



Trabajo Final de Graduación. PIA.

**Muerte digna, alcances y límites de los  
profesionales médicos ante las directivas  
anticipadas**

ANTORIANO, LAURA ANTONELA

DNI: 29.651.499

VABG 46201

ABOGACIA

2.019

## **Resumen**

La figura de la Muerte Digna vinculada a la directivas anticipadas que deja el paciente sobre su enfermedad, significó un gran avance en materia de derechos personalísimos, más precisamente en los derechos sobre el propio cuerpo. Sin embargo, no siempre lo legislado deja resueltas todas las cuestiones sobre el tema, de allí el interrogante acerca de ¿Existe un límite de actuación de los profesionales médicos frente a las directivas anticipadas dejadas por el paciente en casos de muerte digna? Surgiendo así posiciones encontradas en el ámbito ético- moral de los profesionales médicos que pueden no estar a favor de las mismas teniendo la potestad de apartarse si así lo creyeran conveniente.

El análisis de este trabajo estuvo basado en el estudio de esas limitaciones médicas pertenecientes al campo de la responsabilidad civil, donde se concluyó que la autonomía de la voluntad del enfermo es primordial, siempre y cuando no vulnere principios de orden público y no vaya en contra de la regulación normativa.

Palabras claves:

Muerte- Directivas anticipadas- Médicos- Responsabilidad- Digna

## **Abstract**

The figure of the Dignified Death linked to the anticipated directives left by the patient about his illness, signified a great advance in terms of very personal rights, more precisely in the rights over one's own body. However, not always legislated leaves all questions resolved on the subject, hence the question about what is the limit of action of medical professionals against the directives left by the patient in cases of dignified death? Thus emerging positions found in the ethical-moral field of medical professionals who may not be in favor of them having the power to depart if they thought fit.

The analysis of this work was based on the study of those medical limitations belonging to the field of civil responsibility, where it was concluded that the autonomy of the patient's will is paramount, as long as it does not violate principles of public order and does not go against of regulatory regulation.

Keywords:

Death- Advances directives- Doctors- Responsibility- Worthy-

## Indice

Introducción.....	pág. 1
Capítulo I: Muerte digna y Directivas anticipadas.....	pág. 5
Introducción.....	pág.6
1.1 Análisis de ambas figuras.....	pág.7
1.1.1 Muerte digna.....	pág.7
1.1.2 Directivas anticipadas.....	pág.12
1.2 Oportunidad para revocar las directivas anticipadas.....	pág.15
Conclusiones parciales	
Capítulo II: Regulación jurídica sobre limitaciones médicas.....	pág.19
Introducción.....	pág.20
2.1 Constitución Nacional Argentina.....	pág.21
Artículo 19.....	pág.21
2.2 Código Civil y Comercial Argentino.....	pág.25
Artículo 55 y 56.....	pág. 25
2.3 Ley 26.529 sobre Derechos del paciente.....	pág.31
Conclusiones parciales	
Capítulo III: Responsabilidad civil: Limitaciones médicas.....	pág.36

Introducción.....	pág.37
3.1 Objeción de conciencia médica.....	pág.38
3.2 Deber de confidencialidad.....	pág.41
Conclusiones parciales	
Bibliografía.....	pág.47
Doctrina.....	pág.48
Jurisprudencia.....	pág.50
Legislación.....	pág.51

## **Introducción**

La salud es un tema primordial en la vida de las personas, es la herramienta clave que nos permite poder llevar a cabo cualquier aspecto de nuestro desarrollo personal.

Ahora bien, en los casos de enfermedades terminales donde el paciente sabe y es consciente de su fatalidad ya que no existe cura alguna y el inevitable final es la muerte, tiene la potestad de decidir llevar adelante o no tratamientos alternativos y es aquí donde surge el principal interrogante del presente trabajo ¿Existe algún límite de actuación de los profesionales médicos frente a las directivas anticipadas dejadas por el paciente en casos de muerte digna?

El concepto de muerte digna viene a ser relativamente nuevo para nuestra legislación al entrar en vigencia en el año 2012. Este instituto legal conlleva la posibilidad que tiene todo ser humano de poder dejar establecidas las directivas anticipadas, o sea aquellas expresiones de voluntad acerca de recibir o rechazar alguna terapia en caso de accidente o enfermedad.

Ambos conceptos se vincularán al tema central de este trabajo referido a los límites de los profesionales de la medicina, quienes deben respetar la voluntad del enfermo, ya que pueden presentarse situaciones en las que intenten persuadir al paciente o a su familia de su decisión.

Lo que se pretende es el estudio de esas limitaciones médicas pertenecientes al campo de la responsabilidad civil, tratando de examinar los objetivos principales que movilizaron la presente temática, partiendo de un análisis de ambas figuras y determinando la influencia de la Ley de derechos del paciente frente a la responsabilidad médica, donde la autonomía de la voluntad es primordial siempre y

cuando no vulnere principios de orden público y no vaya en contra de la regulación normativa, ya que si bien la voluntad del paciente es la que prima es ineludible pensar en la formación universitaria que recibe el médico y que tiene como base la de salvar vidas. En muchos de ellos, ya sea por principios morales o éticos, puede despertar el rechazo o negativa, es por ello que el siguiente objetivo será explorar cuál es la oportunidad del médico para presentar su postura.

Otro de ellos refiere al hecho de guardar confidencialidad sobre el estado de salud de la persona, salvo que ésta autorizara a su difusión. También se establecerá el momento en que el paciente puede revocar su voluntad.

La hipótesis de trabajo consiste en comprender que el límite de actuación de los profesionales médicos se concentra en la autonomía de la voluntad del paciente, la cual debe ser respetada y no cuestionada, ya que es él quien puede dar las directivas anticipadas en caso de muerte digna para no continuar con procedimientos invasivos y tortuosos sobre su propio cuerpo. A su vez, de esta manera el médico se encuentra protegido en caso de ser cuestionado en su proceder, ya que sus acciones u omisiones tienen como base el derecho de toda persona a rechazar cualquier tipo de tratamientos o intervenciones sobre su integridad física.

En cuanto a la regulación normativa la temática mencionada encuentra protección en la Constitución Nacional Argentina. No puede dejar de mencionarse al Nuevo Código Civil Argentino en su art. 55 y art. 56 al incorporar conceptos sobre consentimiento y disposiciones sobre el propio cuerpo, la Ley N° 4264 sobre Muerte Digna de la Provincia de Río Negro, la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente para determinar la influencia que posee respecto a los profesionales de la salud ante las directivas anticipadas, entre otros.

La temática abordada será analizada desde la perspectiva descriptiva, la cual permitirá resaltar las características más sobresalientes de la relación médico-paciente como así también describir los aspectos generales y particulares del tema.

La estrategia metodológica utilizada será la del método cualitativo que permitirá la comparación de la información recabada a lo largo del tiempo, buscando la comprensión e interpretación de los conceptos detenidamente.

Para la delimitación temporal se fija como punto de partida el año 2009, momento en el que se sanciona la Ley N° 26.529 referida a Derechos del Paciente en la cual se hace mención a las Directivas Anticipadas, continuando con la sanción de la Muerte Digna en el año 2012 hasta la actualidad.

El presente TFG constará de tres capítulos. El primero referido a los aspectos conceptuales sobre la muerte digna y las directivas anticipadas que forman parte de la temática analizada; una breve reseña histórica acerca de su origen y el momento en cual el paciente puede revocar las directivas anticipadas.

El segundo capítulo abarcará la regulación normativa que reglamenta los límites médicos y los casos más resonantes sobre ellos.

En consecuencia, el tercer capítulo estará centrado en la responsabilidad civil de los médicos; el derecho de objeción de conciencia que posee el profesional y la confidencialidad que deben guardar sobre la salud del enfermo.

Por último se desarrollaran las conclusiones finales, las cuales se alcanzaran luego del análisis de cada uno de los apartados.

El propósito de esta presentación tiende a despejar dudas, clarificar y conocer los distintos aspectos que abarca el tema de las directivas anticipadas, se busca



profundizar en la responsabilidad de los profesionales médicos al momento de conocer la decisión del enfermo aportando una mayor expansión en el conocimiento de la sociedad.

# **CAPITULO I**

## **Muerte Digna y Directivas Anticipadas**

## **Introducción**

La posibilidad que tiene todo ser humano de poder aceptar o rechazar tratamientos invasivos, tortuosos y hasta dolorosos en casos de enfermedades terminales, deja atrás la idea de ser el médico quien debe tener la última palabra, ejerciendo de tal modo por parte del paciente lo que la legislación ha venido a llamar, muerte digna, la cual muchas veces va de la mano de las directivas anticipadas.

En el siguiente capítulo se desglosarán los conceptos de ambas figuras nombradas anteriormente para luego determinar cuál es el momento en que el paciente puede cambiar de parecer o revocar su voluntad y finalmente analizar situaciones donde la familia se oponga a las directivas tomadas por el mismo, ya sea que este se encuentre consciente o inconsciente.

Este camino inicial permitirá comenzar a comprender los límites y/o responsabilidades de los profesionales de la salud ante las directivas anticipadas dejadas por el enfermo.

