

Trabajo Final de Graduación

Abogacía



Eutanasia y Ley de Muerte Digna. ¿Ampliación o recorte de la autonomía de la voluntad?

Díaz de Rosa María Victoria.

2019

Agradecimientos.

Quiero agradecer a todos aquellos que hicieron posible este nuevo Título en mi carrera profesional, a mi marido por su apoyo incondicional, a mis hijas por su fuerza y aliento, a mis padres que siempre apoyaron todo incremento del saber, y a todos aquellos que de una u otra forma participaron en esta nueva aventura en mi vida.

Y no quiero olvidarme de agradecer a todos mis compañeros de esta gran Universidad Siglo 21, que me dio la posibilidad de conocer futuros profesionales de todo mi país.

Resumen.

Con el avance de la tecnología, el crecimiento de la ciencia y su aporte a la medicina, han cambiado los medios y circunstancias en que una persona llega a sus últimos días de vida. El derecho a la dignidad de las personas, a vivir dignamente hasta el final de sus vida; tiene raigambre constitucional y también fue incorporado en los Pactos Internacionales, ¿se puede decir que una persona que pasa sus últimos días siendo asistido constantemente por máquinas y medios artificiales está viviendo dignamente? También hay que reflexionar acerca de qué sucede con la autonomía de la libertad, con el derecho que tenemos las personas para decidir sobre nuestra vida y sobre nuestra muerte.

En este trabajo se pretende explicitar que ocurre con la autonomía de la libertad cuando el ser humano, como tal, libre para expresar su voluntad, se encuentra en condiciones que le impiden hacerlo y si mantenerlo con “vida” cuando sólo subsiste a través de medios artificiales no es en cierta manera coartar su autonomía de la voluntad. La temática elegida genera dicotomía y posturas contrapuestas. Nuestra legislación no contempla la eutanasia, reconocida en otros países. Para entender esto se deberá hacer un análisis de las leyes de eutanasia y de nuestra ley de muerte digna; ver los casos jurisprudenciales y cómo los resolvieron los tribunales.

Este cambio de concepciones sobre la vida y muerte que indefectiblemente viene de la mano del avance de la ciencia, hace necesario este análisis.

Palabras Claves: Eutanasia, Muerte Digna, Legislación comparada.

Abstract.

With the advance of technology, the growth of science and its contribution to medicine, it has changed the means and circumstances in which a person reaches his last days of life.

The right to dignity of people, to live with dignity until the end of their lives; has constitutional roots and was also incorporated into the International Covenants, can it be said that a person who spends his last days being constantly assisted by machines and artificial means is living with dignity? We also have to reflect on what happens with the autonomy of freedom, with the right that people have to decide about our life and about our death.

In this paper we try to explain what happens with the autonomy of freedom when the human being, as such, free to express his will, finds himself in conditions that prevent him from doing so and if he keeps it with "life" when it only subsists through means artificial is not in a certain way to restrict their autonomy of the will.

The theme chosen generates dichotomy and opposing positions. Our legislation does not include euthanasia, recognized in other countries. To understand this, an analysis of the euthanasia laws and our law of dignified death must be made; see jurisprudential cases and how the courts resolved them.

This change of conceptions about life and death that inevitably comes hand in hand with the advance of science, makes this analysis necessary.

Keyword: Euthanasia, Dignified Death, Comparative legislation.

Índice.

| | |
|--|----|
| Introducción General..... | 7 |
| Capítulo I: La Eutanasia..... | 9 |
| 1.1. Introducción Parcial. | 10 |
| 1.2. Eutanasia: Concepto, evolución histórica y clasificación. | 10 |
| 1.3. Suicidio y suicidio asistido. Conceptos relacionados: ortotanasia, distanasia y encarnizamiento terapéutico. | 15 |
| 1.4. Posturas acerca de las prácticas eutanásicas..... | 18 |
| 1.4.1. Argumentos a favor. | 18 |
| 1.4.2. Argumentos en contra..... | 20 |
| 1.5. La medicina y la eutanasia. Consideraciones éticas y jurídicas. | 23 |
| 1.6. Casos emblemáticos. | 26 |
| 1.7. Legislación comparada..... | 30 |
| 1.8. Conclusión Parcial..... | 38 |
| Capítulo II: Muerte Digna..... | 39 |
| 2.1. Introducción Parcial. | 40 |
| 2.2. Ley 26529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud..... | 41 |
| 2.3. Aspectos generales de la Ley Nacional 26.742 sobre Muerte digna..... | 43 |
| 2.4. Consentimiento informado..... | 45 |

