consentimiento, las directivas podrán ser revocadas en cualquier momento dejando constancia por escrito.

Se evidencia que la legislación española en coincidencia con la Argentina, sostiene el máximo respeto a la dignidad humana y libertad individual del paciente, consagrando el derecho a la intimidad y a la confidencialidad, garantizando por sobre todas las cosas la autonomía personal del ser humano paciente, la que se ve reflejada en la posibilidad del paciente de elegir someterse o no a ciertos tratamientos médicos. Esta decisión se formaliza a través del consentimiento y las directivas anticipadas previendo, en cuanto a los requisitos, las mismas condiciones expuestas por la normativa argentina. Una diferencia a tener en cuenta es que la regulación española no contiene expresamente una cláusula prohibitiva de la eutanasia. Sin embargo, se desprende de la lectura de uno de sus artículos de manera implícita. Por lo cual el profesional no puede contrariar la *lex artis* y menos aún el ordenamiento jurídico los que si prohíben las prácticas eutanásicas.

## 2. Uruguay

En este punto es importante resaltar que la normativa de Uruguay es explícita en cuanto a la condición que debe presentar la persona enferma en relación a su estado de salud, el cual debe revestir la calidad de “terminal, incurable e irreversible”, para poder oponerse a determinados tratamientos médicos, a diferencia de la ley 26.529 del ordenamiento jurídico argentino que en su redacción original se dirigía a todo persona enferma sin especificar la situación que debe atravesar el paciente (cuestión que luego es tratada en su modificatoria, como se verá más adelante). Como así también lo relativo a los cuidados paliativos, los cuales si fueron abordados por la legislación uruguaya negándoles a los pacientes la abstención a recibirlos.

Dicho esto, Uruguay mediante Ley 18.473<sup>3</sup>, Voluntad Anticipada, establece en su artículo 1 que toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consiente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros. Del mismo modo, tiene derecho a expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrara enferma de una patología terminal, incurable e irreversible. Estipula que tal manifestación de voluntad se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos, también podrá manifestarse ante escribano publico documentándose en escritura pública o acta notarial. La posibilidad de elegir entre estas dos alternativas en cuanto a la forma que puede revestir la manifestación no lo prevé la ley argentina en su texto original ni tampoco en su modificación. Tal manifestación de voluntad tendrá plena eficacia aun cuando la persona se encuentre luego en incapacidad legal o natural. Ahora bien, si el paciente no ha expresado anticipadamente su voluntad y en el momento de padecer la enfermedad incurable y terminal se encontrare incapacitado de prestar dicha voluntad, pueden decidir en su lugar, el concubino o cónyuge, o en su defecto los familiares en primer grado de consanguinidad, a diferencia de la normativa argentina que extiende el derecho a decidir a los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado por afinidad, como así también su representante legal, tutor o curador. No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren. Esta voluntad puede ser revocada de forma verbal o escrita en cualquier momento por el titular, dejando el médico constancia en la historia clínica. Pueden decidir en su lugar el cónyuge o concubino, o los familiares de primer grado de consanguinidad. Si se tratare de niños o adolescentes, la decisión corresponderá a sus padres en ejercicio de la patria potestad o el tutor. En todos los casos de suspensión, el médico actuante deberá comunicarlo a la Comisión de Bioética de la institución. En su artículo 10 establece que las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud deberán garantizar el cumplimiento de la voluntad y proveer programas educativos para su personal y usuarios sobre los derechos del paciente que estipula la presente ley. Surge del texto de esta ley que la voluntad anticipada no debe confundirse con la eutanasia, como se dijo, esta implica acelerar la

---

<sup>3</sup> Ley N° 18.473 “Voluntad Anticipada” Recuperado el 30/10/15 de [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

muerte de la persona, lo que no es regulado por la ley de Uruguay en la cual se persigue que la enfermedad terminal siga su curso natural sin ser entorpecida por tratamientos invasivos. Se evidencia aquí que el objetivo último de la ley uruguaya, al igual que la ley argentina dista por completo de aprobar las prácticas eutanásicas.

### 3. Francia

En Francia rige la denominada Ley Leonetti desde abril del año 2005 que dispone el rechazo al encarnizamiento terapéutico, de manera que el paciente terminal puede rechazar los tratamientos médicos cuando estos resulten inútiles y su único fin sea prolongar la vida artificialmente sin esperanza de mejoría. Todo ello debiendo el paciente ser informado por parte del médico, de manera clara y precisa, sobre su estado de salud y los posibles riesgos que desencadenarían en caso de abstención de dichos procedimientos. La normativa agrega además las directivas anticipadas sobre la salud a través de un documento que puede ser revocado en cualquier momento y que deben ser redactadas en un plazo menor a los tres años de haber caído el enfermo en estado terminal, requisito este que no está contemplado en la legislación argentina. En Francia se le otorga a los cuidados paliativos mediante ley, acentuada preponderancia, considerados imprescindibles para mitigar el sufrimiento de los pacientes en fase terminal respetándose su dignidad. La Ley, al igual que nuestro texto legal, excluye la eutanasia (Berbere Delgado, 2012).

### 4. Colombia

En el año 2014 Colombia decreto la Ley nº 1.733<sup>4</sup> “Ley Consuelo Devis Saavedra”, la cual reglamenta el derecho que tienen las personas que padecen enfermedades terminales en estado de salud grave e irreversible con pronóstico fatal próximo, a recibir cuidados paliativos siendo estos los apropiados para el paciente, mejorando su calidad de vida, aliviando su sufrimiento y el de su familia; de modo tal que el proceso de morir sea lo más normal y natural posible. Realiza un análisis integral con respecto a los cuidados paliativos. Los conceptualiza como los cuidados necesarios

---

<sup>4</sup> Ley N° 1.733 “Ley Consuelo Devis Saavedra” Recuperado el 10/05/16 de <https://google.com.ar/?gwsrd=ssl#g=ley+de+muerte+digna+en+colombia>

para disminuir los dolores, que padecen los enfermos en estado terminal, tanto físicos como psíquicos. El fin de estos, es mejorar la calidad de vida del paciente afirmando la vida y considerando a la muerte como un proceso natural. Se encuentran contemplados en la ley como un derecho otorgado a toda persona que se encuentre en estado terminal, y a la vez garantizados por la institución médica y de gobierno para su efectiva aplicación. En este sentido, las prestadoras del servicio de salud están obligadas a garantizar el efectivo cumplimiento de estos cuidados paliativos y brindar el acceso libre y gratuito a toda persona que lo requiera. Contrariamente a lo aquí expuesto, la ley argentina carece de dicha especificidad en relación a los cuidados paliativos. Así también se hace mención al derecho a obtener una información clara y detallada por parte del profesional médico actuante, sobre su situación de salud, pronóstico y las alternativas paliativas con las que cuenta. La ley también reza sobre el derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada en el cual se plasma la voluntad- decisión del enfermo en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal a no someterse a tratamientos innecesarios que prolonguen su sufrimiento alejándolo de morir dignamente. Aclara además que, en caso de incapacidad del paciente, pueden decidir en su lugar los familiares.

Al momento de la promulgación de la ley de Colombia, antes expuesta, no se regulaba la figura de la eutanasia. Sin embargo, al año siguiente este país prevé que en su ordenamiento jurídico se acepten las prácticas eutanásicas considerándolas como un buen morir, únicamente en los casos de que una persona mayor de edad y en estado de salud crítico y terminal, previo haber plasmado su manifestación de voluntad de manera fehaciente, decida y por ende acceda al suministro de una dosis mortal que provoque su muerte (Agencia EFE, 2015).

## 5. Conclusión del Capítulo

En conclusión, hay que destacar que al igual que nuestro país, salvando algunas diferencias, España, Uruguay, Francia y Colombia le otorgan al paciente el derecho a morir dignamente y respetar sus decisiones al final de la vida, implementando la medicina paliativa en beneficio exclusivo del paciente para, de esta manera contrarrestar el sufrimiento acompañándolo y conteniéndolo para que pueda transitar sus últimos días en paz y tranquilidad. Se avanza de esta manera sobre una temática

que tiempo atrás no recibía un tratamiento específico en el ámbito de las legislaciones, siendo esto muy importante para el reconocimiento de los derechos que le asisten al ser humano paciente, otorgándole la facultad de plasmar su última voluntad en las directivas anticipadas, excluyendo expresamente las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas.

### CAPÍTULO III

Ley N° 26.529 “Derechos del Paciente en su relación con los  
Profesionales e Instituciones de la Salud”



## Capítulo III: Ley 26.529 “Derechos de los Pacientes en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”

### Introducción

En el presente capítulo se señalará como antecedente de la Ley a las normativas sancionadas en las provincias, que regularon con anterioridad al dictado de la ley nacional lo específico de la materia, esto es, lo relativo a los derechos de los pacientes, tomando la iniciativa en asegurarles la debida protección que merecen. Luego se desarrollará el eje principal del contenido de la Ley 26.529, que es como su propio nombre lo indica los Derechos de los Pacientes considerados como derechos fundamentales del ser humano, asegurando de esta manera se respeten y protejan. Todo ello derivado del cambio socio cultural existente que demuestra, sin duda alguna, que la persona afectada por una enfermedad tiene la capacidad moral para decidir y que por su condición de tal debe ser respetada su dignidad. A continuación, como corolario de lo antes mencionado, se tratarán los derechos personalísimos inherentes a la persona humana. Para finalizar, en este capítulo se pondrá de manifiesto que la posibilidad de morir con dignidad y que se respete el derecho a la autonomía personal considerados derechos fundamentales, tiene como soporte normativo a la Constitución Nacional otorgándoles la jerarquía que merecen y al nuevo Código Civil y Comercial que amplió el alcance de la temática de una manera más detallada a diferencia del Código de Vélez Sarsfield.

#### 1. Antecedentes Provinciales

Los derechos que a continuación se detallarán considerados -como se expresó anteriormente- derechos fundamentales, lograron sustento normativo con anterioridad a la sanción de la Ley 26.529 Sobre Derechos Del Paciente, en algunas provincias que ya contaban con su propia regulación con respecto al instituto Muerte Digna.

Así la Ley 2.611 de Salud de la provincia de Neuquén refiere principalmente el respeto de los derechos personalísimos del paciente, las características de la regulación, el consentimiento informado, directivas anticipadas y una especial mención a los cuidados paliativos que deben brindarse a los pacientes en estado terminal, procurando el menor padecimiento y una atención humana y digna. Se debe respetar la decisión previa del paciente de rechazar procedimientos desproporcionados y extraordinarios

dirigidos a prolongar la vida artificialmente. De manera tal que toda persona mayor de edad por medio de instrucciones previas, manifiesta su voluntad sobre los cuidados y tratamientos médicos, con el fin de que las mismas se cumplan y sean respetadas por los centros de salud. También puede designar un representante para hacer cumplir ese pedido, teniendo la posibilidad el paciente de revocar en cualquier momento dichas instrucciones.