## **1.1 Análisis de ambas figuras**

### **1.2 1.1.1 Muerte Digna**

La figura legal de la muerte digna en la Argentina ha sido incorporada en forma reciente, más precisamente el 9 de Mayo de 2012, su sanción surge como una necesidad masiva de familiares y hasta del propio padeciente que sufre una enfermedad irreversible e incurable, podría ser descripta como el derecho o potestad que tiene el paciente a rechazar cualquier tipo de procedimientos o tratamientos invasivos, destinados a prolongar su vida cuando ésta se encuentra en un estado terminal.

Continuando con la negativa del enfermo, no debe confundirse el rechazo a prácticas tortuosas o invasivas con el debido tratamiento que calme el dolor del paciente, así es que uno de los diarios nacionales lo reporta (La Nación, 2015), titula: “Sin embargo, la ley detalla que cualquiera sea el caso, la negativa no significara la interrupción de acciones destinadas al adecuado control y alivio del sufrimiento del enfermo.”

Tiempo atrás, nuestra sociedad no hubiese imaginado quizás que una persona pudiese planear y decidir sobre una muerte humanizada, como así tampoco la posibilidad de rechazar tratamientos terapéuticos invasivos, esos que resultan desproporcionados si los comparamos con el tipo de enfermedad que aqueja al paciente. Sin embargo, debemos notar que la Constitución Nacional Argentina en su art. 19, garantiza al individuo un ámbito de libertad dentro del cual poder elegir y tomar decisiones fundamentales acerca de su persona, sin interferencia alguna del Estado o de los particulares en tanto aquel actuar no afecte derechos de terceros, es el principio de reserva.

También encuentra el hombre respaldo en el art. 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Protocolo Facultativo aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de Diciembre de 1.966, el cual proclama: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o a tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”.

Puede observarse, una evolución respecto al ejercicio de la autonomía en lo que respecta a la propia individualidad del ser humano, así queda plasmado como ejemplo actual lo concerniente a la elección sexual de las personas por medio de la sanción de la ley de matrimonio igualitario. Hoy en día la libertad del ser humano es tan amplia que pensar en la restricción de derechos existentes en siglos pasados, resulta algo inimaginable e irreal.

Otro punto necesario de aclarar es ¿qué se entiende por enfermedad terminal? Es un proceso biológico que se caracteriza por el deterioro general y progresivo del organismo, por el cual ya no responde a ningún tratamiento, manifestando sus efectos durante un lapso que no acostumbra a ser superior a los seis meses.

Por otro lado, vale la pena resaltar la importancia que tiene el fallo CSJN, “D.M.A S/ declaración de incapacidad”, del 07/07/15 por el que los jueces Ricardo Lorenzetti, Elena Highton de Nolasco y Juan Carlos Maqueda garantizaron que se respete la voluntad de una persona para que se suspendan las medidas que durante 20 años prolongaron artificialmente su vida, este paciente había sufrido un accidente de tránsito que le generó una grave lesión en el cerebro. En el mencionado fallo se destacaba que “no debe exigirse una autorización judicial para convalidar las decisiones tomadas por los pacientes respecto de la continuidad de los tratamientos médicos, en la

medida que estas se ajusten a los supuestos y requisitos establecidos en la ley (...)", lo que importa un paso más hacia el formalismo atenuado de la declaración. Aquí se observa la importancia del presente caso sobre todo en lo referido al poder o legitimación que poseen los familiares del paciente al momento de decidir sobre la aceptación o negativa de prácticas innecesarias, cuando la persona no se encuentra en condiciones de expresar su real voluntad, siempre que sean parientes cercanos, lo cual lógicamente debe comprobarse.

En el interior del país uno de los antecedentes más remotos en lo legislativo, lo encontramos en la provincia de Rio Negro, que por medio de la Ley N° 4264 del año 2007 sobre "Muerte Digna", incorpora derechos del paciente no contemplados con anterioridad, así su art. 2 reza: "Toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable, y se encuentre en estadio terminal, puede negarse a recibir medidas que prolonguen su agonía", asimismo "Toda persona y en cualquier momento – ya sea al ingresar al establecimiento asistencial o durante la etapa de tratamiento- puede manifestar su voluntad de que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital (...)", como se observa en la presente ley, se menciona los momentos donde el paciente puede manifestar su voluntad en cualquier momento ya que no se encuentra atado ni limitado y es absolutamente libre de cambiar su opinión tratándose sobre todo de su propio cuerpo y vida .

Otro fallo referido a la negativa del enfermo es el caso Parodi (Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional N° 3, Mar del Plata, setiembre 18 de 1995.-"Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata s/ Presentación", el mismo trata sobre un paciente diabético al que un par de meses antes le habían amputado una pierna y en ese momento se negaba a que le cortaran la que quedaba, la cual se encontraba engangrenada corriendo riesgo su vida. El juez

resolvió a favor del paciente, resaltando la autonomía de la voluntad que posee toda persona y el derecho a rechazar dicha intervención, al mismo tiempo ordenó: “todo ello sin perjuicio de la continuación de las demás medidas terapéuticas adecuadas al estado de salud del paciente y que resguarden el respeto debido a su condición de persona”. Al poco tiempo el paciente falleció de igual manera como consecuencia de su afección.

Es importante aclarar que si bien la ética médica puede llegar a sentirse vapuleada al ponerle al paciente un freno al obrar profesional, el hecho que el enfermo pueda participar en la toma de decisiones es considerado un gran avance tanto en el aspecto de la salud como así también en el ámbito personal del enfermo donde se resalta su derecho de autodeterminación.

Ahora bien, padecer una enfermedad como cáncer avanzado con metástasis, sigue siendo igual de mortífero como lo era en la época de Juan José Castelli (fallecido por cáncer de lengua), es que la ciencia a pesar de los constantes avances no logró encontrarle una cura. Sin embargo, en la actualidad aunque no se pueda curar el mal en sí, es posible minimizar sus efectos y padecimientos accediendo el paciente y sus familiares a una muerte menos traumática, Garay (2000) refiere que los profesionales de la salud deben acompañar a la persona en esta etapa terminal, enfocándose más en otorgar una buena calidad de cuidados y asistencia que insistiendo en buscar cura a lo incurable.

Si bien la formación académica del profesional médico tiene como piedra basal la cura del enfermo, debe el médico, luego de haber agotado todos los recursos e interconsultas aplicar lo que sea más conveniente para el bienestar del enfermo.

La situación del enfermo es de tal delicadeza, que el mismo se siente entregado hacia la persona del profesional dejando en sus manos la salud, encargándole no el

remedio para su cruel padecimiento, sino una cierta calidad de vida en lo que le resta de tiempo. Llambas Pombo (1999) considera que el ministerio médico implica una presunción de confianza, lo que le otorga al facultativo poderes excepcionales en una materia que interesa esencialmente a la persona, como es la salud e integridad física, lo que justifica ese prestigio, el antiguo temor reverencial.

Resulta claro que en la actualidad es difícil interpretar para el médico, cuando se debe dejar de estirar la agonía del paciente para pasar a humanizar su muerte, por ello es relevante saber que:

Cuando el objetivo de mejorar el estado de salud del paciente, procurarle la cura de su enfermedad o aliviar el sufrimiento no se puede lograr, mantener latiendo el corazón u oxigenar los pulmones sólo lleva a retrasar la muerte, medicalizándola en igual sentido que en la sociedad actual se medicaliza la vida. (Gherzi y Weingarten, 2012, p. 628)

A lo mencionado por el reciente autor al expresar que la agonía de la persona es un sinsentido, podría agregarse también desde un aspecto más frío, que los recursos hospitalarios son en la actualidad tan costosos y limitados que alargar innecesariamente la enfermedad irreversible de algunas personas, podría coartar en un futuro la posibilidad de otras al acceso de los mismos.

En el presente se cuestiona si el actuar de los médicos es correcto a la hora de transmitirles a sus pacientes el verdadero estado de salud por el que están pasando, el profesional debe respetar al enfermo, tanto que debe hacerlo participe de todas las novedades que vayan surgiendo acerca de su estado y acatar la voluntad del mismo en lo que respecta a tratamientos a seguir ( (Perez Cardenas, 2010)



## 1.1.2 Directivas anticipadas

La figura de las Directivas Anticipadas que ha sido sancionada con la ley 26.529 modificada por la ley 26.742, vino a establecer la posibilidad de decidir acerca de la salud de las personas.

En primer lugar será necesario conocer como las define la ley en su art. 11, el cual reza:

“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. (...)”

En el anterior artículo se hace mención acerca de las personas capaces, pero que sucede con aquellas que poseen alguna discapacidad. Desde el año 2008 se reconocen los derechos de las personas con discapacidad a través de la ley Nacional 26.378. El Código Civil y Comercial de la Nación establece que la decisión del paciente solo puede ser sustituida si este estuviera totalmente imposibilitado de manifestar su voluntad.