| | |
|---|----|
| 2.4. Directivas anticipadas..... | 46 |
| 2.5. Cuidados paliativos | 46 |
| 2.6. Hidratación y alimentación artificial en pacientes en estado vegetativo..... | 47 |
| 2.7. Antecedentes doctrinarios, jurisprudenciales y legislativos de la ley de muerte digna..... | 48 |
| 2.8. Delitos contra la vida en el Código Penal Argentino. | 50 |
| 2.9. Conclusión Parcial..... | 52 |
| Capítulo III: Afectación de derechos humanos y al principio de la autonomía de la voluntad..... | 53 |
| 3.1. Introducción parcial..... | 54 |
| 3.2. Derecho a la vida..... | 55 |
| 3.3. Derecho a la vida y a la libertad. | 57 |
| 3.4. Derecho a la vida digna y principio de la autonomía de la libertad. | 58 |
| 3.5. Actitud del Estado frente a la limitación a la autodeterminación de las personas . | 59 |
| 3.6 Derecho a la salud. | 60 |
| 3.7. Conclusión Parcial..... | 63 |
| Conclusión Final. | 64 |
| Bibliografía. | 68 |
| Legislación. | 68 |
| Doctrina. | 69 |
| Jurisprudencia..... | 70 |

Introducción General.

Durante el desarrollo de este trabajo se analizará en detalle la práctica médica que tantas controversias originó en las opiniones de los autores. Se partirá de un análisis sobre la eutanasia a través de su concepto y de su historia para adentrar luego en el conocimiento profundo de esta práctica en los países en que legalmente está permitida. Además se analizarán las posturas que se han dado a favor y en contra y se verán los conceptos relacionados a la misma.

Mucho se ha discutido a cerca de la eutanasia, se ponen en juego muchos factores y diversas opiniones, desde lo político, lo económico, lo moral, lo ético, desde la salud. De esta diversidad de ideas se dieron argumentos a favor y argumentos en contra. En nuestro país la eutanasia no está permitida pero sí tenemos una ley de muerte digna que durante este trabajo se desarrollará con detenimiento y se verá qué sostuvo la doctrina y también la jurisprudencia ante los problemas que pueden darse y que han llegado a los juzgados.

Finalmente, se explicitará cómo se ven afectados los derechos humanos y el principio de autonomía de la voluntad con la aceptación o negación de la práctica de la eutanasia y con la ley de muerte digna en nuestro país. La dignidad asociada a la muerte es para muchos autores una asociación que debe permitirse y conseguirse, pero para otros no hay tal asociación sino que, consideran a la dignidad sólo unida a un modo de vida pero que se desprende de la idea de la muerte.

También distintos puntos de vista se han dado acerca de si los cuidados paliativos y las medidas utilizadas para alargar la vida se condicen con esa dignidad que se pregona en los últimos días de vida o si, por el contrario, no se trataría de una manera de alargar la agonía en detrimento de la dignidad y los derechos humanos que toda persona por su calidad de tal posee y que no deben ser descuidados ni aún en los últimos momentos del ser humano.

No se puede dejar de mencionar que la muerte puede generar muchas batallas entre los que creen que sólo Dios da y quita la vida y entre aquellos que no creen en Dios y cualquier persona puede solicitar terminar con su vida debido al padecimiento que lo

aqueja, muchos son los debates y las posturas a cerca de la muerte y la autonomía de voluntad cuando se trata de tomar una decisión tan importante.

En esta introducción es importante resaltar que no obstante cualquiera sea la postura que tengamos, las ideas morales, religiosas, políticas que profesemos, sólo quién se encuentra debatiéndose entre la vida y la muerte y padeciendo mucho sufrimiento o quien tiene un familiar transitando esta situación podrá determinar qué decisión es la correcta en su caso.

Capítulo I: La Eutanasia.

1.1. Introducción Parcial.

La muerte y las decisiones que se toman en los últimos momentos de vida ha generado mucha controversia. Tal es así que hay países que han legislado estas situaciones dando un marco jurídico a un tema que por lo sensible e incierto necesitaba de cierto respaldo legal.

La legalización o no de la eutanasia y los motivos que avalan una u otra postura es de largo debate, pero se debe tener en cuenta como idea principal ante de adentrarnos en otros temas a qué nos referimos cuando hablamos de eutanasia y diferenciarla del suicidio para clarificar los conceptos a los que voy a hacer mención en todo este trabajo. Hay que destacar que ambas son formas de muerte voluntaria pero la diferencia radica que en el suicidio es la persona la que por sus propios medios se quita la vida. En cambio, en la eutanasia el que se causa la muerte es una persona distinta de la que muere.

Se expondrán aquí, muchas opiniones y debates acerca de si debe estar permitido a las personas decidir sobre su muerte o (sobre la vida que quieren llevar en sus últimos días) o también, sobre la forma en que quieren morir y cómo estos aspectos afectan la dignidad del ser humano y otros derechos fundamentales de las personas. Partiendo de esta idea que es clave para comprender todos los conceptos que luego se va a desarrollar durante este trabajo, que dará comienzo al análisis de este primer capítulo.