La provincia de Rio Negro cuenta con dos normas específicas, la Ley 4.263 de Voluntad Anticipada y la Ley 4264 de Muerte digna, ambas sancionadas en el año 2007. La primera de ellas establece que toda persona capaz tiene el derecho de expresar su consentimiento o rechazo a tratamientos médicos, previendo que en el futuro no pueda por una imposibilidad clínica realizarlo en ese momento, tal declaración deberá ser escrita, asentada en la historia clínica pudiendo presentarse ante el médico y dos testigos o ante escribano público. Cuenta con un Registro de Voluntades Anticipadas en el que se inscribirá el otorgamiento, sustitución y revocación de las respectivas declaraciones de voluntad. Esta declaración se respetará por sobre la opinión que pudieran plantear otras personas. No se tendrán por válidas las que contraríen el ordenamiento jurídico, o las que prohíban la medicación necesaria para el alivio del sufrimiento o cuidados básicos del paciente, asegurando el respeto a la dignidad humana. Puede el paciente nombrar a uno o más representantes a efectos del debido cumplimiento de su voluntad. En cuanto a la segunda ley, referida expresamente a la muerte digna, puntualiza en su artículo 2 “Toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estado terminal, o haya sufrido un accidente que lo coloque en igual situación, informada en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado”. Como se puede observar, la Ley prevé todas las posibilidades que se pueden presentar en la práctica, no así la Ley Nacional 26.529 la cual presenta algunas deficiencias. Al igual que la Ley anterior 4.263, establece que la expresión de voluntad se efectuará ante el médico con la presencia de dos testigos o ante escribano público. También estipula que, ante la imposibilidad del enfermo de manifestar su voluntad, y no habiéndolo hecho con anterioridad, los médicos junto con el Comité de Bioética institucional pueden requerir del cónyuge, descendiente, ascendiente o pariente consanguíneos hasta el cuarto grado,

la abstención o el retiro del soporte vital cuando solo se trate de mantener la vida artificialmente y el sufrimiento sea inevitable sin esperanzas de mejoría. Esto es importante debido a que no todas las personas conocen esta posibilidad de acortar el sufrimiento del paciente. La expresión de voluntad puede ser revocada únicamente por quien la manifestó. El retiro del soporte vital, el rechazo de tratamientos médicos desproporcionados etc. no implicará la interrupción de medidas para el adecuado control y alivio del paciente. Los profesionales de la salud se encuentran exentos de responsabilidad civil, penal y administrativa. Si se trata de un profesional objetor de conciencia se respetará su decisión, pero la institución médica debe contar con recursos humanos disponibles que aseguren el cumplimiento de los derechos del paciente.

La provincia de Entre Ríos cuenta con la Ley 9.977 de Cuidados Paliativos, sancionada en el año 2010, garantizando aliviar el dolor y otros síntomas, no prolongar la vida artificialmente, apoyar a los enfermos psicológica y espiritualmente, reafirmar la importancia de la vida, considerar la muerte como natural y apoyar a la familia durante la enfermedad y el duelo. Solo es aplicable a los enfermos internados en hospitales públicos o que permanezcan en su domicilio para su bienestar (Lovoce, 2012).

Resulta oportuno resaltar lo que estipula la Ley 4.263 de Río Negro con respecto a la declaración de voluntad que puede “presentarse ante el médico con la presencia de dos testigos o escribano público” admitiendo ambas posibilidades, disminuye así los costos económicos a los pacientes de bajos recursos, a diferencia de lo que establece la legislación nacional, la cual sostiene que la misma debe ser presentada únicamente ante escribano público. Se puede observar que las legislaciones provinciales sentaron las bases sobre los puntos centrales que luego fueron recogidos por la Ley nacional y su posterior modificación en todo lo que respecta al derecho a morir dignamente.

## 2. Derechos Contemplados en la Ley

A continuación, se detallarán los derechos de los pacientes contemplados en la ley 26.529, los que dan sustento a la relación médico-paciente, evidenciando la protección que a través de ellos efectiviza la norma citada. Podemos destacar que el reconocimiento de estos derechos hacen a la dignidad de la persona, esto es, el estado de vulnerabilidad que aqueja al paciente, impidiéndole el libre desenvolvimiento físico-

psíquico y social, como lógicas consecuencias derivadas de su enfermedad, a lo que la ley, como en la mayoría de los casos sucede, ampara mediante un abanico de derechos esta situación de disminución, y podríamos decir en este punto que la cobertura legal se extiende a todas las personas que acompañan al enfermo.

En específico se procederá con el análisis de lo explicado en el párrafo anterior, haciendo referencia al primer derecho consagrado en la normativa.

### 2.1. Derecho de Asistencia y Derecho a un Trato Digno y Respetuoso

En primer lugar, el derecho de asistencia refiere a que el paciente tiene el derecho a ser asistido por los profesionales de la salud ya sea en instituciones públicas o privadas. La Ley tiende, en este sentido, a dar protección a las personas que se consideran en un estado de mayor vulnerabilidad, esto es, niños, niñas y adolescentes imposibilitados de expresarse de forma adecuada dada su corta edad. Así también, apunta a que no se permita ningún acto discriminatorio, basados en sus ideas, religión, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante solo podrá eximirse de asistir al paciente cuando otro profesional competente se hiciera cargo efectivamente (Mosset Iturraspe y Piedecabras, 2011).

Seguidamente, se observará la regulación efectuada por Ley en cuanto a un derecho fundamental que se deriva de la Constitución Nacional que, como ley suprema, jerarquiza a la persona humana, la que en todos los aspectos de su vida debe gozar de un trato digno y respetuoso para con ella.

La Ley consagra el derecho a un trato digno y respetuoso que deben mantener los médicos con el paciente, colocando en la misma situación a todos los profesionales de la salud ya sean médicos, auxiliares, enfermeros o cualquier persona encargada del accionar en el sistema de salud. El médico en todo momento debe respetar los valores del enfermo, sus creencias, sus convicciones personales y morales, sus opiniones, religión etc., en definitiva, respetar la dignidad del ser humano. La Ley hace extensivo este derecho a un trato digno y respetuoso, a los familiares del enfermo debiendo ser tratados y acompañados con el mayor respeto y compasión, ya que en varias oportunidades son ellos víctimas del mal trato y desconsideración. De esta manera, la normativa una vez más pone en práctica el hacer respetar los derechos tan preciados que vienen a proteger al ser humano paciente en toda su personalidad y dignidad (Mosset Iturraspe y Piedecabras, 2011).

## 2.2. Derecho a la Intimidad y Derecho a la Confidencialidad

Asimismo, la legislación, siguiendo los lineamientos constitucionales, pone énfasis en que se respete todo aquello que la propia persona disponga se mantenga en la esfera de la privacidad y el dominio personal.

El derecho a la intimidad se encuentra ligado a la confidencialidad y al derecho a la autonomía de la voluntad. La intimidad es la zona de reserva de la persona a la cual no pueden acceder terceras personas sin su autorización. Como bien estipula la Ley, su alcance llega a toda actividad médico-asistencial dirigida ya sea a obtener, clasificar, utilizar, administrar o custodiar información y documentación clínica del paciente; vale decir todos deben respetar la intimidad y confidencialidad del paciente. Es comprensible que el paciente pretenda preservar todo lo relativo a su enfermedad, padecimientos o incapacidades que puedan resultar, ya que forman parte de su vida personal y debe ser respetada (Mayo, 2011).

En relación con el derecho a la intimidad antes descrito, la Ley regula el hecho de que la persona paciente refuerce su confianza en el profesional encargado de su salud a través de la confidencialidad de todo el accionar médico, lo que se encuentra íntimamente relacionado con el respeto al que anteriormente se ha hecho referencia.

Como se expresó anteriormente el derecho a la confidencialidad guarda relación con la intimidad de la persona, la diferencia radica en que la confidencialidad es cuando la persona, en este caso el paciente, brinda los datos médicos al profesional médico en confianza de que los resguarde, de modo tal que, si el médico no cumple con esta discreción, estaría violando este derecho. La confianza es la tranquilidad del paciente de que al entregar la documentación a la persona encargada de su atención médica no los revele a terceras personas sin su autorización, En fin, de lo que se trata es de respetar de manera estricta el secreto profesional, siendo este un deber-obligación que pesa sobre los profesionales de la salud, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad competente (Mayo, 2011).

## 2.3. Derecho a la Autonomía de la Voluntad

Todo ser humano, por la sola condición de tal, goza de libertad y autonomía a la hora de decidir en cualquier aspecto de su vida. Específicamente en lo que a su salud

atañe, esta prerrogativa mantiene su fuerza, traduciéndose en la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo con el único límite de que con su proceder no produzca daños a terceros. Por ello la Ley le confiere al paciente el derecho a decidir aceptar o rechazar los tratamientos o terapias y todo lo relacionado a su estado de salud no pudiendo los profesionales del arte de curar oponerse a esta decisión, así también esta decisión puede ser revocada en cualquier momento.

En la actualidad la relación médico-paciente pasó a ser más humanizada, respetando de esta manera la libertad y autodeterminación del paciente otorgándole al enfermo dichas facultades de decidir, quedando atrás el paternalismo que existía, en el cual todas las decisiones quedaban a criterio del médico actuante.

Hay que destacar que el derecho a la autonomía de la voluntad no es un derecho absoluto. Esta autonomía se encuentra limitada cuando se produce un grave daño a otra persona o cuando la decisión del paciente implique un peligro potencial para la salud pública, pudiendo la sociedad limitar el ejercicio de la autonomía del paciente. También se debe aclarar que el médico como persona detenta, al igual que el paciente, el derecho personalísimo a decidir, por lo que debe ser respetada su decisión, todo ello bajo el nombre de objeción de conciencia. En este sentido, la ley regula al respecto que el médico puede abstenerse a la atención sanitaria siempre y cuando otro profesional médico competente se hiciera cargo efectivamente del paciente (Garay, 2003).

#### 2.4. Derecho a la Información Sanitaria y Derecho a la Interconsulta Médica

El derecho a la información en todas sus aristas reviste gran importancia, pero es necesario destacar que en el ámbito de la salud es de fundamental valor. Esto es así por la vulnerabilidad que sufre una persona enferma. Si a ello le sumamos la carencia de información sobre su estado, no solo se lo está desamparando, sino que el daño, que seguramente se obtendrá como consecuencia, será irreversible.

En opinión de Hooft, el galeno tiene el deber-obligación de suministrar al paciente toda la información necesaria sobre la enfermedad que padece, los tratamientos aconsejables, los beneficios esperados y los posibles riesgos que puedan derivar de dicha asistencia médica, con el objeto de que el paciente adquiriera un cabal conocimiento sobre su estado de salud-enfermedad y de ese modo no quede afectada su capacidad y libertad de decisión, en consonancia con la potestad que el ordenamiento

jurídico le reconoce como titular de los derechos personalísimos. Como contrapartida el paciente tiene el derecho a decidir no recibir dicha información (2004).

En relación con lo expuesto y como un derivado del derecho a la información, la Ley estipula que aquella es necesaria a los fines de obtener la posibilidad de una segunda opinión que pueda esclarecer el criterio profesional anteriormente vertido.

De este modo, el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito para así poder obtener una segunda opinión o interconsulta médica sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento, relacionada con su estado de salud. Esta práctica es muy común debido a que los pacientes no siempre están totalmente conformes con la primera consulta que realizan, juzgándola de incompleta y poco clara (Hooft, 2004).