La premisa del Código es que si el paciente comprende la información que le brinda el profesional de la salud, tiene habilidades para tomar una decisión y puede comunicar su voluntad, el paciente es “competente” para consentir por sí mismo un tratamiento médico sin la intervención de un “representante” (Frisicale, Girotti, en Revista Digital Microjuris, 2014). Se confirma la regla que exige que la discapacidad no se presume y debe estar ineludiblemente declarada.

De igual manera la doctrina (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006) establece que:

“La discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de este tipo de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico.”

El tema de las directivas anticipadas que puede otorgar una persona sana o enferma no siempre ha estado presente en la sociedad, por lo tanto los cambios hacia una vinculación más flexible aparecen en la relación médico-paciente, ya que en tiempos pasados era el galeno quien dirigía desde el comienzo hasta el final los pasos a seguir en el desarrollo de la enfermedad, quedando el paciente limitado a cumplir con las decisiones del médico (Garay, 2012). Años atrás, el paciente era considerado únicamente como receptor de la información que podía brindarle el médico, si bien en la actualidad se ha modificado notablemente la relación entre ambos, quedan vestigios en algunos profesionales, de esa arcaica autoridad que ejercían, no pudiendo comprender del todo que en muchos casos el paciente tiene la última palabra.

El derecho de toda persona enferma de decidir sobre su salud tiene su basamento en la autonomía de la voluntad y derechos personalísimos. No están referidas al derecho de morir por lo contrario consisten en querer llegar al último momento de sus vidas con dignidad rechazando todo tipo de tratamiento que solo implique un sufrimiento innecesario.

Como apoyo a lo expresado anteriormente en lo que respecta a las directivas anticipadas y su aceptación, se menciona como precedente el caso (CSJN, Juzgado en lo Criminal y Correccional de Transición de Mar del Plata, Caso “M”, 25/07/2005) de una

persona identificada como “M”, quien padecía una enfermedad degenerativa e irreversible de las neuronas motoras del sistema nervioso central y que a través de su marido, quien oficio como su mandatario, decide comunicar que rechaza todo tipo de intervenciones o prácticas que impliquen sufrimientos o procedimientos invasivos. Las mismas tenían que ver con prácticas como la traqueotomía o la gastrostomía.

Luego de realizadas las pericias tanto físicas como psíquicas, la Sra. Defensora Oficial resuelve que “se pronuncia a favor de la procedencia sustancial del amparo promovido en autos, por estimar que de esa manera se reconoce la dignidad como persona de la paciente y su derecho a la autodeterminación.” Asimismo y de mucha importancia para resaltar es también el punto donde señala que:

“No obstante la negativa de la paciente M., con relación a medios artificiales a permanencia (traqueotomía y gastrostomía), deberá el profesional o equipo médico eventualmente interviniente en la atención de la paciente brindar a esta, absolutamente todos los cuidados paliativos no invasivos, con miras a evitarle padecimientos y eventualmente acompañarla en un proceso de muerte digna (...)”

Se evidencia como precedente en este fallo jurisprudencial el respeto hacia la voluntad humana de las personas a disponer sobre su propio cuerpo tomando decisiones que se encuentran amparadas jurídicamente siempre y cuando no afecten a terceros y resaltando el deber de los médicos de no permitir que la persona que se encuentra en un estado de vulnerabilidad pueda llegar a sufrir dolores o malestares insoportables a pesar de haber rechazado cualquier tipo de prácticas invasivas.

Otro aspecto fundamental es la debida información que debe recibir la persona a cerca de su enfermedad. Ghersi y Weingarten (2012) refieren que el punto de gran importancia es el que refleja otorgar una clara información sobre su estado de salud, lo

que contribuye a una mejor relación y hace a un correcto comportamiento moral de los profesionales, lo que le permite al enfermo hacer uso del derecho que le es propio e indiscutible .

Como otro antecedente puede nombrarse el caso de “G., C. L.” (G.C.L. c. Mediconex S.A. y otros, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala I, 31/05/2007), el motivo del mencionado proceso tiene lugar cuando la paciente G.C.L. a pesar de haber dejada plasmada formalmente su voluntad de no recibir transfusiones de sangre, basándose en el tipo de religión que profesaba, esta no fue respetada por los profesionales médicos, por lo tanto la Sra. debió ser resarcida por el daño moral que había sufrido, considerando así una falta de cumplimiento a lo dispuesto por la titular del derecho. El tribunal expresó que “el respeto de la autonomía del enfermo se ha ido convirtiendo en un principio rector de las relaciones médico-paciente” (...). Se trata de casos controvertidos, este en particular donde la negativa recae en la aceptación de transfusiones de sangre y donde muchas veces la persona puede salvarse con ese simple hecho, no puede irse en contra de lo ya dispuesto por el paciente siempre que la situación esté aceptada legalmente viéndose así cada caso en particular.

### **1.3 Oportunidad para revocar las directivas anticipadas**

Si bien la voluntad del paciente es la que prevalece, la misma puede ser modificada o revocada en cualquier momento y las veces que lo considere, así lo menciona el Código Civil y Comercial de la Nación en su art. 60: (...) “Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.” La última parte del mencionado artículo, resalta la libertad y autonomía que posee la persona para poder cambiar su parecer si es que la misma se arrepiente o decide dar un giro a sus anteriores deseos.

El procedimiento para realizar dicha revocación, es el mismo que se utiliza para dejarlas establecidas en un principio. Asimismo la Ley Nacional 26.529 lo establece en su Art. 10, modificado por Ley Nacional 26.742 Art. 5, al expresar que los profesionales de la salud deben cumplir con lo que decida el paciente que ha optado por cambiar de parecer ya sea aceptando o rechazando tratamientos terapéuticos, dejando asentada tal decisión en la historia clínica que es el registro obligatorio para clínicas y hospitales. Siguiendo la idea, “Hay que decir que la actitud del galeno debe ser democrática, afirmada en la razonabilidad médica y alejada de toda actitud paternalista.” (Garay, 2012, p.413). No debe perderse de vista el hecho de que el paciente se encuentra atravesando uno de los peores momentos de su vida, siendo su estado emocional muy cambiante por lo tanto, lejos de someterlo a cuestionamientos y situaciones problemáticas, se lo debe apoyar brindándole contención psicológica, al igual que a su familia.

El art. 7 de la Ley N° 4264 de la provincia de Río Negro afirma que la voluntad del paciente solo puede ser revocada por el mismo no permitiendo que un tercero pueda modificarla, y es justo que así sea ya que de otra forma resultaría contradictorio con la norma y hasta peligroso para el mismo enfermo.

La rescisión del paciente representa la posibilidad que tiene toda persona que está padeciendo una enfermedad grave de modificar la decisión que tomo en un principio. Pero todo cambio realizado sobre la marcha debe ser tratado y analizado minuciosamente por el médico en lo que respecta a los tratamientos. El profesional tiene el deber de explicar a él/los interesados, los riesgos que conlleva el iniciar el procedimiento de forma tardía o no continuar con el mismo en caso de negativa (Ghersy y Weingarten, 2012).

Si bien, la revocación puede surgir en cualquier momento, es cierto que debe ser examinada con mayor cuidado por los médicos ya que la persona puede encontrarse en una etapa de la enfermedad que difiere mucho a la del momento en que se establecieron las directivas y su proceso puede haber evolucionado rápidamente, lo que implicaría para los profesionales el empleo de técnicas paliativas adecuadas a las circunstancias.

Se trata de otorgar amplias libertades para el paciente pero también brindar una debida protección a los profesionales médicos que en definitiva son los que deben llevar a cabo la voluntad del enfermo y muchas veces hasta acompañarlo emocionalmente.

### **Conclusiones parciales**

Para concluir este capítulo donde se han analizado primeramente los conceptos fundamentales que integran el presente trabajo, se obtiene que la libre voluntad del paciente, previamente informado por los profesionales de la salud sobre la misma, ha adquirido un papel fundamental a lo largo de los últimos años dejando de lado el paternalismo médico que reinó durante mucho tiempo y mantuvo relegada la opinión del propio enfermo, tal es la libertad con la que cuentan que poseen la oportunidad de revocar cualquier tipo de decisión que hayan tomado y para ello no hay establecido un momento en especial.

Si bien en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos como así también en nuestra Constitución Nacional el bien máspreciado y protegido es la vida, esto no significa que la misma deba ser prolongada bajo cualquier condición o estado del ser humano, ya que si bien la legislación defiende el derecho a la dignidad, no resulta justo que un ser humano que padece una enfermedad irreversible pretenda ser obligado a prolongar su existencia a través de medios desproporcionados, debiendo sufrir un

procedimiento humillante y doloroso en donde al fin y al cabo se conoce fehacientemente cuál será su desenlace.

Asimismo, al abordar el tema de las directivas anticipadas se puede inferir que han sido las herramientas jurídicas necesarias para poder respaldar la voluntad expresa de toda persona que no solo es dueña de su vida, sino también de cada situación que le toca vivir, siendo el proceso de una enfermedad incurable la situación más extrema y delicada en la cual más que nunca tiene la total potestad de direccionar su última voluntad.