1.2. Eutanasia: Concepto, evolución histórica y clasificación.

La palabra eutanasia es de origen griego y significa: *eu* (buena) y *thanos* (muerte). De esta manera desde sus orígenes se hacía referencia a un modo de muerte tranquila y sin sufrimiento; este término significa “muerte dulce”. La eutanasia es provocar la muerte de alguien que padece una enfermedad en su fase terminal a fin de cesar los padecimientos que está sufriendo. En palabras de Victoria García Viniegra y González Blanco se dice que:

La eutanasia es la acción u omisión dirigida a causar la muerte de una persona alegando para ello razones humanitarias (aliviar el sufrimiento). Esta persona debe ser víctima de un sufrimiento físico, psíquico o de otro tipo, de gran magnitud, o presentar la fase

terminal de una enfermedad. Es la llamada “muerte por piedad”, alegando que se da muerte a quien sufre de mal incurable y se hace a fines de evitar que siga sufriendo. (García-Viniegra y González, 2016, p. 2),

Según Farrel (1996) la eutanasia es la provocación de una muerte, que se efectúa por una tercera persona, de un determinado paciente que es portador de una enfermedad mortal a su requerimiento y en propio beneficio. De esta definición se desprenden cinco elementos de la eutanasia:

- a. La muerte es provocada por un tercero;
- b. La paciente padece una enfermedad mortal;
- c. El paciente es quien solicita que se le provoque la muerte;
- d. La muerte provocada debe ser en su propio beneficio;
- e. La provocación de la muerte puede ser por medio de una acción o por medio de una omisión deliberada.

Este término fue utilizado por primera vez por Francis Bacon (1561-1626) que la definía como “El arte de ayudar al agonizante a salir de este mundo con mayor dulzura y serenidad” (García-Viniegras y González Blanco, 2016, p. 7). A lo largo de la historia ha sido distinta la opinión acerca de la eutanasia. Así para Platón era una función del Estado velar por sus ciudadanos, pero debía dejar morir a los que estaban enfermos. En algunas sociedades antiguas la eutanasia era aplicada y aceptada.

Platón (1988), en su obra más importante, La República ya hacía mención a lo que hoy se dio en llamar eutanasia. Tal es así que, en esta obra: la República cuando propone una mejor organización del Estado, hace mención a las enfermedades y dice lo siguiente:

Aquellos que mantienen sanos sus cuerpos gracias a la naturaleza y a su régimen de vida, y sólo son afectados por alguna enfermedad bien delimitada, pues para ellos y en tal condición ha revelado el arte de la medicina y, para no perjudicar los asuntos políticos, les prescribió pociones e incisiones que expulsaran las enfermedades sin cambiar la dieta habitual. En cambio, en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro, no intentó prolongar la desdichada vida de los enfermos por medios de dietas, que incluyeran evacuaciones e infusiones graduales, ni hacerles procrear hijos semejantes a ellos, probablemente. Ha pensado, en efecto, que no se debía curar al que no puede vivir en un periodo establecido como regular, pues eso no sería provechoso para él ni para el Estado (Platón, 1988, p. 185)

De esta manera, se puede apreciar que ya los filósofos griegos hacían alusión a la muerte y a la eutanasia que, sin ser nombrada así, la describían de manera similar a lo que hoy entendemos por dicho término.

Como se explicitó con anterioridad la idea de eutanasia, que en la antigüedad no era llamada así sino que, fue mencionada por muchos pensadores a lo largo de la historia. Para el filósofo Séneca (1986), la vida era la preparación para la muerte; al dolor había que enfrentarlo con entereza y a la muerte sin temor; este filósofo aceptaba el suicidio, pero no como una forma de huir del dolor sino como una manera de hacerle frente a la muerte. Al respecto había expresado:

Pero, si el cuerpo es incapaz de sus funciones, ¿por qué no provocar la salida de un alma agotada? Y quizás haya que hacerlo antes de tener necesidad, no sea que no pueda uno realizarlo cuando debiera hacerlo. Y, puesto que hay más riesgo en vivir mal que en morir presto, es un insensato quien por el mínimo de unos días no se redime del azar de una gran apuesta. Son escaso aquellos a quienes una vejez prolongada condujo hasta la muerte sin afrenta; para muchos su vida languideció inactiva sin ningún provecho para sí. Según esto, ¿juzgas mucho más cruel la renuncia a algunos días de vida que la renuncia al derecho de acabar con ella?

...No abandonaré la vejez en el caso de que me conserve íntegro para mí mismo, pero íntegro en aquella parte más noble; por el contrario, si comienza a perturbar mi inteligencia, a desquiciarla en sus funciones, si no me permite ya vivir, sino respirar, saltaré fuera de un edificio descompuesto y ruinoso.