### 3. Los Derechos Personalísimos Involucrados

Se debe tener presente que, al hablar de la relación entre el médico y el paciente, es menester aclarar los derechos personalísimos que pueden resultar afectados o respetados en el marco de dicho vínculo. Con respecto a esto, y teniendo presente que dichas relaciones deben enmarcarse en la licitud, es que resulta imprescindible que el paciente haga efectivo su derecho a la libertad de decidir, lo que se pone de manifiesto cuando el mismo brinda su consentimiento. En lo que respecta a los derechos humanos, en la cúspide de ellos se asienta el derecho a la vida. Por lo tanto, de este primigenio derecho se desprenden como correlatos el derecho a la salud y por consiguiente el derecho a la libertad personal para decidir sobre el propio cuerpo. En otras palabras, la evolución de la sociedad ha llevado a que las normas supremas de cada estado reconozcan a todas las personas los derechos fundamentales que le asisten. De esta manera, la Constitución Nacional consagra el derecho a la vida, a la salud, a la libertad considerándolos de carácter indiscutible para que la persona pueda desarrollarse en la plenitud de su vida. En cuanto a la autonomía del paciente, se expresa con el ejercicio del derecho a la libertad, el cual reside en todo tipo de persona sin distinción y sin la exigencia de cualidad alguna; esto es así porque la autonomía es lo que hace a la esencia del ser humano (Crovi, 2011).

#### 4. Regulación en la Constitución Nacional<sup>5</sup>

Los derechos de los pacientes han adquirido capital importancia desde que todos ellos en su conjunto se engloban en la dignidad humana, considerados derechos humanos fundamentales cuyas ideas-fuerza son el tanpreciado derecho a la vida, a la dignidad y autonomía personal, cuyo soporte normativo reside en la Constitución Nacional en sus artículos 19,33,43 párrafo primero y 75 inc. 22 que prescriben lo siguiente:

##### Artículo 19:

Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudique a un tercero, están solo 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.

Del contenido de este precepto constitucional se desprende el amparo al derecho de privacidad e intimidad, los cuales han sido receptados por Ley 26.529 garantizando la protección de dichos derechos al ser humano paciente. Hace referencia a que toda actuación privada del hombre, mientras no afecte a terceros, queda exenta de la autoridad de los magistrados, constituyendo un límite a los poderes del estado en lo que respecta al desenvolvimiento de la persona en el marco de aquellos actos que le interesa mantener en la órbita de su privacidad. Esto es, teniendo en cuenta el aspecto general de este derecho, es decir, extensivo a toda persona que habite el suelo argentino, mientras que la especificidad de regulación que ofrece la Ley 26.529 sobre los derechos de los pacientes los circunscribe en este ámbito, agudizando de esta manera el amparo de estos derechos en todo lo referido al campo de la salud.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la Ley le otorga al paciente el derecho a decidir someterse o no a ciertos tratamientos médicos, lo que significa para la persona poner en ejercicio su autonomía personal, que al igual que su intimidad y privacidad, debe ser respetada.

Artículo 33: “Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno”.

---

<sup>5</sup> Constitución Nacional. Artículos 19, 33, 43 y 75 inc. 22



No todos los derechos son tratados en la C.N de manera específica, no significando con ello de que puedan ser negados o no reconocidos. Son las leyes las encargadas de explicitarlos para así lograr su operatividad y conocimiento por parte de la sociedad toda. Tal es el caso de la Ley 26.529 a fin de brindar mayor seguridad y precisión a los derechos de los pacientes y en aquello que respecta a las decisiones sobre su salud.

#### Artículo 43:

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

En este sentido el paciente ante un ataque, amenaza o la efectiva restricción de sus derechos, se encuentra facultado para mediante la acción de amparo lograr la recomposición del derecho conculcado.

Artículo 75 inc.22: La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. 1 y 5); la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 12); la Convención Americana sobre Derechos Humanos (art.5 y 11); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art.17); la Convención sobre los Derechos del Niño, en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos.

A través de estos instrumentos internacionales se refuerzan los derechos que se consideran en todo estado fundamentales para la persona, los que jamás podrían carecer de protección debido a que hacen a la esencia misma del ser humano. Por ello se ha puesto énfasis en tales derechos que hacen a la dignidad, privacidad y libertad del ser humano, brindando los lineamientos a los cuales deben ajustarse las normas inferiores para no caer en la esfera de inconstitucionalidad.

## 5. Regulación en el nuevo Código Civil y Comercial<sup>6</sup>

Es preciso poner de manifiesto que el nuevo Código Civil y Comercial realiza el tratamiento de la temática de una manera más específica en relación al anterior código. Existe un amplio reconocimiento de los derechos personalísimos que incluye la inviolabilidad humana, el respeto a la dignidad y el consentimiento informado. En este sentido, el artículo 51 de dicho cuerpo normativo reza: “Inviolabilidad de la persona humana. La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.” El artículo 52 prescribe: Afecciones a la dignidad. “La persona humana lesionada en su intimidad personal o familiar, honra o reputación, imagen o identidad, o que de cualquier modo resulte menoscabada en su dignidad personal, puede reclamar la prevención y reparación de los daños sufridos...” Artículo 55: Disposición de derechos personalísimos. “El consentimiento para la disposición de los derechos personalísimos es admitido si no es contrario a la ley, la moral o las buenas costumbres. Este consentimiento no se presume, es de interpretación restrictiva y libremente revocable”. Por último, el artículo 56 estipula:

Actos de disposición sobre el propio cuerpo. Están prohibidos los actos de disposición sobre el propio cuerpo que ocasionen una disminución permanente de su integridad o resulten contrarios a la ley, la moral o las buenas costumbres excepto que sean requeridos para el mejoramiento de la salud de la persona, y excepcionalmente de otra persona, de conformidad a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico. La ablación de órganos para ser implantados en otras personas se rige por la legislación especial. El consentimiento para los actos no comprendidos en la prohibición establecida en el primer párrafo no puede ser suplido, y es libremente revocable.

En este sentido la doctrina hace mención sobre las directivas anticipadas en el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación receptadas en su artículo 60 que reza:

La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona/ as que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.

Como se puede observar presenta algunas diferencias con la Ley 26.529 y modificatoria 26.742. Si bien el artículo 11 de la Ley 26.742 expresa que el paciente puede designar un interlocutor para que llegado el momento procure el cumplimiento

---

<sup>6</sup> Código Civil y Comercial. Artículos 51, 52, 55, 56 y 60

de sus instrucciones, la letra del Código Civil es más amplia al disponer que el interesado puede conferir mandato respecto de su salud, obligándose de esta manera al representante a prestar su consentimiento en nombre del otorgante de la directiva, pudiendo o no aceptar dicho mandato conferido, de este modo será el mandatario la persona que mejor conozca la voluntad del otorgante cuando éste se encuentre imposibilitado de expresarla. Así también, el Código ha priorizado la voluntad del paciente y se puede observar la flexibilidad con respecto a la designación de las personas que han de expresar su consentimiento, a diferencia de la Ley, la cual remite al respecto a las personas enumeradas en el artículo 21 de la Ley 24.193.

Por último, la exigencia de instrumentar las directivas ante escribano público o juzgados de primera instancia desaparece en el nuevo Código, otorgándole plena validez a las directivas que reflejan la propia voluntad del paciente, sin interferencias judiciales (Maglio y Wierzba, 2015).

## 6. Conclusión del Capítulo

Luego de lo expuesto en este capítulo se puede concluir que la creación de la Ley 26.529 sobre los derechos de los pacientes significó un avance legislativo -más allá de que no fueron tratados algunos aspectos de manera más clara y específica- en cuanto a la protección de derechos fundamentales como son la intimidad, autonomía personal y la dignidad de la persona todos ellos consagrados en la Constitución Nacional y recientemente en el nuevo Código Civil y Comercial. Lo que interesa es que el ejercicio de estos derechos no terminan en la vida misma de la persona, sino que se extienden más allá de ella hasta su muerte, permitiendo que la persona fallezca de manera natural, aceptando de esta manera la finitud de todo ser humano, sin posponer ni acelerar este desenlace ni mucho menos provocarlo como sucede en la eutanasia. Asimismo, otro aspecto relevante es que, por medio de la sanción de dicha normativa, se evita la judicialización de los casos que se suscitan dentro de la esfera de la atención a la salud con el fin, por un lado, de no prolongar la agonía de la persona enferma en largos procesos judiciales, como así también el desgaste judicial que ello significa tanto económico como temporal.

## CAPÍTULO IV

Ley 26.742 “Muerte Digna”

## Capítulo IV: Ley 26.742 “Muerte Digna”

### Introducción

Dada la importancia que amerita la posibilidad de morir dignamente y la necesidad de aclarar el contenido de este instituto, más allá de las consideraciones legales que ya ha efectuado la ley, es que surge plantear en este capítulo las nociones que brindarán un conocimiento del tema, para luego proceder a un detalle de las modificaciones introducidas por ley 26.742 referidas al rechazo de la alimentación e hidratación, cuestión que ha sido criticada por la doctrina por considerarlo una práctica eutanásica. También la ley hace mención a los cuidados paliativos que son muy importantes para el cuidado que merecen los seres humanos en situación de enfermedad terminal, para luego continuar con el agregado que efectúa la ley de un artículo por el cual el profesional médico, actuando de acuerdo a las disposiciones legales, queda exento de toda responsabilidad.

### 1. Muerte Digna

El derecho a morir dignamente hace referencia a transitar los tramos finales de la vida en paz y tranquilidad, donde las esperanzas de mejoría son muy remotas debido a la enfermedad terminal que padece el ser humano paciente, enfermedad que lo coloca en una situación de vulnerabilidad no pudiendo ya continuar con su vida de manera digna. No se trata de provocar la muerte, todo lo contrario, se refiere a la forma de morir, esto es, de manera natural y serena, paliando su sufrimiento sin prolongar, no ya la vida sino la agonía, donde la muerte debido a su estado delicado y grave de salud, se aproxima inexorablemente. Es necesario resaltar esta diferencia entre provocar o causar la muerte, conocido esto como practica eutanásica, ya sea por una acción u omisión por parte del médico actuante, expresamente prohibido por el ordenamiento jurídico argentino y, por otro lado, permitir que el proceso de la muerte suceda naturalmente, sin que nadie ni nada lo dilate de manera artificial, produciéndose el desenlace por la propia enfermedad. El paciente que se encuentra en estado terminal, incurable e irreversible tiene el derecho a decidir morir acompañado de sus seres queridos, optar por tratamientos paliativos para aliviar sus padecimientos y negarse a recibir tratamientos o procedimientos médicos extraordinarios o desproporcionados que, más que curar o aliviar, lo único que resulta de ellos es provocar más sufrimientos y

aislamiento, atentando de esta manera con la dignidad e integridad psíquica y física de la persona. Esta decisión libre y autónoma expedida por el paciente debe ser respetada por los profesionales en el arte de curar, no pudiendo oponerse a ello por el simple hecho de aferrarse al llamado “encarnizamiento terapéutico”, recurriendo a procedimientos inútiles y degradantes. La posibilidad de tener una muerte digna abre el camino a una serie de derechos consustanciales al ser humano paciente, considerados derechos fundamentales que vienen a proteger y respetar la autonomía de la voluntad y dignidad de este (Arrigone, 2012; Blanco, 1997).