Podrían remarcarse algunos puntos por mejorarse en esta temática como por ejemplo el referido a la expansión o propagación de la existencia de las D.A. ya que a pesar de llevar una década desde su vigencia es una figura legal reciente para nuestra sociedad, sobre todo en hospitales e instituciones de salud. Otro aspecto sería el relacionado con la eliminación de formalidades a la hora de realizar el acto de declaración en lo que respecta a la asistencia de escribanos, lo que facilitaría en mayor medida a personas que no pueden acceder a ellos por resultarles demasiado costoso.

Es así que la relación médico – paciente ha venido a perfeccionarse basándose en el respeto hacia la voluntad del enfermo y al mismo tiempo protegiendo al profesional ante acusaciones de abandono o arbitrariedad en los tratamientos, ya que solo se limita a cumplir con el requerimiento de la persona que así lo dispone.

Por todo lo dicho, se considera que la mejor forma de proteger al paciente, siendo éste la parte más frágil de la relación, consiste en un trato profundamente empático sin perder de vista el derecho que le compete al desahuciado de saber con total sinceridad y exactitud su real diagnóstico

## **CAPITULO II**

### **Regulación jurídica sobre limitaciones médicas**



## **Introducción**

La muerte digna y las directivas anticipadas encuentran su apoyo jurídico en diversas normas, una de ellas es la Constitución Nacional Argentina la cual brinda como plataforma fundamental el artículo 19, utilizado en estos casos como base del derecho a ejercer disposiciones sobre el propio cuerpo. A su vez, en este capítulo también se examinarán los artículos 55 y 56 correspondientes al Código Civil y Comercial Argentino donde también se asientan los institutos jurídicos sobre los que se trabajan en esta tesis.

Por último y no menos importante, es la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente que aporta artículos referidos al tema.

## **2.1 Constitución Nacional Argentina**

### **Artículo 19**

La Constitución Nacional Argentina se encuentra en la cúspide de nuestra pirámide legal tal nos enseñó Kelsen, de igual modo se encuentran los tratados Internacionales con Jerarquía Constitucional del art. 75 inc. 22 de nuestra Carta magna, por debajo de ellos vienen todas las demás normas existentes en nuestro territorio.

El art. 19 de la Constitución dice: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”. En el mismo se consagra que toda persona que toma una decisión en pleno uso de sus facultades, esto es con discernimiento, intención y libertad, puede escoger de qué ideales guiarse y decidir en libertad siempre que no perjudique a terceros.

Si se traslada el citado artículo a la situación del paciente que atraviesa una dura enfermedad, puede observarse que esto se traduce en albedrío de poder decidir sobre el propio cuerpo, reforzando la autonomía del paciente.

Un claro ejemplo de la importancia del nombrado artículo se encuentra plasmado en el caso “Bahamondez, Marcelo S/ Medida Cautelar, (1996)”, donde una persona se niega a recibir transfusiones de sangre basada en pertenecer a la religión de Testigos de Jehová, el proceso en cuestión refiere al alcance de las directivas anticipadas y al art. 19 de la Constitución Nacional. Los doctores Belluscio y Petracchi citaron el mencionado al expresar que “El artículo 19 de la Ley Fundamental otorga al individuo un ámbito de libertad en el cual puede adoptar libremente las decisiones

fundamentales acerca de su persona, sin interferencia alguna por parte del Estado o de los particulares, en tanto dichas decisiones no violen derechos de terceros”.

La Corte Suprema de Justicia admitió el rechazo a transfusiones de sangre por parte de personas que tengan capacidad y sean mayores de edad, haciendo hincapié en el derecho que posee todo ser humano a disponer de su vida y de su propio cuerpo ya sea que su oposición se encuentre argumentada en creencias morales, éticas o religiosas, remarcando que el profesional de la salud no puede compeler al paciente a la transfusión.

La incidencia de este artículo perteneciente a la Carta Magna posee tal importancia que puede ser mencionado en cualquier tipo de conflicto judicial, haciendo directa referencia a que cada persona mayor de edad o adulta en pleno uso de raciocinio, puede escoger el que considere “Su ideal plan de vida”. Sólo el causar daño a terceros opera como impedimento para lograr los fines que cada uno se proponga.

Otro de los ejemplos más resonantes sobre la autonomía personal del ser humano aparece en el caso C.S.J.N “Albarracini N/ Medidas precautorias, (2012)” en el cual un padre solicita se realicen las transfusiones de sangre necesarias para mejorar la salud de su hijo, el cual se encontraba con riesgo de vida al haber sido atacado en un intento de robo. He aquí la cuestión, que el herido profesaba el credo Testigo de Jehová y había dejado años atrás directivas anticipadas donde quedó plasmada legalmente su negativa a recibir dichos suministros en caso que lo necesitara. En resumidas cuentas, el tribunal falló a favor del paciente, respetando su voluntad al considerar que: “los derechos esenciales de la persona humana – relacionados con su libertad y dignidad- comprenden al señorío del hombre sobre su vida, su cuerpo, su identidad, su honor, su intimidad y sus creencias trascendentes, que en cuanto tales y en tanto no ofendan al orden, la moral

pública ni perjudiquen a un tercero, gozan de la más amplia protección constitucional que llega -incluso- a eximirlos de la autoridad de los magistrados (art. 19 de la Constitución Nacional).”

Como se observa en el caso mencionado, el respeto hacia la voluntad del paciente es el que prima a pesar de la lucha por parte de su familia, más aun si el deseo de la persona ha quedado reflejado por medio de directivas anticipadas, ya que si él no revocó la misma estando consciente la validez de ese documento permanece intacta.

Lo que debe quedar en claro es que lo que se resguarda no es el derecho a la muerte en si misma sino todo lo contrario, lo que se protege es el periodo de vida que la persona recorre hasta llegar al momento final de su muerte.

De todas formas los magistrados podrán evaluar en cada caso concreto las circunstancias del mismo sin olvidar nunca el principio rector de la autonomía de la voluntad.

Asimismo, Badeni (2006) explica que la libertad de vida o derecho a vivir que tiene toda persona en todo su significado, es un bien inseparable que ella posee y que existe por sobre todos los demás bienes jurídicos protegidos que derivan de esa independencia, siendo la vida el elemento determinante respecto al resto de las especies de libertades.

Podría inferirse o utilizarse lo expresado por el mencionado autor al hablar del derecho a vivir que cuando un enfermo terminal ha optado por una muerte digna no puede ser castigado ni cuestionado por ello ya que el derecho a la vida lleva incluido también el derecho a vivir con dignidad. Tal lo expresó el autor Cifuentes (2010) “la dignidad es un valor que califica”.

La Constitución salvaguarda derechos primordiales del hombre, desde el derecho a la vida, libertad, intimidad. Es decir, los que son innatos a su esencia de ser humano.

Según lo explica Berdere Delgado (2012) estamos atravesando la época de la muerte técnica, donde los nuevos procedimientos con aparatos sofisticados y medicaciones más resistentes, son los que conservan con vida al enfermo prolongando así el sufrimiento. En realidad es en este punto donde los profesionales deberían saber marcar la diferencia en cuanto a la realización de procedimientos cuyo objetivo es la obtención de un resultado como sería el caso de la eutanasia, no aceptada en nuestra legislación, de aquellos efectuados a pesar de los resultados, donde se produce el retiro de la medicación al paciente.

Si se realiza una comparación con la Ley N° 24.193 sobre trasplantes de órganos, podrá observarse que en ambas reglamentaciones se encuentra legislada la autonomía de la persona a cerca de su libertad para decidir sobre su propio cuerpo.

Es así que, el derecho de autodeterminación que posee el ser humano prevalece por sobre todas las valoraciones médicas a la hora de resolver acerca del tratamiento de un paciente, siendo el art. 19 de la C.N. el instrumento adecuado para poder restringir al Estado en los casos de intervención en la vida de las personas o en la toma de decisiones por parte del enfermo, siendo la voluntad del ser humano que padece una enfermedad, libre de manifestarse a favor o en contra de determinadas posibilidades sin importar si la misma está basada en creencias religiosas, principios éticos o simplemente en la decisión de no atravesar innecesariamente por tratamientos invasivos que no van a sanarlo. Por lo tanto, es fundamental el respeto hacia la voluntad del paciente en lo referente a su vida y muerte y esto se logra por medio del consentimiento informado que será la única herramienta en estos casos para detener la intromisión de familiares o

médicos que busquen persuadirlo en su postura ya que nadie está obligado al sufrimiento siendo más importante la calidad de vida que la cantidad.

## **2.2 Código Civil y Comercial Argentino**

### **Artículos 55 y 56**

El nuevo Código Civil y Comercial Argentino introdujo algunos cambios en lo que respecta a los derechos personalísimos, como ejemplo el artículo 55 expresa: “El consentimiento para la disposición de los derechos personalísimos es admitido si no es contrario a la ley, la moral y las buenas costumbres. Este consentimiento no se presume, es de interpretación restrictiva, y libremente revocable”. Este artículo aplicado a la temática que se analiza en la presente tesis, revela que el paciente puede negarse al tratamiento que será sometido aún después de haber firmado, es decir, puede arrepentirse.