No rehuiré con la muerte la enfermedad en tanto sea curable y no perjudicial para el alma. No me haré violencia con las manos a causa del sufrimiento: morir así supone ser vencido. No obstante, si me doy cuenta de que he de sufrir constantemente el dolor, partiré, no por causa de él, sino porque me va a poner obstáculos para todo aquello que motiva la vida. Es débil e indolente quien a causa del sufrimiento decide su muerte, necio quien vive para sufrir (Séneca, 1986, págs. 336-337).

Ya en la Modernidad se cree que fue Francis Bacon (1561-1626), científico, filósofo y creador del empirismo quien emplea por primera vez la palabra eutanasia y de manera muy similar a como la entendemos en la actualidad; en su libro El avance del saber dijo Bacon:

...estimo ser oficio del médico no sólo restaurar la salud, sino mitigar el dolor y los sufrimientos, y no sólo cuando esa mitigación pueda conducir a la recuperación, sino cuando pueda lograrse con ella un tránsito suave y fácil; pues no es pequeña bendición esa eutanasia que César Augusto deseaba para sí, y que fue especialmente notada en la muerte de Antonino Pío, que fue a modo y semejanza de un adormecimiento dulce y placentero...Más los médicos, al contrario, tienen casi por ley y religión el seguir con el paciente después de desahuciado, mientras que, a mi juicio, debieran a la vez estudiar el modo y poner los medios de facilitar y aliviar los dolores y agonías de la muerte (Bacon, 1988, p. 124).

De tal manera Bacon (1988), hace referencia a la eutanasia, pero también hace referencia a la función de los médicos, que a su entender excede de la función de resguardar la vida del paciente y va más allá incluyendo la facultad de terminar con la vida del paciente que sufre en caso de que este lo solicite.

Hume (1711-1776), filósofo y sociólogo empirista escocés también adhería a esta idea de poder disponer de la vida ante el sufrimiento ocasionado por una enfermedad. Para este pensador el suicidio era una decisión completamente humana, es en la concepción de la libertad del individuo como un bien básico de la persona lo que le da fundamento al suicidio. En sus palabras:

Si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso, y fuese infringir el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla. Si yo rechazo una piedra que va a caer sobre mi cabeza, estoy alterando el curso de la naturaleza, y estoy invadiendo una región que sólo le pertenece al Todopoderoso, al prolongar mi vida más allá del período que, según las leyes de la materia y el movimiento, Él le había asignado. (Hume, 2003, pg. 154).

Así como desde la antigüedad muchos eran los que estaban a favor del suicidio y de cierta manera de la eutanasia, incluso algunos cuestionaron bajo estas ideas las funciones de los médicos, hubo otros pensadores que se opusieron a tal idea; así Montesquieu (1689-1755), Bertrand Russell (1872-1970), Albert Camus (1913-1960), Kant (1724-1804), San Agustín de Hipona (354-430) y Santo Tomás de Aquino (1225-1274). Kant se oponía al suicidio al igual que San Agustín de Hipona y Santo Tomás de Aquino; Kant consideraba repulsivo que el hombre atente contra sí mismo y los dos últimos porque se oponían a todo lo que atentara contra la vida debido a la sacralidad de la misma y por ser esta un don divino que solo Dios puede dar y quitar.

Como se puede ver desde hace muchos años atrás las opiniones eran diversas acerca de la idea de terminar con la vida y la ayuda a morir. Es decir que las discusiones que se generan en la actualidad en relación a este tema no son nuevas ya que, los filósofos y pensadores en la antigüedad ya se generaban muchos interrogantes entorno a esta situación.

García-Viniegras y Gonzalez Blanco (2016), clasifican a la eutanasia de la manera que se mencionará a continuación:

- Eutanasia positiva: es la que ocurre cuando una persona, de manera directa y positiva, le aplica un fármaco a otra, provocándole la muerte.
- Eutanasia negativa: un tercero omite realizar las acciones necesarias para mantener la vida del enfermo.
- Eutanasia solutiva: conductas que tienden a aliviar el dolor del paciente, mediante el suministro de analgésicos, proveyéndolo de compañía, de adecuadas condiciones de higiene, nutrición y abrigo y dándole la posibilidad de enfrentar el proceso de la muerte en soledad si esta fuera su decisión.
- Eutanasia activa: la muerte la provoca una acción. Puede ser la aplicación de una inyección letal, el suministro de fármacos.
- Eutanasia pasiva: la muerte la provoca la omisión, mediante la interrupción del tratamiento necesario.
- Eutanasia directa: hay una intención de un tercero de provocar directamente la muerte del enfermo.
- Eutanasia indirecta: no hay intención de causar la muerte, pero esta ocurre inevitablemente como un efecto secundario del uso de las medidas paliativas del dolor.
- Eutanasia voluntaria: la solicita el mismo paciente verbalmente o por escrito.
- Eutanasia involuntaria: es la que se aplica sin consentimiento del paciente. La solicitan la familia o es una decisión del médico.
- Eutanasia terminal: es la que usa en caso se enfermos terminales, en estado vegetativo prolongado en el tiempo y de los neonatos que están en situaciones similares o que no tengan posibilidades de vivir (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