Para lograr alcanzar una muerte en paz y serenidad, esto es, dignamente, basta con poner fin a la distanasia, es decir, poder rechazar la utilización desmedida de tratamientos y procedimientos cuando estos no curen ni alivien al enfermo, sino lo único que produzcan sea una dilatación en el tiempo de ese estadio terminal de la persona que padece una enfermedad que lo afecta de un modo significativo, impidiéndole seguir adelante de manera digna. La ley 26.529 y su modificatoria por ley 26.742 otorgan a la persona la facultad para aceptar o no ciertos tratamientos médicos, lo que le permite al enfermo negarse al uso indiscriminado e innecesario, ya sea de aparatología o procedimientos, cuando los considera fútiles y desproporcionados en relación a su esperanza de mejoría. Recordemos que se trata de personas en estado de salud terminal próximas a su desenlace final. Esto nos lleva a la necesidad de dar a conocer el aspecto conceptual sobre este punto, lo que se desarrollara a continuación.

## 2. El Encarnizamiento Terapéutico

El avance tecnológico ha logrado una evolución en la ciencia médica que determina en ella la capacidad de dirigir, desde los comienzos de la vida hasta su final, la calidad de la salud en términos que en algunos casos llega a tener un carácter invasivo y, porque no, abrasivo en la persona; todo esto considerando al cuerpo humano como receptor de los avances de esta disciplina atrasando con ello un final que indefectiblemente habrá de producirse. Ello ha provocado que el galeno, con el fin de curar al enfermo moribundo, utilice de manera indiscriminada estos avances que le provee la ciencia prolongando exagerada e innecesariamente, más que una vida, una agonía sometidos a procedimientos dolorosos y fútiles que le causa más sufrimientos. Por otro lado no cabe dudas que la muerte siempre ha sido un tema tabú

-de hecho lo sigue siendo- al que todos prefieren ignorar, ya sea por miedo o por cierta omnipotencia en el caso de los médicos, que ven la muerte no como un proceso natural, sino como el enemigo al que deben enfrentar para superar las frustraciones que conlleva el no poder cumplir con su mandato social de salvar una vida, sin ser conscientes que el hombre es un ser finito y como tal merece morir de forma natural, no siendo arrastrado por la manipulación efectuada por los equipos médicos. Todas estas cuestiones fueron las que impulsaron el nacimiento de este triste fenómeno conocido como encarnizamiento, ensañamiento y furor terapéutico, el cual emplea procedimientos desproporcionados o extraordinarios considerados inútiles, que inciden negativamente en la salud física y psíquica del paciente, lejos de proporcionar una mejoría causan, como se expresó, un prolongamiento del proceso de morir, aislando a la persona y provocándole más padecimientos (Blanco, 1997).

En suma, todo lo dicho precedentemente desemboca e incide considerablemente en la relación médico-paciente a través de la cual se manifiesta el actuar médico que la mayoría de las veces, en su afán de salvar al moribundo, se excede en los procedimientos para lograrlo, actuando de manera invasiva y abandonando la prudencia, virtud que debería gobernar ante todo en dicho vínculo. Como un freno a este encarnizamiento terapéutico es que la voluntad del legislador se vio plasmada en la creación y regulación legal que se dispuso sobre el tema, y como se ha dicho en apartados anteriores, se pregonaba no buscar ni provocar la muerte, sino que esta suceda de manera natural sin ser entorpecida artificialmente.

### 3. La Relación Médico-Paciente

Tiempos atrás era el médico quien exclusivamente tomaba todas las decisiones sobre lo más beneficioso para el paciente, considerado este como incompetente a la hora de tomar sus propias decisiones, llegado el punto que ni siquiera se le proveía la información respectiva a su estado de salud-enfermedad; era el médico quien mantenía el mando de la relación. Luego esto fue mutando debido al reconocimiento de varios derechos en protección a los pacientes, en respetar fundamentalmente su autonomía personal. En la actualidad esta relación entre el médico y el paciente se ve más humanizada, donde el médico tiene el deber de cuidar, curar y acompañar al enfermo en todas sus decisiones terapéuticas, todo ello en pos a la valoración de la dignidad del

ser humano (Crovi, 2011).

#### 4. Modificaciones Introducidas por Ley 26.742<sup>7</sup>

Como se expresó anteriormente, la ley 26.529 sobre los derechos de los pacientes no fue lo suficientemente clara en algunos aspectos, razón por la cual surgieron en torno a su texto distintas interpretaciones que desembocaron en confusiones, tanto doctrinarias como jurisprudenciales. Debido a ello es que la ley originaria sufre una modificación que viene a aclarar las ambigüedades existentes en la normativa anterior, a fin de lograr que se cumplan los objetivos que tuvo en miras el legislador al momento de su promulgación. Esto es, garantizar al ser humano paciente el respeto de su decisión en relación a la manera en que desea transitar sus últimos días de vida. Todo ello en pos de efectivizar su autonomía personal y su dignidad.

Acto seguido, se detallarán las modificaciones introducidas por ley 26.742 cuya relevancia se asienta en una mejor comprensión y aplicación de la norma vigente para los pacientes.

La primera modificación efectuada por Ley 26.742 es el agregado de dos párrafos en el art. 2 inc. e de la Ley Derechos de los Pacientes: en su versión original con respecto a la autonomía de la voluntad, se estableció el derecho de rechazar tratamientos médicos o biológicos con o sin expresión de causa, como así también su revocabilidad. El agregado puntualiza:

En el marco de esta potestad el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado 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 a 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 estado terminal irreversible o incurable.

De esta primera modificación emergen las condiciones de operatividad del instituto muerte digna planteándose que el paciente, para adquirir la potestad de rechazar ciertos tratamientos médicos, debe atravesar por un cuadro de enfermedad terminal, irreversible, incurable o haya sufrido lesiones que lo coloquen en dicho

---

<sup>7</sup> Ley N° 26.742 “Muerte Digna” Recuperado el 10/05/16 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/vernorma.do?id=197859>



estado. Condición ésta que no fue prevista en la anterior ley 26.529 lo que llevaba a suponer que cualquier enfermo podía acceder libremente al rechazo de los tratamientos propuestos por el profesional médico.

El segundo párrafo hace referencia a que “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”. Aquí se hace referencia al debido control que merece todo paciente en su fase terminal para aliviar su dolor por medio de los cuidados paliativos, demostrándose de esta manera el interés hacia el cuidado y acompañamiento al paciente, reflejándose así la voluntad del legislador de no abandonar al moribundo ni menos aún provocarle la muerte

La segunda modificación realizada es la ampliación del art. 5, el cual en su redacción original conceptualiza al consentimiento informado, estableciendo las características que este debe revestir haciendo hincapié en la salud, en el procedimiento ofrecido al paciente, los beneficios como así también los riesgos que éste puede padecer, refiriéndose también en el mismo sentido a las alternativas a las que puede recurrir y a las consecuencias de las mismas. Se adiciona que, además de lo previsto en el art.5, el paciente tiene derecho a conocer la potestad que le otorga la ley para rechazar lo que se denomina encarnizamiento terapéutico. Así se agrega el inc. g que determina que el paciente que presente un estado de salud terminal e irreversible tiene el derecho a rechazar los procedimientos que sean extraordinarios o desproporcionados en relación a su mejoría o que solo provoquen la prolongación de ese estado terminal e irreversible. Incluye los procedimientos de alimentación e hidratación, aquí la normativa es lo suficientemente clara en avizorar que el rechazo a la hidratación y alimentación constituirá una decisión válida si, y solo si, los mismos produzcan como único efecto una prolongación en el tiempo de ese estado terminal, irreversible e incurable.

El inc. h estipula: “el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”.

Una tercera modificación se efectúa en el artículo 6 donde se regula la obligatoriedad de todo profesional médico de recibir el consentimiento informado del paciente. La ley en este punto adiciona que encontrándose el paciente incapacitado o imposibilitado de brindar el consentimiento informado, lo podrán manifestar en su lugar

las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, esto es, el cónyuge o concubino, cualquiera de los hijos mayores de dieciocho años, cualquiera de los padres, cualquiera de los hermanos mayores de dieciocho años, cualquiera de los nietos mayores de dieciocho años, cualquiera de los abuelos, los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, los parientes hasta el segundo grado de afinidad, el representante, curador o tutor, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecidos. Asimismo, deberá garantizarse la participación del paciente en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Como una manifestación del refuerzo de la autonomía de la voluntad, la ley una vez más prioriza el beneficio para el paciente, estipulando que la decisión del mismo, en caso de encontrarse incapacitado para brindarla, teniendo en cuenta, claro está, de que se encuentra en un estado de enfermedad grave imposibilitando dicho estado de salud manifestarse en cualquier sentido, puede hacerse valer dicha decisión mediante otras personas cercanas a él y por ende de su entera confianza.

Con respecto a la instrumentación regulada por el artículo 7 el que dispone que excepcionalmente el consentimiento se brindará por escrito en casos de internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, procedimientos que implican riesgos y en caso de revocación, se agrega que en el supuesto previsto en el inc.g del artículo 5 antes descripto, esto es el derecho a rechazar los procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial, o al retiro de medidas de soporte vital como así también el rechazo a la alimentación e hidratación, deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. Brindándose así más seguridad y dotando de plena eficacia al medio por el cual los pacientes plasman su voluntad, mediante el consentimiento informado.

También modifica el artículo 10 otorgándole la potestad al paciente de revocar el consentimiento, decisión que debe ser acatada por el profesional médico dejando expresa constancia de ello en la historia clínica luego de haberle informado los posibles riesgos que acarrea tal decisión. Dotando de este derecho a dejar sin efecto dicho consentimiento a terceras personas que son las mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y en el orden allí establecidos. Sin perjuicio de lo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

El artículo 11 también sufre una modificación con respecto a las directivas anticipadas. En su primera redacción estipulaba:

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.

La modificación efectuada por ley 26.742 consiste en el agregado que la declaración de voluntad, manifestada por medio de las directivas anticipadas, “deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”.

Por último, la innovación legal se manifiesta en la creación del artículo 11 bis el que reza: “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”. La incorporación de este nuevo artículo modifica positivamente la situación en las que se veía en algunos casos inmerso el médico en lo que respecta a su responsabilidad, tema que será desarrollado más adelante en el presente trabajo.