Al analizar este artículo se puede obtener que en todos los casos que las directivas deban realizarse, no deben ir en contra de lo que manda la ley o la moral para ser aceptados, es bueno dejar aclarado que por derechos personalísimos se entiende los referentes a la dignidad e inviolabilidad de la persona humana.

Ahora, la última parte del art. 55 refiere que el consentimiento no se presume por lo tanto debe ser expreso evidenciando que la forma ideal sería la de establecer previamente un escrito donde el paciente deje asentada su voluntad, llevando su firma y adjuntado a su historia clínica. Entonces, si el consentimiento es de interpretación restrictiva queda claro que el profesional de la salud no puede realizar otros actos que no sean los que se dejaron establecidos por escrito.

En 1.914 en Nueva York, aparece el caso “Schloendorff vs. Society of N.Y. Hospital”, donde los médicos le extirparon un tumor maligno a la paciente, violando el consentimiento de la misma que se había negado anteriormente por considerar que era lo mejor para ella, produciéndole este hecho consecuencias irreversibles, lo que fue considerado para la justicia como una agresión médica.

En la actualidad, aún es frecuente que algunos médicos intenten convencer al paciente sobre la realización de tratamientos en lo que refiere a las enfermedades terminales. Por un lado, se encuentran aquellos profesionales que creen que el hecho de aceptar que el enfermo rechace dichos procedimientos considerados inútiles para lo que le queda de vida, significa que no han cumplido con su trabajo, que no solo consiste en salvar vidas sino también en mitigar el sufrimiento de las personas. Y desde otra perspectiva se encuentran los médicos jóvenes o residentes quienes ingresan a su profesión con el ímpetu de exploración y experimentación sobre los enfermos.

El hecho es que los médicos deben tener la empatía necesaria con sus pacientes, ponerse el lugar que están atravesando y tratarlos como a ellos les gustaría ser tratados, respetando la dignidad de ser humano.

Viene al caso mencionar al art 59 del C.C.yC. de la Nación sobre consentimiento informado que describe: “El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada”, hace referencia a la actuación de los médicos, tema que no fue tratado en específico en el viejo código de Vélez Sarsfield. Podría decirse entonces que hubo un avance a lo largo de los últimos años donde no solamente se tiene en cuenta la opinión del profesional sino que se le da un papel preponderante a la voluntad expresada por el enfermo.

Uno de los primeros antecedentes a cerca del consentimiento informado, es el caso “Slater vs. Baker and Stapleton” sucedido en Inglaterra allá por el año 1.767, en el cual un paciente que había sufrido un traumatismo en una de sus piernas fue sometido nuevamente a una fractura por parte del equipo de profesionales médicos al considerar que no se había producido oportunamente la soldadura de su hueso. La justicia falló a favor del demandante y consideró que cuanta más información posea el paciente sobre su estado de salud y mecánicas aplicables a su diagnóstico podría contribuir a un mejor resultado por la confianza que él mismo adquiriría. Se determinó entonces que el consentimiento de los pacientes debía estar presente en toda práctica quirúrgica.

No se trata de algo descabellado, ya que conocer los procedimientos que se aplicarán en el propio cuerpo permite la aceptación, lo que implicaría no caminar a ciegas para el paciente, o la negativa en su caso a dichas prácticas consideradas innecesarias para sí mismo.

Es fundamental la información que debe recibir el paciente a cerca de su enfermedad ya que la misma es la piedra basal para poder llegar a tomar cualquier tipo de decisión. El art. 3 de la Ley 26.529 menciona:

“Entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamiento que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos”.

No todos los pacientes poseen la misma capacidad de comprensión, cada uno ostenta diversas personalidades de acuerdo al nivel cultural o de educación, por lo tanto que puedan llegar a entender la información que les suministra el profesional



dependerá de las circunstancias mencionadas más arriba, es por ello que será necesario adecuar a cada caso concreto lo que se pretende comunicar.

El consentimiento informado se encuentra contemplado dentro del principio de autonomía, el cual a su vez forma parte de uno de los tres principios bioéticos que son aquellos que deben guiar, estructurar y regir la relación entre el paciente y médico ( Garay, 2000).

El presente tema adquirió mayor relevancia con el caso “Canterbury vs. Spencer” (1972). Canterbury resultó perjudicado cuando estando internado en el hospital, luego de una operación de columna (laminectomía) sufrió una caída como consecuencia de haber sido autorizado por los profesionales médicos a levantarse. El tribunal consideró que el deber de informar debe abarcar también los riesgos postoperatorios. Pudo comprobarse que el paciente no fue anoticiado sobre esta consecuencia.

Resulta un caso similar al descrito en la página anterior. Es posible afirmar que generalmente el enfermo no posee conocimientos sobre cuestiones médicas por lo que necesita de cuantiosa información para tomar decisiones. A partir del mencionado caso se advierte no sólo la obligación de informar lo previo a procedimientos médicos sino también las consecuencias del postoperatorio.

A modo de comparación, la Ley Sanitaria Española, define al consentimiento informado, según lo explica Berbere Delgado (2012) como “el derecho a recibir la persona o a través de sus familiares o allegados información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento” (p.87). Parte de la doctrina considera que no debe desplegarse absolutamente toda la información hacia la persona convaleciente, es decir, detalles de

los tratamientos ya que debe quedar reservado para la práctica médica de los profesionales de la salud pero el principio jurídico rector es el de informarlo.

En lo que respecta al art.56 del Código Civil y Comercial establece: “Actos de disposición sobre el propio cuerpo. Están prohibidos los actos de disposición del 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 (...)”. Cuando refiere a los actos que ocasionen una disminución permanente de su integridad, estamos indicando aquellas intervenciones médicas que provocan mutilaciones y que van en desmedro de la salud en su conjunto del individuo, esto es entendiendo a la salud como el bienestar físico, psíquico y social de la persona, porque al paciente no solo lo componen su cuerpo y mente, sino también su familia como núcleo de contención.

Iglesias A. y Ferrari G. (1.997) menciona:

“Las prácticas médicas efectuadas sobre el cuerpo del paciente no son consideradas agresión a la persona sino realizadas en beneficio de ésta; siempre que concurren para este accionar dos requisitos: la existencia de un consentimiento del paciente y su finalidad curativa y/o paliativa” (p.80).

La práctica de los profesionales médicos sobre el cuerpo de su paciente puede darse por dos caminos, por medio de intervenciones quirúrgicas o a través de disposiciones médicas pero ninguna de éstas opciones serán aptas si no cuentan con el consentimiento del paciente.

El amparo de la salud del ser humano es uno de los principios fundamentales que deben regir en una sociedad y es por ello que la actividad médica cumple un rol fundamental.

Su esencial importancia radica en que el obrar profesional del mismo sobre la humanidad del paciente no es tomada como una agresión al enfermo sino por lo contrario se la considera actuada en beneficio de éste; siempre que exista consentimiento del padeciente y el objetivo sea la cura o una finalidad paliativa.

El art. 56 viene a reiterar lo dispuesto por el art. 55 de la misma categorización referida a las Disposición de derechos personalísimos, son complementarios entre si y principios rectores de la voluntad.

Asimismo, parte de una nota rescatada en (Página 12, 2011), expresa: “la vida no es una obligación, sino un derecho”. Es por ello que la muerte es el último peldaño en el escenario de la vida del hombre y se debe llegar a ella con total dignidad siendo el hombre el punto de protección del ordenamiento jurídico.

Pero que sucede si el actuar médico termina causándole un daño al paciente, en esos casos nos tendremos que guiar de lo indicado en el art. 1740. “Reparación plena. La reparación del daño debe ser plena. Consiste en la restitución de la situación del damnificado al estado anterior al hecho dañoso, sea por el pago en dinero o en especie (...)”. Es decir que la ley contempla que hacer para reparar el daño causado, en los actos médicos resulta a veces difícil restaurar a un estado anterior la salud, pues esta va acompañada de múltiples factores que la trascienden como ser edad, peso, alimentación. El art 1740 continua diciendo “La víctima puede optar por el reintegro específico, excepto que sea parcial o totalmente imposible, excesivamente oneroso o abusivo, en cuyo caso se debe fijar en dinero (...)” Fijar una suma en dinero es la forma en que comúnmente se resuelven este tipo de casos.

## **2.3 Ley 26.529 sobre derechos del paciente**

La presente ley fue sancionada el 21 de Octubre de 2009 y promulgada un mes después. Luego fue modificada en el año 2012 por la Ley 26.742 de Muerte Digna, siendo la primera legislación a cerca de los enfermos terminales.

Según el pensamiento de Tinant (2012) esta reforma a la ley equivale a una evolución de los derechos individuales, resaltando sobre todo la preeminencia que aún conserva la autonomía de la voluntad y subrayando la difícil tarea de legislar el final de la vida. La presente norma sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, añade diversos conceptos incluyendo así a las directivas anticipadas. Si bien en la misma sólo se hace mención a los derechos de los pacientes, viene a echar un manto de claridad sobre determinados temas que antes no estaban legislados.

Con la modificación de esta ley se extiende el respeto y reconocimiento de la autonomía de la voluntad sobre el rechazo o aceptación de los procedimientos como así también la posibilidad de revocar decisiones.