1.3. Suicidio y suicidio asistido. Conceptos relacionados: ortotanasia, distanasia y encarnizamiento terapéutico.

El suicidio asistido significa proporcionar a una persona los medios necesarios para poner fin a sus días; esto es con drogas, procedimientos, prescripción de sustancias letales, etc. En este caso, es el propio paciente quien activa el mecanismo que termina con su vida, es decir es principal responsable de la causa de su muerte. Es decir, en el suicidio asistido una persona presta asistencia a otra que quiere terminar con su propia vida. Este tercero se involucra en la muerte del otro informándole sobre el mejor modo de proceder y facilitándole los medios para alcanzar la muerte; por ejemplo, cuando un paciente le pide a su médico un cóctel de drogas adecuado para producirle la muerte, el cual el paciente va a ingerir por sí sólo. De esta manera, el resultado final, el último paso que causa la muerte, la da el mismo paciente (García-Viniegras, Gonzalez Blanco, 2016).

En este punto es fundamental diferenciar el suicidio asistido de la eutanasia activa. En esta última, el médico interviene causando la muerte del paciente, ya sea aplicándole una inyección letal o aplicándole una sobredosis de morfina. A diferencia del suicidio asistido en donde es el paciente el que realiza la acción que le provoca la muerte asistido por un tercero que puede ser su médico, en la eutanasia activa es el médico el que realiza la acción que le provoca la muerte al paciente. Lo que diferencia este accionar del homicidio es que se hace a pedido del paciente y que el motivo es beneficiar al paciente que está sufriendo.

Es necesario, también, diferenciar de los conceptos antes mencionados a la eutanasia pasiva. La misma se da cuando se deja morir al paciente en vez de prolongar su vida por medio de métodos artificiales o tratamientos extraordinarios. También es cuando el médico le prescribe al paciente una dosis de calmantes cuyo efecto normal sería apaciguar el dolor, pero debido al estado general del paciente probablemente adelante su muerte; en estos casos la muerte se causa indirectamente, es un efecto secundario del consumo de los calmantes que son necesarios (García-Viniegras, Gonzalez Blanco, 2016).

García-Viniegras y Gonzalez Blanco (2016) sostienen que, la diferencia entre el suicidio y la eutanasia radica fundamentalmente en quién es el que da la muerte; de esta manera, en la eutanasia es alguien distinto a quien muere, en el suicidio el que muere es quien dio fin a su vida. Si el suicidio ocurrió sin la ayuda de nadie, es decir, si la persona se quitó la vida por sus propios medios sin ayuda de un tercero será un suicidio simple; y, si recibe a ayuda es un suicidio asistido. De esta manera son conductas eutanásicas la eutanasia y el suicidio asistido. El elemento fundamental e imprescindible de la eutanasia es el deseo del paciente de terminar con su vida expresado libremente por su propia voluntad. Cualquier otra conducta que no se produzca por petición del interesado no será llamada eutanasia.

El comportamiento humano del suicidio y su aceptación o rechazo, al igual que lo que ocurre con la eutanasia, fue cambiando a lo largo de la historia dependiendo de las creencias religiosas, los hábitos sociales del grupo humano o de la forma de relacionarse del individuo con el grupo. En los pueblos primitivos los individuos ancianos o enfermos para no generar una carga al grupo se separaban de este y se dejaban morir. Bajo un concepto altruista preferían morir que generar un peso en el grupo al que pertenecían. Este comportamiento era el adoptado por los esquimales y los pueblos nómades. En los pueblos egipcios el suicidio no estaba prohibido. En la cultura grecorromana el suicidio sólo estaba prohibido en dos casos: en el caso de los esclavos, a quienes se les prohibía suicidarse ya que eran considerados propiedad del amo y su muerte significaba una pérdida económica; y, como forma de evadir las responsabilidades económicas o penales. En este último caso el suicidio era considerado un delito contra la polis, los bienes del difunto era requisados y el cadáver y la familia del fallecido eran rechazados (García-Viniegras, Gonzalez Blanco, 2016).

Aristóteles y algunos otros filósofos, en especial los pitagóricos, rechazaban el suicidio por ser este un acto en contra de la vida considerada un bien supremo y por tratarse de una traición a la sociedad a la que se privaba de una persona productiva. No obstante, en la cultura grecorromana no había ninguna prohibición religiosa acerca del suicidio. Tal es así que en Grecia y en Roma se admitía el suicidio, pero se requería de la comunicación y el permiso del Senado. El suicidio tenía cierto reconocimiento social, tal

es que así que en los casos de condena a muerte; el Estado le ofrecía al condenado la posibilidad de suicidarse para no caer en la deshonra de la ejecución.