A continuación, se expondrá un caso jurisprudencial que demuestra la operatividad de las modificaciones introducidas por ley 26.742, manifestada en la decisión de la Corte Suprema, superando las ambigüedades existentes en la normativa anterior. Es así que en la causa D.M.A.<sup>8</sup> un joven de 30 años de edad sufre un accidente automovilístico quedando inmerso en un estado vegetativo permanente. Las hermanas del mismo solicitan ante los tribunales de la provincia de Neuquén, se ordene el retiro de la asistencia de soporte vital que lo mantenía viviendo artificialmente. Llevo veinte años atravesando varias instancias judiciales en búsqueda del reconocimiento del derecho amparado por la Ley 25.629 a morir dignamente, debido a que dichos tribunales no hacían lugar al pedido basándose en primer término que de las pericias realizadas no se desprende que el Sr. M.A.D. padece una enfermedad terminal, si no que se encuentra en estado vegetativo permanente, de modo tal que el pedido del retiro de alimentación e hidratación no puede ser autorizado, enfatizando que en este caso habilitaría una muerte por deshidratación e inacción, interpretándose como una práctica

---

<sup>8</sup> CSJN, D.M.A. s/ “Declaración de Incapacidad”. (07/07/15) L.L. AR/JUR/24366/2015

eutanásica expresamente prohibida por la ley. Insisten en que la hidratación y alimentación no configuran en este caso procedimientos extraordinarios o desproporcionados. En segundo término, hacen mención a que el paciente no expreso su consentimiento al retiro del soporte vital y que por ser este un derecho personalísimo solo puede ser ejercido por su titular. A pesar de las críticas apuntadas, la Corte Suprema de la Nación señaló que tal petición se encuentra amparada en la Ley 25.629 y su modificatoria Ley 26.742 por lo que no es necesario se judicialice la cuestión. Con respecto al estado en que se encuentra M.A.D la Ley prevé en su artículo 2 inc. b que el paciente que padece una enfermedad irreversible o incurable o se encuentre en estado terminal, o “haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación” pueden ejercer el derecho a rechazar ciertos tratamientos médicos, así en lo que refiere al rechazo de la hidratación y alimentación la Ley agrega que el paciente también podrá rechazar dichos tratamientos cuando su único fin sea prolongar la vida artificialmente y ese estado terminal, irreversible e incurable. En lo que concierne al consentimiento cabe señalar que una de las incorporaciones introducidas por la Ley 26.742 es que legitima en este caso a las hermanas a prestar ese consentimiento debido a la imposibilidad psíquica y física de M.A.D. Ante los hechos, se dilucida la controversia entre dos derechos de raigambre constitucional, esto es el Derecho a la Vida por un lado y el Derecho a la Autonomía Personal por otro. Nos preguntamos si existe una preeminencia de uno sobre el otro para el supuesto de enfrentamiento de estos derechos como en el caso referido.

La Corte se pronunció al respecto, que mientras esa libertad concedida a disponer de sus propias acciones no afecte a un tercero, se encuentra exenta de la autoridad de los magistrados (artículo 19 C.N.).

También nos cuestionamos que sucede cuando el paciente no pudo expresar su voluntad de rechazar la asistencia mecánica en forma anticipada a su estado vegetativo. La Ley 27.462 indica que en caso de que el paciente se encuentre imposibilitado de brindar su consentimiento lo pueden hacer el cónyuge, los parientes, representante legal, tutor o curador.

De esta manera finalmente la Corte hace lugar al pedido efectuado por las hermanas de D.M.A., esto es el retiro de la asistencia mecánica, en el que se entiende que ellas exteriorizan la voluntad de él basándose como se expresó, en los preceptos

constitucionales y en lo regulado específicamente en la ley 26.529 y su modificatoria por ley 26.742.

Como se puede observar en el emblemático fallo citado anteriormente, se vislumbra el problema de interpretación de los distintos artículos de la Ley 25.629 y su alcance.

La aplicación de la Ley sufre el descarrilamiento en diferentes casos particulares que se presentan en su ocasión. Existe un desfasaje a la solución de determinadas cuestiones, que llevan a tomar diferentes decisiones, dejando en duda el alcance de la normativa para su efectivo cumplimiento y evitar entrar en un interminable desgaste jurisdiccional que va en contra del espíritu expeditivo de la misma. Ante esta falta de efectividad legal, con el fin de revertir esta situación, es que se modifica la ley en refuerzo a los derechos del paciente instaurando un sistema legal apto y completo dando solución a las situaciones fácticas que acontecen en la realidad.

#### 4.1. Rechazo a la Alimentación e Hidratación. Críticas

A pesar de la reforma efectuada, la ley sigue siendo objeto de críticas -las que serán desarrolladas a continuación- esta vez tomando como punto central a la abstención de los procedimientos de hidratación y alimentación por considerarlo una acción omisiva, conducta que se refleja en la figura de eutanasia pasiva contrariando con lo que la misma ley estipula al prohibir expresamente dicha práctica.

Esta cuestión es abordada por la Ley 26.472 “Muerte Digna” y ha generado opiniones encontradas, con respecto al otorgamiento por parte de la normativa al paciente de decidir el rechazo a la alimentación e hidratación.

La Ley de Muerte Digna al estipular que el paciente también podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estado terminal, irreversible o incurable, se traduce como una actitud contraria al principio rector de la conservación de la vida, y además es contradictorio con lo que estipula el artículo 2 en su parte final cuando dice “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”. Debido a que la alimentación

e hidratación son medidas adecuadas de control básico que necesita el paciente, su omisión importaría una práctica eutanásica prohibida por la propia ley en su artículo 11. Otra crítica apuntada es la de legitimar a los parientes a que decidan en lugar del enfermo, desde luego un paciente inconsciente o en estado vegetativo no siente dolor. (González Pondal, 2012). Con respecto a la segunda crítica realizada, el autor manifiesta en ella su desacuerdo con que la ley le otorgue la potestad de decisión a los parientes del enfermo y que además un paciente en estado de inconsciencia al no padecer sufrimiento y no estar consciente de la realidad crítica por la que atraviesa, no se le debería conceder tal derecho de rechazo.

En la misma línea de pensamiento, las autoras Taiana de Brandi y Taina (2012) adjudican gran importancia al hecho de que la Ley permita que terceras personas tengan en su poder una decisión que para ellas solo puede recaer en el paciente. Esto es, el derecho a rechazar la hidratación y alimentación no puede tener cabida en otro que no sea su titular, lo que se fundamenta en la envergadura que reviste tal decisión.

Cabe destacar, en lo que respecta a la hidratación y alimentación, el hecho de que la ley ha incurrido en una contradicción que en este punto se considera inconcebible. Así, por un lado, la ley pone de manifiesto el rechazo a determinadas prácticas médicas, y por otro, resalta que esto no significará dejar de lado medidas y acciones que den alivio al paciente que se encuentra en estado terminal irreversible e incurable. Ahora bien, deviene necesario resaltar la diferencia entre dos conceptos que la ley torna ambiguos. Muerte digna no significa literalmente el rechazo de la alimentación e hidratación, sino más bien otorgar al paciente la posibilidad de morir de manera natural, pero siguiendo el curso de la vida misma, es decir, recibiendo aquellos cuidados primarios, pero a la vez fundamentales como son los nombrados. La hidratación y la alimentación no pueden ser consideradas acciones desmedidas o invasivas para mantener con vida al paciente. Por lo que su abstención esta efectivamente dirigida a provocar la muerte por inanición. En otras palabras, suspender la alimentación y la hidratación conlleva lo que se conoce como eutanasia pasiva, privando al paciente del tratamiento que le es debido y que arroja como resultado la muerte de este. Para finalizar, surge evidente el menoscabo provocado a la dignidad de la persona, lo que la ley jamás ha tenido intención en descuidar (Urbina, 2012)

En igual sentido, Sambrizzi disiente con la posibilidad de supresión de la

alimentación e hidratación, considerando esto una práctica eutanásica omisiva, siendo importante señalar que la propia ley prohíbe expresamente dicho acto. Suministrar agua y alimento al paciente de manera natural o artificial no es considerado un acto médico, sino un medio proporcionado para la atención del paciente en sus cuidados básicos para la supervivencia: hidratar y alimentar al enfermo es un acto moral de carácter obligatorio y su anulación significaría acelerar el proceso natural de la muerte. Además, no pueden ser considerados como tratamientos extraordinarios, debido a que no causan ningún daño en la persona del paciente, así hayan sido efectuadas en forma artificial (2012).

No obstante, las críticas apuntadas, es importante resaltar que la ley, al referirse al rechazo de la alimentación e hidratación, hace hincapié en que se acepte siempre y cuando el uso de estos procedimientos lo único que produzcan sea una prolongación de la agonía del enfermo, es decir, cuando sean considerados fútiles en relación con sus perspectivas de mejoría. Fundamentamos nuestra opinión en el hecho de que, si bien la medicina vuelca todos sus avances para lograr mantener con vida al enfermo, los procedimientos a los cuales recurre deben ejecutarse sin perder de vista la dignidad humana, por lo que, si esos tratamientos solo se traducen en mantener artificialmente una vida, resultan contradictorios con el espíritu de la ley, el cual -a nuestro modo de ver- busca que la persona acceda, con la misma dignidad con la que vive, al proceso de finalización de su vida.

Morir con dignidad no puede ser confundido, como surge de los criterios doctrinarios antes expuestos, con la eutanasia pasiva, desde que el fin de esta es, por medio de una inacción, provocar la muerte del paciente, situación que no se refleja en el instituto muerte digna cuya esencia radica en que el proceso inevitable de la muerte sea lo más natural posible sin injerencias invasivas, por lo que el desenlace final se produce por la propia enfermedad que padece el moribundo. Como ya se expresó, la ley de muerte digna se asemeja más a la figura de Ortotanasia, entendida esta como el comportamiento destinado a rechazar determinadas terapias o procedimientos extraordinarios o desproporcionados a fin de que la muerte se produzca de manera natural, eliminándose de esta manera toda posible comparación con la eutanasia pasiva. Debemos tener presente que la normativa es lo suficientemente clara en cuanto a los supuestos que deben concurrir para que la solicitud manifestada por el enfermo sea concedida, efectivizando el tan mentado derecho de autonomía. Por ello, la libertad de

decisión de la persona de rechazar ser alimentado e hidratado está limitada por la concurrencia en ella del padecimiento de una enfermedad irreversible e incurable; solo así y bajo estas condiciones es que podrá operar el instituto muerte digna. La ley por sobre todo procura cesar el sufrimiento del enfermo evitando el encarnizamiento terapéutico.

#### 4.2. Cuidados Paliativos

En el año 1992 se crea en la Argentina la Asociación de Medicina y Cuidados Paliativos, con la finalidad de promover y facilitar actividades académicas y de investigación, todo ello en pos del crecimiento cualitativo considerado imprescindible en los cuidados paliativos y así también desarrollar políticas sanitarias que garanticen el acceso a estos cuidados mejorando así la calidad de vida de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud expresa que refieren al “cuidado activo total del paciente cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo fundamental el control del dolor, otros síntomas y problemas psicológicos, sociales y espirituales”.

Consecuentemente, los pacientes con enfermedades que se encuentren en estado terminal, irreversible e incurable pueden recurrir a estos cuidados paliativos para aliviar los padecimientos propios de la enfermedad y así brindar una mejor calidad de vida en este estadio terminal donde la muerte es un suceso próximo e inevitable. No se trata de abandonar al paciente, sino elegir de entre todas las posibilidades la más beneficiosa, evitando prolongar ese estado terminal. La intención no es dejar morir al paciente. Se trata de lograr que el proceso de morir, que indefectiblemente sucederá, sea lo más natural, en paz y serenidad, sin manipulaciones que emplean tratamientos desproporcionados y fútiles. En concreto, los profesionales médicos, cuando ya no pueden curar al enfermo luego de un exacto diagnóstico que confirme ese estado de salud terminal, deben aliviar los dolores y sufrimientos físicos y psíquicos del moribundo, como así también acompañarlo hasta el desenlace final (Garay, 2003).