Anteriormente se explicó el concepto de las directivas anticipadas, estableciendo que pueden otorgarlas toda persona mayor de edad. Garay (2012) afirma:

“En materia de derechos personalísimos (como el que se dispone a través de una DA), se habla de competencia bioética, es decir, del discernimiento que se requiere del sujeto o paciente para comprender la información médica y decidir responsablemente de manera autónoma” (p.441).

Aquí se aprecia la importancia que el legislador quiso darle al entendimiento o capacidad del enfermo para comprender lo que el médico le está informando a cerca de

los procedimientos a seguir en miras a su enfermedad, y de esa forma poder aceptar o rechazar los mismos basándose en la autonomía de la voluntad.

Pero ¿Que sucede en aquellos casos donde el paciente se encuentra inconsciente o en estado vegetativo sin posibilidad de transmitir su voluntad y sin haber dejado directivas proporcionándole sistemas de reanimación, alimentación o hidratación?

Un reconocido fallo del año 2008, “SME y otros s/ se oficie s/ su situación” en el cual la familia de un joven de 20 años que sufría una enfermedad neurológica considerada en estado terminal, solicitó que en caso que sufriera un paro cardiorrespiratorio se utilizaran solo maniobras de reanimación indispensables sin acudir a métodos tortuosos como electroshock o traqueotomía. Un párrafo de lo dictaminado por el comité de bioética expresó que:

“Éticamente solo son obligatorios los tratamientos considerados proporcionados y ordinarios, quedando a la subjetividad del paciente y/o de su familia la calificación de extraordinarios, es decir deben prodigarse los cuidados paliativos básicos que atiendan su confort, atento a que el paciente solo responde a estímulos dolorosos. Prolongar innecesariamente el sufrimiento y la vida de este paciente en las mencionadas condiciones equivaldría a una distancia tampoco permitida por la ética”.

Puede deducirse entonces la coincidencia entre la C.N. y los tratados internacionales sobre derechos humanos los cuales pregonan que defender la vida no significa siempre intervenir para prolongarla.

En tiempos pasados, es decir, antes que la presente ley cobrara vigencia, el paciente solo ocupaba una posición pasiva, sometido totalmente a las directivas que establecían los profesionales que marcaban los pasos a seguir. Pero es a partir de su sanción que ambos se colocan en un plano de igualdad.

Son diversos los derechos que posee el paciente:

- Intimidad: toda la información y documentación referente al paciente debe ser manipulada con el cuidado especial que merece la privacidad del mismo, así lo dispone también el art. 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cuál expone que toda persona tiene derecho a que se le respete su dignidad y que nadie puede inmiscuirse de forma arbitraria en la vida privada ni en la de su familia.
- Asistencia: referente a que toda persona debe ser asistida sin distinción de religión, credo, sexo o raza. No deben producirse actos discriminatorios.
- Trato digno y respetuoso: tanto el paciente como sus seres queridos deben ser correctamente tratados por los profesionales de la salud respetando las creencias de cada uno.
- Confidencialidad: salvo que mediare permiso del paciente se podrá difundir información acerca de su estado de salud.
- Recibir información necesaria sobre su estado de salud como así también negarse a recibirla.

En lo que respecta al consentimiento y en este caso puntual sobre el paciente terminal, se le concede el derecho de rechazar tratamientos o prácticas innecesarias debido a su estado como así también se le debe brindar toda la asistencia paliativa durante su estadío.

### **Conclusiones parciales**

A modo de síntesis se puede observar lo esencial de las normas que han venido a dar sustento a las relativamente nuevas instituciones que demuestran y resaltan la importancia de ejercer el derecho subjetivo de cada persona.

El art. 19 de la C.N. viene a resaltar el derecho de autodeterminación de la persona, la libertad que posee a la hora de elegir sobre su cuerpo en este caso, dejando a la vista el límite impuesto al Estado en las decisiones que pueda tomar el paciente en lo que respecta a la continuidad del tratamiento. A modo de ejemplo, en el ya nombrado caso “Bahamondez”, uno de los fundamentos hace referencia al mencionado artículo en lo concerniente al respeto hacia la dignidad. Si bien el mencionado artículo de la Carta Magna suele ser interpretado como el origen de la autonomía de la voluntad absoluta y vasta, no debe olvidarse que el límite inquebrantable se encuentra enmarcado dentro del mismo enunciado al establecerse que el orden, la moral y el perjuicio a terceros constituyen principios inviolables que no pueden ser justificados bajo la potestad de los derechos personalísimos.

Respecto a los art. 55 y 56 han sido traídos a este contexto como apoyo al tema central de la presente tesis. El primero de ellos por referirse a una herramienta fundamental muy relacionada también con las directivas anticipadas de la muerte digna, el consentimiento, ya que es esencial y no puede presumirse ni basarse en prohibiciones de la ley. El segundo artículo relacionado también con el primero, y como pieza unificadora de todos los temas tratados en este capítulo, se hace mención a la ley 26.529 sobre derechos del paciente, que viene a clarificar todo lo concerniente a las potestades que posee el enfermo pero que omite referirse a los derechos de los profesionales médicos y a las obligaciones del paciente.

Las decisiones de los profesionales médicos pueden no contar muchas veces con plena certeza por lo que nadie mejor que el propio paciente puede decidir qué es lo conveniente o lo que desea, ya que los intereses que están en juego le corresponden solamente a él, encontrando apoyo normativo en estas garantías analizadas.

No puede desconocerse que a nivel mundial el Derecho a la Vida se encuentra jurídicamente tutelado, pero ello no implica que debe ser una obligación resistir hasta el último suspiro de la vida de una persona que se encuentra en un estado terminal irreversible donde su voluntad es la de no continuar con procedimientos que lo único que harán será alargar la agonía. Lo que se desprende entonces, es que el fundamento último del derecho a la vida es la dignidad de las personas.

Se concluye que el bien jurídico protegido siempre es la vida primordialmente, desde la concepción del ser humano hasta los últimos días de su vida, pero a su vez debe equipararse con el derecho a la autodeterminación y a la libertad amparada constitucionalmente.



## **CAPITULO III**

### **Responsabilidad Civil: Limitaciones Médicas**

## **Introducción:**

Si bien se ha explicado hasta aquí, la voluntad del paciente es de fundamental importancia y porque no decirlo, la principal voz que debe ser oída en este penoso proceso de irremediables enfermedades, pero no por ello es menos significativa la palabra, el sentir o la opinión del profesional de la salud ya que ellos también poseen dentro de esta relación, la potestad para apartarse en casos de desacuerdo con el deseo del padeciente, teniendo al mismo tiempo la obligación de guardar confidencialidad acerca de la enfermedad.

Es por ello que en el siguiente capítulo se analizaran ambas situaciones considerando cuales son los momentos oportunos para que el médico pueda expresar el derecho de objeción de conciencia y determinar en qué consiste el deber de confidencialidad que debe acatar.

### **3.1 Objeción de conciencia médica**

La objeción de conciencia podría ser descripta como el derecho que posee todo profesional de apartarse de aquello que no le parece conveniente o choca con sus propios ideales, religión o principios morales. Es así, que Gracia Guillen y col. (2008) refiere que la real objeción de conciencia es aquella que conlleva la posibilidad de renunciar al ejercicio de una norma en un caso particular. Esto no significa que se esté negando la legalidad de la misma, por lo tanto el hecho que el médico quiera apartarse de la decisión que ha tomado su paciente a cerca de no continuar con los tratamientos sugeridos por él, no lo coloca en un lugar de desobediencia o violación a la ley sino que se encuentra amparado por ésta. Así también lo expuso el Dr. Mariano Casado, miembro de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, quien comenta: “La objeción de conciencia es un derecho del médico y no implica un abandono del paciente”.

Si bien alguna parte de la sociedad puede llegar a considerar a este acto como parte de una desobediencia civil el mismo no encuadraría en esta figura ya que ésta se encuentra relacionada a la resistencia pública de cierta cantidad de personas que no concuerdan con una norma jurídica y pretenden modificarla. Pero está visto que el desacuerdo o la negativa relacionada con principios éticos no configura una infracción legal (Estévez Araujo, 1966).

En la ley N<sup>o</sup> 4264 de muerte digna perteneciente a la provincia de Rio Negro, se resalta el tema en su art. 12, el cual menciona que los profesionales médicos poseen el derecho de apartarse del caso en particular si no comulgaran con lo establecido por el paciente, siendo reemplazado por otro colega de forma inmediata. También debe el doctor al comienzo del ejercicio de su actividad en la institución, informar su postura al

mismo tiempo que debe quedar asentado en un registro su declaración. Queda claro entonces que si bien, el paciente es el protagonista de esta relación, el médico también forma parte importante de ella y puede verse afectado desde su forma de ver la situación. En muchos casos no son muy bien remunerados en su actividad y hasta suelen llevar a cabo su labor en condiciones no apropiadas afectando todo esto al trato diario con sus pacientes, quienes lo necesitan emocionalmente estable para poder tomar decisiones.