El judaísmo y el cristianismo tuvieron una posición ambigua en cuanto al suicidio. En la Biblia se describen muchos suicidios sin que estos sean rechazados. En el judaísmo ocurrieron suicidios colectivos para impedir ser conquistados y colonizados por los romanos. En el judaísmo y en el cristianismo no había prohibición alguna sobre el acto del suicidio, su prohibición surgió posteriormente de la interpretación que se les dio a las escrituras sagradas. En el cristianismo primitivo sucedieron suicidios colectivos con la justificación de acelerar el encuentro con Dios. Esta situación era tan común que San Agustín (354-430 d.C.) se opuso terminantemente al suicidio considerándolo el peor de los pecados para cambiar la visión de los feligreses a cerca del mismo. Luego de la muerte de San Agustín, el Concilio de Arles (563 d. C.) declaró al suicidio como un crimen y se le negaban los ritos funerarios al suicida. En el Concilio de Auxerre (578 d. C.) al suicida se le confiscaban los bienes a modo de castigo por su acción (García-Viniegras, Gonzalez Blanco, 2016).

En la religión musulmana tampoco existía ningún precepto en contra del suicidio; el profeta Mahoma no oraba en el entierro de un suicida, pero no impedía que sus discípulos lo hicieran. En el islam el rechazo del suicidio surge de la interpretación que se le dio posteriormente a los textos sagrados de igual manera que en el cristianismo. En la actualidad, el suicidio está expresamente prohibido por la ley islámica. El suicidio es considerado un delito en muchos países musulmanes. No obstante, la inmolaición para matar enemigos es visto como un hecho heroico, un acto para conseguir la honra de Dios.

En los países asiáticos se dan las tasas más altas de suicidio en el mundo; hay una antigua tradición de recurrir al suicidio como una forma de protesta ante la afrenta o humillación o como reparación de una falta. No hay ninguna prohibición acerca del suicidio en las religiones orientales. La muerte por medio del suicidio es preferible en estas culturas antes que la deshonra, la impiedad o la queja por sufrimiento. El suicidio en las religiones orientales tales como el budismo o el taoísmo son visto así ya que la exteriorización de las expresiones no está permitida por lo cual el suicidio pasó a ser el

modo de protesta. Además, estas religiones creen en la reencarnación y con ello la posibilidad de reparar sus errores en las próximas vidas.

García-Viniegras y Gonzalez Blanco (2016) sostienen que hay que tener en cuenta que la práctica de la eutanasia y el avance de la medicina condujeron a que se utilizaran cotidianamente otros términos relacionados a este procedimiento y que a continuación se explicará:

- Distanasia: se refiere a prolongar la vida hasta el máximo posible mediante técnicas artificiales. También es llamado encarnizamiento terapéutico ya que no es otra cosa que el accionar médico dispuesto a mantener al paciente con vida a toda costa mediante la utilización de todos los medios médicos.
- La ortotanasia implica la utilización de sedantes y otros medios para calmar el dolor, se pretende alcanzar la muerte sin dolor y se la asemeja a la eutanasia por omisión.

1.4. Posturas acerca de las prácticas eutanásicas.

1.4.1. Argumentos a favor.

Como se mencionó anteriormente muchas son las discusiones que se dieron en cuanto a la legalización o no de la eutanasia. En los países en las que tienen respaldo legal también fueron muchas las opiniones que se dieron en el debate que dio como resultado su legalización. Es como sabemos un tema controversial que genera muchas dudas y resquemores ya que se trata de una situación muy sensible como lo es la muerte (Cohen, 2017).

Entre algunos de los tantos argumentos que dieron los defensores de las prácticas eutanásicas se encuentran los que menciono a continuación:

- I) Un enfermo terminal que padece un sufrimiento insoportable, que está agobiado por el dolor muchas veces puede ver preferible la muerte a llevar una vida en esas condiciones;

II) El paciente disponiendo de su autonomía y ejerciendo libremente su voluntad puede pedir esta práctica cuando el dolor se haya vuelto de tan magnitud que se ha insostenible la vida; en este aspecto es necesario agregar que el umbral del dolor es distinto en las personas, según la patología que estén padeciendo y según sus condiciones físicas por lo cual cada individuo sabe si el dolor que sufre es tal que prefiere la muerte.

III) Las medidas paliativas del dolor si bien son aplicadas por los médicos a fin de otorgarles a los pacientes una mejor calidad de vida, en la mayoría de los casos cuando la enfermedad está en la etapa terminal y el dolor se hace insostenible, no dan los resultados esperados. También suele ocurrir que el paciente esté en estado de coma, no padezca ningún dolor porque está sedado pero las condiciones en que transcurre su vida son dolorosas para la familia ya que su familiar está conectado a artefactos que lo mantienen con vida y que incluso el mismo paciente no hubiera querido pasar sus últimos días así por considerar que lo que se lleva no es una vida “digna”. En estos casos también debe contemplarse la eutanasia como un alivio para el paciente y para su familia.