De la letra de la ley se desprenden un cúmulo de derechos y garantías a favor de la humanización y revalorización de la dignidad humana, otorgándole una gran relevancia a todo lo que se refiere a garantizar al enfermo todo lo necesario, para que llegado el momento de su muerte transite este proceso en paz y serenidad. Ahora bien, con respecto a los cuidados paliativos considerados de vital importancia para aliviar el



sufrimiento del enfermo y acompañarlo física y espiritualmente en el doloroso y traumático tránsito de la muerte, es que debería haber sido tratado de una manera más exhaustiva en la ley, dándole la importancia que amerita para de esta manera asegurar que las instituciones médicas se obliguen y cumplan con dichos cuidados en beneficio tanto del enfermo como de sus familiares.

#### 4.3. Exención de Responsabilidad al Profesional Médico

El médico que informa correctamente en forma clara y precisa sobre toda la actuación a realizar y los posibles riesgos que puedan resultar de dicha práctica o abstención, asentando todo ello en la historia clínica firmada por el propio paciente y/o familiares, es decir, obrando de acuerdo a lo que estipula la ley, no deberá asumir ninguna responsabilidad como consecuencia de ese actuar. Así lo dispone la Ley de Muerte Digna en su último artículo 11 bis anteriormente nombrado. No se trata de otorgar impunidad al profesional médico, simplemente es el resultado al que arriba haber actuado en consonancia con la ley (Gherssi, 2012).

Este agregado efectuado por ley 26.742 es muy importante debido a que anteriormente la ley no eximía de responsabilidad el actuar de los médicos, por lo que estos, por temor a ser demandados por negligencia en su actuar o acusados de ciertas omisiones, terminaban sometiendo al paciente a tratamientos desproporcionados, como una forma de conformar a aquellas personas cercanas al enfermo y evitar represalias traducidas en una posible causa judicial contra el galeno, argumentando el no cumplimiento de sus exigencias profesionales. La importancia radica en que se evita de esta manera el encarnizamiento terapéutico y por consiguiente la distanasia.

El autor Roitman (2012) con respecto a la previsión que libera de responsabilidad a los profesionales intervinientes que hayan obrado conforme a la ley, resalta que el cambio legal desvirtúa por completo el hecho de pensar que el profesional está llevando a cabo una conducta homicida o criminal (prácticas eutanásicas). Sino más bien, la actuación del médico obedece a la voluntad manifestada por el paciente o de quienes están legitimados para ello, en lo que respecta al rechazo de reanimación artificial o medidas de soporte vital.

## 5. Conclusión del Capítulo

De acuerdo a lo desarrollado en este capítulo podemos concluir que lo expuesto, en cuanto a la diferenciación entre el instituto muerte digna y la figura de eutanasia, nos brinda los lineamientos básicos y necesarios para evitar todo tipo de confusión sobre ellas, lo que permite al lector tener un cabal conocimiento de dos conceptos que son claramente opuestos. Otro punto a resaltar es el cambio en la relación médico-paciente la cual se encuentra hoy en día más humanizada y garantiza al paciente el respeto a su autonomía, como así también eliminando el encarnizamiento terapéutico. Es decir, eliminar la utilización indiscriminada de medios desproporcionados, los cuales lejos están de aliviar el sufrimiento del paciente, de manera tal que el galeno priorice la prudencia para con el enfermo. Se revierte así aquella situación que por temor conducía a los médicos a actuar de manera invasiva con el fin de cumplir con sus exigencias profesionales. Con respecto a los cuidados paliativos podríamos decir que deberían haber sido tratados en la ley de una manera más detallada al ser considerados fundamentales para aliviar y acompañar al enfermo. Así también, se deduce que de las modificaciones efectuadas por ley 26.742 resulta, de manera evidente, en el refuerzo a la autonomía de la voluntad del paciente, además de la claridad en cuanto a los supuestos y condiciones en los que opera el instituto muerte digna en nuestro ordenamiento jurídico, objetivo principal de este trabajo de investigación.

## CAPÍTULO V

### El Consentimiento Informado y Directivas Anticipadas

## Capítulo V: El Consentimiento Informado y Directivas Anticipadas

### Introducción:

Para finalizar con este trabajo de investigación se dará curso al desarrollo del último capítulo, el que comprenderá los instrumentos por medio de los cuales los pacientes plasman su voluntad en ejercicio al derecho de la autonomía que les otorga el ordenamiento jurídico; ellos son el consentimiento informado y las directivas anticipadas. Se esbozará sus definiciones, contenidos, fundamentos como así también la posibilidad de revocarlos.

Como ya se ha expresado en el presente trabajo, tiempos atrás en la relación médico-paciente imperaba un riguroso paternalismo donde el paciente era considerado incapaz de tomar sus decisiones sobre su propio cuerpo, era el médico quien decidía en su lugar en relación a toda la atención médica. Luego esta situación fue cambiando debido, entre otras cosas, al reconocimiento de los derechos fundamentales inherentes a todo ser humano. En virtud de este cambio, el reconocimiento de la autonomía del hombre logró socavar ese paternalismo que dominaba la relación, convirtiéndola en un vínculo más humanizado, y por sobre todas las cosas, conceder al paciente el derecho a elegir sobre su propia vida. En la realidad actual, este poder de decisión del que dispone el ser humano paciente se materializa por medio del consentimiento informado, el cual será conceptualizado a continuación.

### 1. Consentimiento Informado. Definición

La definición de este instituto es esbozada por Ley 26.529 “Sobre derechos de los Pacientes en su relación con los profesionales de la salud” y su modificatoria por ley 26.742, la cual en su artículo 5 estipula:

Entiéndase por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por su representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; al procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados. El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad

irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a sus perspectivas de mejoría, o que produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estado terminal, irreversible e incurable. El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

En el año 2006 el consentimiento informado no se encontraba legislado. Esto condujo a que los padres de una bebé la cual padecía el síndrome de Edwards causándole múltiples afecciones y la constante conexión a asistencia mecánica alimentaria y respiratoria con el consiguiente agravamiento y deformaciones propias de dicho síndrome, promuevan acción constitucional de amparo tendiente a evitar la prolongación de la vida artificialmente de su hija.

Antes de lograr los accionantes el pronunciamiento judicial se produce el deceso de la bebé por lo que el sentenciante procede al archivo de las actuaciones. A pesar de ello, el magistrado reconoce la viabilidad de la acción interpuesta por los progenitores fundamentando tal decisión en la C. N. como así también en la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>9</sup>.

Como se puede observar en este sentido la creación de la ley 26.529 y su posterior modificación por ley 26.742 es muy favorable al incluir en sus preceptos la posibilidad o mejor dicho el derecho a rechazar ciertos tratamientos médicos desproporcionados en relación a la perspectiva de mejoría, capaces de mantener una vida artificialmente atentatorio a la dignidad humana. Como así también lo previsto para el caso de que el enfermo se encontrare incapacitado para decidir hacer extensivo este derecho, a sus parientes. Para de esta manera evitar la judicialización y una posible dilación en el tiempo, como en el caso expuesto donde los padres de la bebé tuvieron que recurrir a la justicia por medio de la acción de amparo, única solución viable en ese momento a la situación fáctica por la que atravesaban.

En consonancia con la ley, la doctrina ha expresado que el consentimiento informado es la manifestación de voluntad emanada del paciente, luego de haber recibido la información clara, precisa y detallada por parte del profesional médico actuante sobre los procedimientos o intervenciones quirúrgicas, beneficios, como así también los riesgos posibles que puedan resultar de dichos tratamientos, ya que de

---

<sup>9</sup> J.C.CORR N°4 de Mar del Plata, “M.d.C.M. y N.A.A.” (27/12/2006) L.L. AR/JUR/108788/2006

acuerdo a la magnitud que pudieran representar estos riesgos, la persona decidirá si acepta o no enfrentarse a ellos. Caso contrario, si el paciente no es debidamente informado en este sentido, muy probablemente aceptaría viéndose luego sumido en una situación penosa a la que no estaba preparado a enfrentar. Es por ello la fundamental importancia que amerita la información debida al paciente para así este poder procesarla y decidir de acuerdo a su libertad y convicciones (Piedecabras, 2011).

Siguiendo esta línea de pensamiento, es necesario hacer referencia al aporte realizado por Garay (2003) en cuanto a la interpretación que se desprende del concepto del consentimiento informado. Por un lado, concibe al consentimiento informado como el proceso por el cual el paciente y el médico conjuntamente arriban a la toma de decisión, es decir, que la decisión surge del acuerdo entre ambos. Por otro lado, postula que esta decisión puede emerger de la voluntad unilateral del paciente consintiendo la propuesta informada por el galeno. Hace hincapié el autor en que esta manifestación de voluntad tiene su base en la autonomía, lo que permite en todos los casos que la persona pueda determinar su propio destino. De esta manera, el médico debe actuar teniendo en cuenta el derecho del paciente a participar como una persona libre que es, de lo que se deriva que el actuar del profesional médico no es tan solo destinado a devolver la salud al paciente, sino que también debe respetarlo como persona. Todo ello se afirma en el respeto a la libertad y a la dignidad, frente a lo cual la bioética justifica esta autodeterminación con el único fin de beneficiar al paciente y este optar por lo que más le convenga. El derecho, por su parte, justifica la decisión respaldándose en los derechos personalísimos que le otorgan al paciente la posibilidad de tomar sus propias decisiones con respecto a su cuerpo. El consentimiento informado imparte reglas jurídicas que determinan el accionar de los médicos en su interacción con el paciente, como así también reglas éticas, las cuales dan fundamento a la autodeterminación de este último.

### 1.1 Fundamento

La posibilidad del paciente de poder evocar su decisión por medio del consentimiento informado deviene del respeto a su autonomía personal, considerado un derecho personalísimo de raigambre constitucional y a su vez reconocido por la comunidad jurídica y bioética universalmente. Esto se traduce en el derecho a conocer

la información sobre todas aquellas prácticas que la medicina pretende utilizar en favor del paciente, lo que le dará también la posibilidad de ejercitar su derecho de libertad para decidir sobre su propio cuerpo, sin dejar de lado que esta decisión debe ser manifestada con discernimiento, intención y libertad, lo que tiene como contrapartida la obligación del médico de brindarla a su debido tiempo.

Podemos destacar que, en lo que al consentimiento informado respecta es necesaria la participación activa del paciente en todo lo referente a su salud, de lo contrario, se lo colocará en una situación irreal carente de sustancia, lo que repercute necesariamente en la decisión de prestar o no su consentimiento (Ghersi, 2012).

## 1.2 Forma y Prueba

Este punto es regulado por el artículo 7 de la Ley 26.529, que refiriéndose a la instrumentación del consentimiento estableció su forma verbal, y excepcionalmente revestirá la forma escrita. En este sentido, el consentimiento se hará por escrito cuando se trate de internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos terapéuticos invasivos, procedimientos que impliquen riesgos y en caso de revocación.

Acto seguido, la modificación efectuada por Ley 26.742 hace alusión a que en el caso de padecer el paciente una enfermedad irreversible, o bien lesiones que lo colocan en ese estado terminal, tiene el derecho de rechazar los procedimientos tanto quirúrgicos como de alimentación o hidratación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando estos produzcan mayor sufrimiento o una prolongación de ese estado terminal, agregando que en estos casos la información deberá constar por escrito en un acta, la que deberá ser firmada por quienes hayan intervenido en dicho acto.