Como apoyo al tema en cuestión se cita a Dworkin (2003) quien refiere que la muerte digna no es la única situación donde puede hacerse uso de este derecho sino que el aborto constituye otro supuesto en donde también está permitida su utilización siempre que esté facultado legalmente. Se puede resaltar la última frase del pensamiento de este autor al expresar que en todos los casos debe contar con autorización judicial ya que no puede el médico retirarse de su actuación sin haber dejado un reemplazo de forma inmediata, considerando que siempre y cuando aquella esté correctamente fundamentada significará para el profesional médico una abstención de obrar con respaldo jurídico.

Uno de los antecedentes jurídicos al respecto es el conocido caso “F.A.L s/medida autosatisfactiva”, Chubut (13/03/2012). El caso consistía en el embarazo de una menor producto de una violación. A modo de resumen, puede relatarse que el aborto fue llevado a cabo, considerando también la Corte Suprema, lícita la objeción de conciencia emitida por algunos profesionales que declararon su rechazo a realizar determinada práctica. Como fundamento se mencionó que:

“El derecho a abstenerse al acatamiento de una norma jurídica cuando ella entra en conflicto con las obligaciones morales, religiosas y de justicia de la persona

obligada a cumplirla, constituyen la realización de las garantías constitucionales referidas a la libertad de culto, de conciencia y religión”.

Entonces, la oposición a realizar prácticas que se contrapongan con los principios éticos y la dignidad del profesional serán reconocidos y amparados jurídicamente, pero también existe la posibilidad que este instituto legal sea utilizado para evitar problemas relacionados con los familiares de sus pacientes o evitar conflictos con la justicia, cuestiones que serán difíciles de comprobar cuando el médico atribuye su negativa a cuestiones de conciencia.

Se entiende que la objeción de conciencia tiene como base fundamental la libertad y en este caso en particular la libertad de conciencia, es decir, uno de los derechos fundamentales de todo ser humano el cual es indiscutiblemente respetado en una sociedad donde día a día se lucha por defender y garantizar la democracia, no queriendo imponer a ninguna persona principios que vayan en contra su moral.

Esta potestad fue incorporada también a la Ley 298 para el ejercicio de la Enfermería en la ciudad de Buenos Aires, donde su art. 13 se hace mención al derecho de realizar prácticas que vayan en contra de las convicciones personales.

El derecho de objeción de conciencia se contrapone con el derecho de asistencia médica que poseen los enfermos y es aquí donde pueden producirse escenarios de conflictos entre lo que determina la ley, lo que desean los pacientes y lo que les dicta la conciencia a los profesionales de la salud, siendo estos los tres ejes fundamentales de esta situación. No debe olvidarse que aún después de declarar su deseo de apartarse de la situación, el médico tiene la obligación de asistir en caso de urgencia a la persona protagonista de la relación.

Vale la pena resaltar algunas palabras dichas en las sesiones de diputados donde se debatía la Ley Nacional 26.130 sobre Anticoncepción, que si bien no tiene relación

alguna con el tema presente en el actual trabajo, la discusión versó sobre la libertad, donde uno de los presentes manifestó que “no hay libertad sin responsabilidad, entonces si alguien toma una decisión y tiene libertad para tomarla, uno es responsable de eso y el Estado no tiene mucho para decir al respecto”. Puede observarse aquí una doble perspectiva en lo que respecta garantizar a cada persona la posibilidad de elegir y por otro lado que las circunstancias sean las necesarias para que pueda llevarse adelante el ejercicio de ese derecho. En otras palabras, la libertad de elección es un derecho tanto del enfermo como del médico y en el caso de este último mencionado protagonista, puede utilizar el derecho de objeción de conciencia siempre que la ley le asegure que no sufrirá sanción alguna.

### **3.2 Deber de confidencialidad**

Se habló en el apartado anterior acerca de uno de los derechos que poseen los profesionales médicos. En el siguiente, se explorará sobre una de sus obligaciones dentro de ésta reciprocidad que se crea entre paciente-médico.

El deber de confidencialidad viene a reemplazar al denominado secreto profesional, distinguiéndolos, ya que el primero vendría a ser un derecho que ostenta el paciente y el último un deber médico.

La ley 26.529 lo expresa en el art 4: “La información sanitaria podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente”. Al hablar de información, se hace referencia a los datos sobre la enfermedad que padece la persona y como se establece en el art. 2 inc. d, “todas las personas que tienen acceso a la historia clínica del enfermo tienen el deber de no divulgar su información médica salvo que lo autorice la ley o el mismo paciente”. Al hablar de deber se hace referencia a enfermedades de declaración obligatoria.

Es así que si el no desea que se haga público el estado de su enfermedad se debe cumplir con esa obligación, y aun no manifestando su decisión al respecto, los datos que contiene su Historia Clínica deben tener un acceso restringido solamente a los fines para los que fue creado, esto es servir para el tratamiento del paciente.

Sobre el deber de guardar secreto podría mencionarse como uno de los antecedentes conocidos, el “Caso Gubler” de la jurisprudencia francesa, aquí el ex presidente Francois Mitterrand resultó perjudicado en su honor por su médico personal, el Dr. Gubler, quien realizó una publicación en su libro acerca del cáncer que sufría Mitterrand una vez que éste falleció.

Esta obligación profesional no pertenece solamente al ámbito de la sanidad si no que se aplica también a otras profesiones, siendo su incumplimiento pasible de sanción. Pero es en este ámbito donde se pondrá el mayor acento ya que el estado de la vida de una persona se ve afectado por una enfermedad terminal.

Mosset Iturraspe (2001) expone que esta figura ha tomado auge por diversas causas, como por ejemplo nuevas enfermedades como el sida donde se tiene la obligación de reserva o las encuestas sobre afecciones que sirven para aplicar a bancos de datos. Lo mencionado aquí tiene su razón de ser ya que cada persona tiene un sentir diferente y a muchos puede despertarles una serie de sentimientos como vergüenza, rechazo a la compasión o simplemente consideran que es algo que les pertenece solo a su esfera privada.

En el caso que el médico quisiera divulgar por cualquier motivo información confidencial acerca del estado de salud de su paciente, debe solicitar autorización al mismo y explicarle la finalidad. Si por el contrario el médico viola intencionalmente ese

deber, solo podrá librarse de responsabilidad argumentando que ha sido por una causa ajena a su voluntad.

Queda claro que el deber de guardar confidencialidad dentro de la órbita médica constituye una obligación de resultados, por lo tanto una vez que el paciente corrobora el quiebre del deber médico, se confirma el quiebre del derecho de confidencialidad, resultando un incumplimiento (Kraut, 1997).

Se encuentra establecido en el art. 19 de la Ley de Derechos del Paciente que los legitimados para acceder a la historia clínica del enfermo son además de su persona y/o representante legal; cónyuge o conviviente y herederos forzosos, con autorización del paciente al igual que los médicos y profesionales del arte de curar.

### **Conclusiones parciales**

En el presente capítulo se analizaron uno de los tantos derechos con los que cuenta el profesional de la salud a la hora de ejercer su práctica, como así también el deber jurídico que posee de no divulgar el estado de los pacientes que se encuentren bajo su esfera, sin la debida autorización del mismo.

Es de tal importancia que se respeten tanto la facultad de objeción como el deber de confidencialidad que si bien el enfermo es tomado como el protagonista de ésta historia, la figura del médico no puede quedar minimizada ya que es la ley la que lo ampara inexorablemente.

Queda aclarado que la objeción de conciencia no constituye un abandono del ser humano, pero vale la pena preguntarse si recibida la indicación que sugiere la sedación del paciente terminal es ético apartarse de esa directiva sea cual fuere el fundamento, siendo que la sedación paliativa es una obligación médica y un derecho fundamental del



paciente. Algunos responderían a esta inquietud argumentando que otro colega suplirá esa acción, pero va mucho más allá de esa respuesta, tiene que ver con la empatía, con el ponerse en los zapatos del otro, con dejar de lado el fuero interno de cada uno y solidarizarse con los últimos minutos de vida de un ser humano.

La objeción de conciencia no ha sido mencionada en forma directa en la Carta Magna, sin embargo implícitamente se puede concluir su protección al analizar ciertos artículos referentes a la libertad de culto y de expresión.

En cuanto al deber de confidencialidad, se obtiene que ni siquiera después de haber fallecido el titular de ese derecho puede revelarse la información sobre su estado de salud, salvo que lo haya dejado asentado explícitamente. Si el profesional quebranta ese compromiso habrá traicionado la confianza de una persona frágil en el último estadio de su vida.

Se debe educar de forma constante a los profesionales de la salud sobre el deber de confidencialidad y derechos del paciente implementando en la concientización el repaso de los códigos de ética, al mismo tiempo que los establecimientos de salud deberían elaborar políticas más activas en lo que respecta al procedimiento en cuestión.

Establecer el límite entre lo público y lo privado puede resultar difícil de aplicar ya que la libertad y la salud podrían manifestarse entre sí de manera complicada, lo que equivaldría a decir que la libertad, intimidad y confidencialidad podrían llegar a colisionar si se desarticulan entre sí. Es por ello que debe encontrarse el punto justo de equilibrio entre la autodeterminación del paciente y lo legal, como así también analizar estrategias que le permitan al enfermo defender su derecho a la intimidad.