IV) Quienes defienden la eutanasia y su legalización argumentan que muchos suicidios en pacientes terminales ocurren porque en su país no están permitidas las prácticas eutanásicas y el dolor se tornó tan insoportable que caen en una depresión que los lleva inevitablemente acabar con sus vidas suicidándose.

V) Los médicos disponen de la posibilidad de suspender o no instaurar medidas tendientes a prolongar inútilmente la vida de un paciente ya que sólo acarrearía la extensión del dolor del paciente y el padecimiento de toda su familia. Esto se conoce como limitación del esfuerzo terapéutico, limitación de tratamiento o, eutanasia pasiva.

VI) En una sociedad como la nuestra en la que se resguardan siempre los derechos humanos y fundamentalmente la libertad como derecho primordial sin el cual no podrían ejercerse los demás derechos, es

necesario que se les otorgue a las personas la facultad de disponer sobre su cuerpo y de poder decidir cómo quieren pasar sus últimos días (Cohen, 2017).

1.4.2. Argumentos en contra.

El derecho de un paciente a decidir la terminación de su vida implica reconocer el mismo derecho a cualquier persona, lo cual remite al tema de la muerte voluntaria en general y, por tanto, al suicidio. Sin embargo, la eutanasia es una práctica ubicada en el contexto de la atención médica, de manera que las preguntas que propongo se limitan a dicho contexto y a la circunstancia de que el paciente que considera la terminación de su vida padece una enfermedad o una condición médica que le produce un sufrimiento o una situación de indignidad que a él le resulta intolerable (Cohen, 2017).

Según Cohen (2017), si las personas con una enfermedad incurable supieran que en caso de preferir terminar con su vida no iban a recibir ayuda, tendrían que elegir entre padecer su sufrimiento hasta que mueran o suicidarse cuando todavía se encuentran suficientemente bien como para intentar hacerlo por sí solas. Esto supondría, en caso de lograr su objetivo, que esos individuos dejen de vivir un tiempo que posiblemente hubieran querido vivir. Aun así, muchos pacientes no tendrían la posibilidad de tomar esa decisión por no haberse dado cuenta a tiempo de la gravedad de su padecimiento. Por otra parte, para que los enfermos pudieran procurarse una muerte sin dolor, actuando por sí mismos, el acceso a drogas letales, restringido a los médicos, tendría que liberarse. Esto sería muy cuestionable, ya que se favorecerían muchos suicidios que sí deberían evitarse porque no serían producto de una reflexión deliberada, sino de un impulso desesperado que podría desaparecer con la ayuda adecuada

La discusión sobre la conveniencia de permitir legalmente la eutanasia es un tema muy controvertido en muchos países. Un sólido argumento a favor de hacerlo es que si se acepta que la práctica existe de manera clandestina, la manera más eficaz de evitar sus abusos es conociendo cómo se aplica para regularla de acuerdo a los principios que la sustentan: la autonomía del enfermo y la solidaridad a la que tiene derecho.

Por otro lado, una razón de peso en contra de legalizar la eutanasia es que algunas personas podrían sentirse presionadas a pedirla por el hecho de que fuera legal. Sin duda, es del todo indeseable que un ser humano que no quiere morir se sienta emocional o socialmente obligado a pedir su muerte. Por eso, en los Países Bajos cuando un enfermo solicita una eutanasia el médico debe asegurarse de que su petición ha sido auténticamente libre. Esto significa confirmar que la persona no ha pedido la muerte como resultado de un estado de depresión o desesperación y que no ha habido ninguna forma de presión por parte de los individuos cercanos al paciente para que éste pida la eutanasia (Cohen, 2017)

Preocupaciones como la anteriormente señalada forman parte de uno de los argumentos más utilizados para no legalizar la eutanasia, el cual se conoce como la pendiente resbaladiza. Este argumento afirma que la permisividad de la práctica lleva inevitablemente a terminar con la vida de personas en contra de su voluntad. Más que un argumento fundamentado en razones, funciona, en gran parte, por su peso psicológico. Con él se llama la atención sobre una acción indeseable, sobre cuya valoración nadie puede estar en desacuerdo, pues consiste en dar muerte a personas que querrían seguir viviendo. Sin embargo, el argumento no demuestra que esa acción indeseable sea consecuencia de legalizar la eutanasia. Permitir a los médicos provocar la muerte de enfermos que voluntariamente solicitan esta ayuda no tiene por qué causar que algunos médicos den muerte a enfermos o ancianos que no han manifestado que quieren morir.

Quienes defienden la eutanasia también piensan que esas acciones (matar en contra de la voluntad de las personas) deben evitarse porque no se estarían respetando los requisitos excepcionales en los que puede permitirse acelerar la muerte de un enfermo. Pero al mismo tiempo piensan que no debe impedirse una acción que se considera éticamente aceptable por el hecho de que se corra el riesgo de abusar de ella, como existe con cualquier acción que queramos imaginar. Sabemos que hay muertes que se producen como consecuencia de cirugías que no deberían haberse realizado o de conductores que no deberían haber manejado, pero de esto no se deduce que deban prohibirse las cirugías o que la gente maneje. Se trata, más bien, de establecer todos los controles necesarios para evitar los riesgos (Cohen, 2017).