## 1.3 Falta de Consentimiento

Anteriormente, la falta de consentimiento no generaba responsabilidad automática en el profesional de la salud. La Ley revierte esta situación estipulando la obligatoriedad de tal manifestación de voluntad del paciente. Como corolario de ello, el profesional médico se verá obligado a responder por los daños ocasionados que derivan de la ausencia de tan importante requisito legal como lo es el consentimiento

informado.

#### 1.4 Excepciones

Las excepciones reguladas por la ley en cuestión constituyen un límite a la exigencia del consentimiento informado; es decir, que en algunos casos el profesional no se encuentra bajo la obligación de requerir dicho consentimiento. Esto es así de acuerdo a la letra del artículo 9 que expresa que el profesional médico quedará exento de requerir el consentimiento informado, cuando mediare grave peligro para la salud pública o una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por si o a través de sus representantes legales.

No obstante, hay situaciones que quedan fuera del consentimiento informado y que tampoco constituyen una obligación para el profesional, como es el caso de infecciones intrahospitalarias. Ahora bien, se genera la responsabilidad en aquellos casos en que, si se debe requerir el consentimiento del paciente, situación que, cuando es omitida por el médico actuante, constituye claramente una violación al derecho de libertad de la persona que se encuentra en un estado de salud irreversible o incurable (Pizzolo, 2012).

#### 1.5 Revocación

Cabe aclarar que en virtud de la autonomía de la voluntad el paciente detenta el derecho a la negativa de prestar el consentimiento, o lo que es lo mismo, no aceptar el tratamiento ofrecido por el médico. Este derecho se traduce también en aquellos casos que, habiéndolo prestado, decide ulteriormente dejarlo sin efecto o revocarlo, situación que también encuentra sustento en la normativa, la cual en su artículo 10 prescribe: “La decisión del paciente, puede ser revocada. El profesional actuante debe aceptar tal decisión, haciéndolo constar en la historia clínica a fin de acreditar fehacientemente dicha manifestación, la cual se asienta en el conocimiento de los riesgos que implica”.

Una de las modificaciones efectuadas por ley 26.742 con respecto a la revocación es que le otorga la facultad de dejar sin efecto la decisión anteriormente manifestada por el paciente a las personas enumeradas en el artículo 21 de la Ley



24.193, ellas son el cónyuge o concubino, parientes consanguíneos hasta el cuarto grado, parientes por afinidad hasta el segundo grado, representante legal, tutor o curador, con los requisitos y bajo el orden allí establecido. Agrega que, en todos los casos, que el paciente en la medida de sus posibilidades participe de manera activa a lo largo del procedimiento médico.

El hecho de que el paciente haga uso de la prerrogativa otorgada por la ley, en cuanto a la negativa a recibir determinados tratamientos, también constituye un derecho personalísimo que tiene su génesis en la tan mentada autonomía de la voluntad. Este derecho se erige como un límite al poder de actuación del médico, ya que este ante la negativa nada puede hacer más que respetar tal decisión.

## 2. Directivas Anticipadas y Eutanasia

La ley al otorgar la posibilidad al paciente de plasmar su voluntad de antemano, estipula que dicha 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 testigos. Brindando de esta manera mayor seguridad al acto. Dicha declaración podrá ser revocada en cualquier momento por quien la manifestó. El hecho de que las directivas anticipadas puedan ser revocadas pone de resalto de que puede ocurrir que devenga en el tiempo, debido al avance de la ciencia, ya sea una cura a ciertas enfermedades o un mejoramiento en cuanto a tratamientos médicos que no resulten ser invasivos para la persona que los recibe, permitiendo de esta manera que el sujeto que las emitió al notar un cambio favorable a su persona en el escenario en el que se encuentra, pueda revertir su anterior decisión.

Dicho esto, se recurrirá al aporte doctrinario en cuanto a la conceptualización de las directivas anticipadas definiéndolas como:

Estas se refieren a la posibilidad de poder válidamente la persona, con carácter obligatorio para los médicos que la atienden, decidir con anticipación a sufrir una enfermedad grave que la haya dejado en un estado de salud tal que no pudiera expresar su voluntad, como desearía ser tratada en ese supuesto, y que tratamientos estaría dispuesto a aceptar y cuáles no, como también la de poder designar a un tercero para que, de llegar a encontrarse en la situación señalada decida en su nombre sobre dichas cuestiones. O, simplemente, para que interprete su voluntad en caso de duda sobre el alcance de las instrucciones que la persona hubiera previamente dado para el supuesto en cuestión (Berbere Delgado, 2012, pag.87).

En lo que respecta al fundamento de las directivas anticipadas, se ha puesto de

manifiesto que una vez más, la autonomía de la voluntad gana terreno en las decisiones adoptadas por las personas en cuanto a su salud. Esta autonomía se traduce en la libertad para decidir cómo van a transitar los tramos finales de su vida, la manera de enfrentar aquellos males psíquicos o físicos que derivan de la propia enfermedad, como así también a través de ellas disponer el tratamiento que recibirá en caso de encontrarse en estado de inconsciencia que no le permita en ese momento manifestar su decisión. Es así que el fundamento de estas directivas hace alusión a que la persona de antemano disponga sobre cómo va a ser tratada en el futuro, sin que una enfermedad lo coloque en un estado de sobrevida, aislamiento, sometido al encarnizamiento terapéutico que derivan en un mero cuadro clínico. Por lo que a través de las directivas anticipadas se le otorga preeminencia a la persona como tal, permitiendo que esta acceda a la muerte de manera digna y natural (Andruet, 2013).

Las directivas anticipadas manifestadas como un querer, que deriva de la autonomía personal, encuentran su contenido en la salud, pudiendo aceptar o rechazar determinados tratamientos médicos, las que deberán ser aceptadas por el médico, salvo aquellas que manifiesten una práctica eutanásica, las que se tendrán por no escritas (Mosset Iturraspe, 2011).

Como bien expresa la normativa las directivas serán aceptadas siempre y cuando no impliquen el desarrollo de prácticas eutanásicas, las cuales se considerarán como inexistentes, debido a que esta figura provoca la muerte del paciente, no siendo esta la finalidad buscada por el legislador al momento de dar luz a una normativa cuyo objetivo es respetar los derechos fundamentales inherentes al ser humano y al tan preciado derecho a la vida (Mosset Iturraspe, 2011).

En amparo al derecho que le asiste al paciente a decidir sobre su propio cuerpo de manera anticipada, aceptando o rechazando ciertos procedimientos médicos por medio de las directivas anticipadas, es que nuestros tribunales en consonancia con la letra de la ley y a su vez con los preceptos constitucionales en resguardo de los tan mentados derechos personalísimos inherentes a todo ser humano, hacen lugar en los diferentes casos que se le presentan, a los pedidos de que se respeten en el futuro las decisiones plasmadas por las personas en dichas directivas, siempre y cuando las mismas no impliquen desarrollar prácticas eutanásicas las que se encuentran expresamente prohibidas por ley. Además, como ya se expresó, lo que se pretende es

la desjudialización de las decisiones de los pacientes en tanto y en cuanto se ajusten a los supuestos y condiciones estipulados en la ley.

Así en el Juzgado Correccional de Mar del Plata la señora I.N.B.<sup>10</sup> de edad avanzada promueve ante el juzgado se respete su derecho de auto determinación personal como así también sus directivas anticipadas en las cuales solicita que para el caso de encontrarse en el futuro ante una situación de enfermedad terminal no recibir tratamientos invasivos que prolonguen su vida innecesariamente, autorizando a sus parientes a que decidan por ella en caso de no poder hacerlo.

El Juez da lugar al pedido efectuado por I.N.B. a que se respeten las directivas anticipadas con fundamento en la C.N. y leyes vigentes.

En igual sentido la Cámara Nacional de Apelación en lo Civil de la Capital Federal, Sala A<sup>11</sup> en el Año 2012 revocó el decisorio dictado por el juez de grado quien había denegado el pedido efectuado por A.N., J.W quien, fundado en su creencia religiosa, testigo de jehová, se negaba a recibir transfusiones de sangre efectuándolo por medio del testamento vital en plena capacidad para dicho acto, el cual se lleva a cabo con anterioridad a que el paciente se encuentre en estado de inconsciencia. La Cámara funda su decisión en que debe primar la decisión del paciente, la cual es ajustada a derecho por el amparo de la Ley 26.529 “Sobre derechos de los pacientes”.

El hecho de formalizarse las directivas anticipadas, o también llamadas testamento vital, ante juzgados de primera instancia como se dilucida de los fallos antes expuestos, le otorga mayor seguridad a tal manifestación de voluntad garantizando a quien las emitió que en el futuro sean respetadas.

Con respecto a las directivas anticipadas es preciso resaltar que el nuevo Código Civil y Comercial, como ya se expresó, dispone en su artículo 60 que el interesado puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud, de modo que el mandatario será el que mejor conozca la voluntad del otorgante y el encargado de hacerla respetar. Asimismo, se elimina la exigencia de instrumentación de dichas directivas ante escribano público y juzgados de primera instancia desterrándose por completo las interferencias judiciales, ampliando de esta manera la autonomía de la

---

<sup>10</sup> J.C.CORR.Nº4 de Mar del Plata, 1º Instancia, causa Nº4033-03/10/2014. L.L. AR/JUR/49943/2014

<sup>11</sup> C.N. de Apel. En lo Civil de la Capital Federal - Sala A “A.N.J.W. s/ Medidas Precautorias” Mayo 2012 L.L. AR/JUR/16917/2012

voluntad del paciente.

Dicho esto, la ley 26.529 y su modificatoria debería modificarse una vez más, en este caso puntual, el artículo referido a las directivas anticipadas ya que el Código al regularlas amplía el espectro en el cual la voluntad del paciente es la que debe primar.

### 3. Conclusión del Capítulo

Del contenido de este capítulo podemos concluir que el hecho de poder decidir el paciente someterse o no a ciertos tratamientos médicos, hoy en día es una realidad con sustento normativo y aprobación además por parte de nuestros tribunales. Es así que esta realidad se ve plasmada en los medios por los cuales los pacientes eligen como transitar sus últimos días cuando su estado delicado de salud no pueda ser revertido, esto es el consentimiento informado y las directivas anticipadas. Es importante dejar en claro que la ley 26.742 establece sus condiciones de procedencia de modo que su aplicación no resulte de manera indiscriminada, va a depender del caso en concreto y siempre y cuando se den todos los supuestos y dichas condiciones para su efectiva aplicación. Finalmente estamos en condiciones de afirmar sin duda al respecto, que la normativa vigente para los derechos de los pacientes de ningún modo puede ser considerada como una ley eutanásica, resaltando que no existe en ella confusión alguna respecto a la temática.

## CONCLUSIONES FINALES

Ante la realidad social que se vive en nuestro país, signada por una crisis general que repercute mayoritariamente en los servicios considerados elementales, es que se ha centrado la atención para la realización de este trabajo de investigación en el ámbito de la salud, el cual parece no interesar, ya que su cobertura es cada vez más deficiente dejando de lado a una gran cantidad de habitantes de este país. Todo esto, nos llevó a concluir la necesidad de plasmar en este escrito cómo nuestra legislación ha pensado en la relación médico paciente y la ha regulado, para que su aplicabilidad en el caso concreto se encuentre regida con la justicia suficiente y el amparo a los derechos de los pacientes sin necesidad de judicializar su deseo a transitar sus últimos días en paz y tranquilidad respetando sus decisiones.