## **Conclusiones Finales**

En la actualidad la sociedad se enfrenta con numerosos avances científicos, tal es así que la prolongación de la vida puede extenderse artificialmente más allá de lo prudente y es en este punto en que la persona afectada por una enfermedad requiere la atención de los profesionales de la salud, haciendo hincapié en el respeto por su dignidad y toma de decisiones acerca de su propia salud.

Como punto de origen del tema tratado en la presente tesis se ha formulado un interrogante para conocer si existen límites en la actuación o intervención de los médicos cuando el enfermo ha decidido renunciar a procedimientos que alarguen su agonía mediante directivas anticipadas.

Como primera medida, la investigación partió con la definición de los conceptos principales del actual trabajo, muerte digna y directivas anticipadas. Esta última, gran herramienta de la voluntad humana que con su creación permite poner un freno a la arcaica actuación médica donde el paciente solo se limitaba a escuchar a los profesionales y seguir sus indicaciones. En la actualidad ha quedado demostrado mediante fallos jurisprudenciales que la autonomía de la voluntad se sigue perfeccionando con el pasar del tiempo permitiendo no solo la toma de decisiones anticipadas si no también la posibilidad de modificarlas cuando el paciente así lo requiera.

La importancia de las normas jurídicas mencionadas en el capítulo dos sustentan este derecho, convirtiendo a la voluntad del ser humano en el principio fundamental, respetado y protegido en lo que atañe a la libertad sobre el propio cuerpo, siempre y cuando no afecte derechos de terceros.

Se ha explorado también a cerca de uno de los derechos que poseen los profesionales de la salud como así también el deber que conllevan inherente a su profesión: la objeción de conciencia y el deber de confidencialidad. Ambos conceptos vienen a dar respuesta al interrogante que origina esta tesis, los límites de los profesionales médicos.

Ahora bien, con todo lo examinado a lo largo del presente trabajo puede confirmarse con total seguridad lo planteado en la hipótesis inicial a este estudio. Sí existen límites al actuar de los médicos y están dados por la autonomía de la voluntad de las personas, expresadas por medio de las directivas anticipadas.

Asimismo, los profesionales de la salud también pueden delimitar su actuación como se ha visto a través de la objeción de conciencia siempre que no se deje a la deriva al enfermo.

Por todo lo dicho, es que se hace necesario proponer una máxima difusión a cerca de la existencia de las Directivas Anticipadas como instrumento de uso necesario a manos de los pacientes como así también de los médicos, dictándose capacitaciones constantes y realizando una propagación de la información en hospitales e instituciones de salud, ya que la mayoría de las personas desconocen su existencia al ser una figura relativamente nueva. Otro punto estaría dado por la posibilidad de eliminar formalidades a la hora de llevar a cabo las mismas, ya que el requisito de la presencia de un escribano público acarrea un gasto que no en todos los casos puede ser costado, pudiéndose crear inclusive una oficina o registro en cada hospital donde cualquier persona pueda acercarse aun encontrándose totalmente sana y tenga la oportunidad de acceder a expresar su voluntad para el caso de una posible futura enfermedad, sin costo ni gastos.

## **Bibliografia**

## Doctrina

- Badeni, (2006). Tratado de Derecho Constitucional, T. I. (2º Ed. actualizada y ampliada). Buenos Aires: La Ley.
- Berdere Delgado, C. (2012). “El fin dela distanasia. Comentarios sobre la modificación a la Ley 26.529” LL. 2012 (mayo). Suplemento Especial. 83-84.
- Cifuentes, S. (2010). “Las reflexiones jurídicas sobre el suicidio, la muerte y la eutanasia”. LL. 2011 (enero), 5-6.
- Diputado Pinedo (2006), Debate sobre ley 26.130, Sesión de Diputados de fecha 28/06/2006, [<https://www.youtube.com/watch?v=buoy0RsLjUE>], relevado el: 28/11/2018.
- Dworkin, Ronald, “Dominio da vida. Aborto, eutanasia e libertades individuales”, Ed. Martins Fontes, Sao Pablo, 2003.
- Estévez Araujo, José, “La desobediencia civil”, en Capella Ramón y colaboradores, En el límite de los derechos, Ed. EUB Barcelona, 1966, p.205.
- Frisicale, María; Girotti Blanco, Sofia, Revista Digital Microjuris (2014), “Decisiones por sustitución en la relación médico-paciente. Apostillas sobre la ley 26.529, el Decreto 1089/12 y el Nuevo Código Civil y Comercial”, [[http://servicios.uns.edu.ar/institución/files/602\\_AV\\_0\\_3.pdf](http://servicios.uns.edu.ar/institución/files/602_AV_0_3.pdf)], relevado el: 29/11/2018.
- Garay, O.E. (2000). Código de Ética de los Médicos – Ed. Adhoc. Buenos Aires.
- Garay, O. E. (2012). Tratado Practico de la Legislación Sanitaria (Vol. III). Buenos Aires: La Ley.

- Ghersi y Weingarten, C. (2012). Tratado del Derecho a la Salud (Vol. II). Buenos Aires: La Ley.
- Gracia Guillen y col (2008), “Ética de la objeción de conciencia”.
- Iglesias A. y Ferrari G. (1997) “Derecho personalísimo a la disposición del propio cuerpo: Derecho al no tratamiento”, en Ghersi Carlos (Dir.), Relación médico-paciente, Ed. Jurídicas, Cuyo, Mendoza, p.80.
- Kraut, Alfredo J. (1997) “Los derechos de los pacientes”-Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires.
- Llambas Pomba, Eugenio (1999), “Doctrina general de la llamada Culpa médica”, ob. Cit. P.245.
- La Nación (2015). “La Corte Suprema reconoció el derecho de todo paciente a decidir su muerte digna”, [<https://www.lanacion.com.ar/1808423-la-corte-suprema-reconocio-el-derecho-a-todo-paciente-a-decidir-su-muerte-digna>], relevado el: 18/09/2018.
- Médicos y Pacientes (2018), Congreso Nacional de Deontología Médica. “La objeción de conciencia es un derecho del médico y no implica un abandono del paciente”, [<https://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-mariano-casado-la-objecion-de-conciencia-es-un-derecho-del-medico-y-no-implica-un>], relevado el: 11/01/2019.
- Mosset Iturraspe, Jorge (2001), “Responsabilidad de los profesionales”- Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe.

- Página12 (2011). 21/10/2011, “Ampliar los derechos del paciente”, [<https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-179373-2011-10-21.html>], relevado el 30/11/2018.
- Pérez Cardenas, J. C. (2010). Actitud del médico frente a la muerte. Bioética, 14-17. Recuperado el 5 de Junio de 2018, de [<http://www.cbioetica.org/revista/102/102-1417.pdf>].
- Tinant, E (2012). “Reflexiones sobre la ley de muerte digna”. Suplemento Especial.

## **Jurisprudencia**

- CSJN, Fallo “Bahamondez, Marcelo S/ Medida Cautelar”, Sentencia del 06/04/1996.
- CSJN, Fallo “Albarracini, N. / medidas precautorias” (2012), JA 2012 III.
- Caso “Canterbury vs. Spencer” (1972)
- Caso “Schloendorff vs. Society of New York Hospital” (1.914)
- CSJN, Fallo “D.M.A S/ declaración de incapacidad”, Sentencia del 07/07/2015.
- Corte Interamericana de derechos humanos, “Caso Ximenes Lopes c. Brasil”, La Ley Online. Del 04/07/2006.
- Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional Nª 3, Mar del Plata, setiembre 18 de 1995.-“Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata s/ Presentación.
- Juzgado de Primera Instancia Civil y Comercial, 9na Nom. Rosario, “SME y otros s/ se oficie s/ su situación”, (expte. 791/08), de agosto 2.008.

- CSJN, Juzgado en lo Criminal y Correccional de Transición de Mar del Plata, Caso “M”, 25/07/2005.
- Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala I, “G.C.L. c. Mediconex S.A. y otros”. Del 31/05/2007.
- CSJN, Fallo “F.A.L s/ medida autosatisfactiva”. Del 13/03/2012.

## **Legislación**

- Constitución Nacional Argentina.
- Código Civil y Comercial de la Nación según Ley 26.994.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos-Pacto San José de Costa Rica del 18/07/79.
- Ley N° 24.193 del 26/04/1993. “Régimen de trasplantes de órganos”.
- Ley N° 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Argentina. (19 de Noviembre de 2009).
- Ley N° 26.742 modificatoria de la ley sobre los Derechos del Paciente.
- Ley N° 4264 de Muerte Digna, Provincia de Rio Negro. Argentina. (19 de Diciembre de 2007).
- Ley 26.378 que aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, en asamblea General de las Naciones Unidas.
- Ley de Anticoncepción N° 26.130.



- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Protocolo Facultativo aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de Diciembre de 1.966.
- Ley 298 sobre el Ejercicio de la Enfermería, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1.999.