Es así que primeramente se puntualizó en este trabajo que morir dignamente hace referencia a otorgarle al paciente que padece una enfermedad terminal el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, sin que ello resulte dañar a un tercero, procurando suceda este desenlace de la manera más natural posible respetándose, desde luego, la finitud que caracteriza a todo ser humano. Es importante resaltar que no se trata de provocar ni acelerar la muerte del paciente como sucede en la eutanasia, desde ya expresamente prohibida por la legislación vigente en la temática, sino que este suceso de la muerte devenga por la propia enfermedad que padece sin ningún tipo de interferencias. Asimismo, brindar al paciente todos los recursos suficientes para paliar su sufrimiento y acompañarlo, no sumiéndolo a la utilización desmedida de medios extraordinarios prolongando su agonía, todo ello atentatorio de la dignidad humana. Lo que se pretende es dar a conocer a la sociedad que el derecho a morir de manera digna encuentra sustento normativo en la ley 26.529 “Sobre los derechos del paciente” que estipula los supuestos y condiciones en los que opera el instituto muerte digna, lográndose así un avance en cuanto al amparo y respeto de los derechos que le asisten al paciente, esto es, su dignidad, autonomía e intimidad, consagrados en la Constitución Nacional y en el nuevo Código Civil y Comercial, aspecto que también se ve reflejado en las normativas extranjeras que han sido tratadas en este trabajo, de las cuales se extrae la importancia en revalorizar no solo la vida, sino también los derechos que van más allá de ella dignificando a la persona aun en el fin de su existencia.

Del análisis efectuado a la ley de los derechos del paciente surge la necesidad

de examinar también la modificación que sufre dicha normativa por ley 26.742 “Muerte Digna”, la cual vino a aclarar y despejar toda duda que era objeto de crítica a la anterior ley, por ser considerada ambigua en algunos aspectos. Esta modificación significó un gran avance –más allá de que aun modificada sigue siendo objeto de crítica- en cuanto al refuerzo en el respeto de la autonomía personal del paciente, como así también aclarar la diferencia entre muerte digna y eutanasia que son dos conceptos claramente opuestos. Lo que se pretende es dejar atrás el rigorismo que imperaba en la relación médico-paciente, siendo hoy en día más humanizada, eliminando el encarnizamiento terapéutico, de modo que en el actuar médico se refleje la prudencia y compasión hacia el enfermo por sobre todas las cosas. Como así también implementar la medicina paliativa en beneficio de este.

Así también se ha tenido en cuenta los medios por los cuales los pacientes, que padecen una enfermedad terminal, irreversible e incurable, pueden plasmar su manifestación de voluntad, siendo estos el consentimiento informado y las directivas anticipadas.

De lo anteriormente expuesto se pretende mediante este trabajo proponer una modificación en la normativa donde se explique, de una manera más clara y detallada, qué es lo que se entiende por prácticas eutanásicas, para de este modo suplir por completo las dudas que esto conlleva. Asimismo, modificar el artículo referido a las directivas anticipadas, eliminando la exigencia de instrumentarlas ante escribano público o juzgados de primera instancia, ya que el Código Civil así lo dispone. Con respecto a los cuidados paliativos, deberían ser tratados de una manera más exhaustiva ya que su cualidad de fundamentales lo amerita, obligando a las instituciones médicas ya sean públicas o privadas la efectiva utilización de dichos cuidados merecidos por toda persona que transita sus últimos días de vida. Otra propuesta sería la incorporación de un artículo que exija a las obras sociales que brinden cobertura con respecto a dichos cuidados paliativos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andruet, A. S. (2013). Exegesis Jurídico - Bioética Mínima de las Directivas Anticipadas. *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, 152 a 173.
- Arrigoni, M. C. (2012). Admirable Consecuencia de un Cambio Cultural. Algo Más Sobre Muerte Digna. *Identidad de Género. Muerte Digna*, 83 a 84.
- Berbere Delgado, J. C. (Mayo de 2012). El Fin de la Distanasia. Comentarios sobre la modificación a la Ley 26.529. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Género - Muerte Digna*, 85 a 92.
- Bergel, S. D., Bueres, A. J., & Tobias, J. W. (2015). *Revista de Derecho de Familia y de las Personas* (Nº8 ed., Vol. VII). Buenos Aires: La Ley.
- Berger, S. M. (Septiembre de 2015). Autodeterminación en Materia de Final de la Vida en el Caso de Incapaces. (M. J. Mendez Costa, C. H. Vidal Taquini, M. M. Córdoba, G. Medina, & N. E. Solari, Edits.) *Derecho de Familia y de las Personas, Año VII(8)*, 226 a 232.
- Blanco, L. G. (1997). *Muerte Digna, Consideraciones, Bioético - Jurídicas* (1ª ed.). (R. Villela, Ed.) Buenos Aires: ADHOC.
- Crovi, L. D. (2011). El Deber de Informar al Paciente. Origen, Contenido y Régimen Legal. *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, 93 a 122.
- EFE, A. (03 de 07 de 2015). *Colombia, Primer País Latinoamericano que aplica la Eutanasia*. Obtenido de <http://www.efe.com/efe/espana/sociedad/colombia-fija-las-normas-para-permitir-la-eutanasia-a-enfermos-terminales/10004-2591463#>
- Garay, O. E. (2003). *Derechos Fundamentales de los Pacientes* (1ª ed.). (R. Villela, Ed.) Buenos Aires: ADHOC.
- Gherzi, C. A. (2012). El Consentimiento Informado y el Médico en la Muerte Digna. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Género. Muerte Digna*, 100 a 102.
- Gherzi, C. A. (2012). Nueva Reglamentación de la Ley de Derechos del Paciente. Buenos Aires: La Ley.
- Gherzi, C. A. (2012). Nueva Reglamentación de la Ley de Derechos del Paciente. En C. A. Gherzi, *Revista Jurídica Argentina La Ley* (Vol. Tomo D, pág. 1162 a 1171). Buenos Aires: La Ley.
- Gherzi, C. A., & Weingarten, C. (2012). *Tratado del Derecho a la Salud* (Vol. Tomo II). (L. Ley, Ed.) Buenos Aires: FEDYE.
- Ghirardi, O. A., & Rezzonico, C. A. (2000). *Muerte Digna* (2ª ed.). Córdoba: El Copista.

- Gonzalez Pondal, T. I. (Mayo de 2012). Legislación Pseudodivina y Muerte Digna. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Genero - Muerte Digna*, 103 a 106.
- Hernandez, Fernandez, & Baptista. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: MC GRAW HILL.
- Hooft, P. F. (2004). *Bioética y Derechos Humanos* (2ª ed.). Buenos Aires: Lexis Nexis de Palma.
- Lovoce, G. (2012). El Derecho a la Salud y la Muerte Digna. En C. A. Ghersi, C. Weingarten, & L. Ley (Ed.), *Tratado del Derecho a la Salud* (Vol. Tomo II, pág. 621 a 643). Buenos Aires: FEDYE.
- Maglio, I., & Wierzba, S. M. (7 de Septiembre de 2015). El Derecho en los finales de la vida - Muerte Digna. (J. H. Alterini, Ed.) *La Ley*, pág. 1 a 5.
- Mayo, J. A. (2011). Derechos y Deberes del Medico en la Ley 26.529. *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, 33 a 47.
- Medina, G. (2012). Muerte Digna Suplemento Especial. *Suplemento Especial*.
- Mosset Iturraspe, J. (2011). "Directivas Anticipadas". En J. Mosset Iturraspe, & M. A. Piedecabras, *Derechos del Paciente* (pág. 81 a 114). Santa Fe: Rubinzal Culzoni.
- Mosset Iturraspe, J., & Piedecabras, M. A. (2011). *Derechos del Paciente* (1ª ed.). Santa Fe: Rubinzal - Culzoni.
- Piedecabras, M. A. (2011). Consentimiento Informado. En J. Mosset Iturraspe, & M. A. Piedecabras, *Derechos del Paciente* (1ª ed., pág. 283 a 287). Santa Fe: Rubinzal Culzoni.
- Pizzolo, C. (2012). Muerte Digna, La Ley. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Genero. Muerte Digna*, 110 a 116.
- Roitman, A. J. (2012). La Muerte Digna en el Derecho Argentino y La Ley 26.529. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Genero. Muerte Digna*, 117 a 122.
- Sambrizzi, E. A. (2012). Muerte Digna: Modificación de La Ley 26.529 Sobre Derchos del Paciente. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Genero - Muerte Digna*, 123 a 126.
- Taiana de Brandi, N. A., & Brandi Taiana, M. M. (Mayo de 2012). La Modificación de la Ley 26.529. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Genero - Muerte Digna*, 137 a 140.
- Urbina, P. A. (Mayo de 2012). La Capacidad de decidir sobre la Propia Vida. (G. Medina, Ed.) *Identidad de Genero - Muerte Digna*, 149 a 152.



## Legislación

- Constitución Nacional
- Código Civil y Comercial de la Nación
- Ley Nacional N°26.529
- Ley Nacional N°26.742

## Jurisprudencia

- J.C. CORR. N°4 de Mar del Plata – 1ª Instancia – Causa N° 4033 – 03/10/2014 L.L.AR/JUR/49943/2014 [*versión electrónica*]
- J.C. CORR. N°4 de Mar del Plata M.d.C.M. y N.A.A.27/12/2006. L.L. AR/JUR/108788/2006 [*versión electrónica*]
- CSJN D, M.A. s/ declaración de incapacidad. 07/07/2015 L.L. AR/JUR/24366/2015 [*versión electrónica*]
- C.N. de Apel. En lo Civil de la Capital Federal – Sala A “A.N.J.W. s/Medidas Precautorias” Mayo 2012 AR/JUR/16917/2012 L.L. [*versión electrónica*]

ANEXO E – FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACION



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:

<b>Autor-tesista</b> <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i>	Soto Escottorin Johana Carolina
<b>DNI</b> <i>(del autor-tesista)</i>	30.805.936
<b>Título y subtítulo</b> <i>(completos de la Tesis)</i>	Muerte Digna Supuestos y Condiciones de Procedencia en el Ordenamiento Jurídico Argentino
<b>Correo electrónico</b> <i>(del autor-tesista)</i>	carojohanasoto@hotmail.com
<b>Unidad Académica</b> <i>(donde se presentó la obra)</i>	Universidad Siglo 21
<b>Datos de edición:</b> <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:

<b>Texto completo de la Tesis</b> (Marcar SI/NO) <sup>[1]</sup>	Si
<b>Publicación parcial</b> (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 Fecha:** San Fernando del Valle de Catamarca, 02 de mayo de 2017



Firma autor-tesista

SOTO ESCOTOBIN JOHANA CAROLINA

Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica:

\_\_\_\_\_ certifica que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

\_\_\_\_\_  
Firma Autoridad

\_\_\_\_\_  
Aclaración Autoridad

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.