Finalmente, hay que mencionar que tanto en los Países Bajos como en Oregón el hecho de que se permita la muerte médicamente asistida no ha provocado que ésta se haya incrementado de manera significativa. Lo que sí ha aumentado de manera notable es el interés de muchos médicos por aprender más acerca del control del dolor y las necesidades de atención de los enfermos terminales.

Otros argumentos dados en contra de las prácticas eutanásicas y de su legalización es que la vida al igual que la libertad son derechos irrenunciables, son bienes de la humanidad por lo cual no pueden suprimirse ni siquiera a petición del propio individuo. También se argumentó diciendo que la eutanasia no es un acto que se de en pos de la libertad de las personas ya que en los casos en que se llega a la vía judicial es el juez quien va a tener la decisión final acerca de quién debe vivir y quién no.

Quienes no aceptan la eutanasia también han dicho que la misma no es un acto médico ya que su finalidad no es la curación ni la eliminación de dolor. Piensan que se debe recurrir a los cuidados paliativos para alcanzar una muerte digna de la persona rodeada de sus afectos y con la ayuda médica mediante la asistencia necesaria para trascurrir este momento sin sufrimiento físico (Cohen, 2017).

No se puede dejar de mencionar los argumentos religiosos, para las personas que profesan la fe en Dios o en un supremo creador y para la iglesia, es Dios quien la da la vida por lo cual es sólo Él quien la quita.

Bajo todos estos argumentos se dieron discusiones interminables, con certeza todavía no se han terminado y las opiniones controversiales seguirán existiendo, sólo queda decir que solamente quien se encuentra atravesando una enfermedad terminal o tiene un familiar en dicha situación sabrá qué es lo correcto para él o para ese ser cercano.

1.5. La medicina y la eutanasia. Consideraciones éticas y jurídicas.

En torno a la medicina y en relación a las prácticas eutanásicas se pone en tela de juicio cuál es la función de los médicos y cuál es el límite de su responsabilidad.

Las preguntas que surgen son: ¿Tiene el paciente derecho a pedir esa ayuda a su médico para terminar con su vida?, ¿Tiene el médico algún deber de responder a esa petición?, ¿Debe el Estado respaldar los derechos del paciente y el deber del médico? Las preguntas sobre los derechos de los pacientes se plantean en el sentido de cuestionar si se pueden considerar peticiones válidas, sin pretender que impliquen una obligación desde el punto de vista jurídico. Es importante evidenciar que en los lugares en los que se permite legalmente la eutanasia, los médicos nunca están obligados a aplicarla. Esto es en un sentido general si consideran que tal acción va en contra de sus valores, pero también en cada caso en particular en el que deben evaluar si están de acuerdo con la decisión de ese paciente que les pide ayuda (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012)

No se puede dejar de mencionar que el término “muerte” ha variado con el tiempo en el campo de la medicina por la aparición constante y permanente de nuevas técnicas que prolongan las funciones vitales de las personas. Dice el Foro Consultivo Científico y Tecnológico de México al respecto:

Durante muchos años el concepto médico de ‘muerte’ era el mismo que el del público en general, o sea, la suspensión permanente de las funciones cardiorrespiratorias; el miedo a ser enterrado vivo hizo que en el pasado el lapso considerado prudente para afirmar la irreversibilidad del proceso se prolongara hasta por 72 o más horas, antes de certificar la muerte. Sin embargo, a partir de la década de los 50, los avances en terapia intensiva permitieron mantener las funciones cardíaca y respiratoria durante tiempos prácticamente indefinidos en sujetos que obviamente ya estaban muertos. Al mismo tiempo, el progreso en el uso clínico de trasplantes de órganos y tejidos para el tratamiento de distintas enfermedades graves renales, hepáticas, cardíacas y de otros órganos, cuyos resultados son mejores si se usan órganos obtenidos de sujetos recién fallecidos, aumentó la presión para reconsiderar el diagnóstico de muerte. En 1966, un grupo de médicos de la Universidad de Harvard propuso el concepto de ‘muerte cerebral’, que se fue modificando a lo largo de los años y que en la actualidad ya se acepta internacionalmente (2008, p. 104).

Algunas legislaciones definen la muerte cerebral, así lo hace la Ley General de Salud de México que establece cuáles signos deben presentarse en la persona para que sea considerado muerto: debe haber pérdida permanente e irreversible de la conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales; ausencia de automatismo respiratorio, y se debe evidenciar un daño irreversible del tallo cerebral. Con el avance de la ciencia, hoy es más difícil determinar cuando la persona ha fallecido y cuando hay posibilidades de que siga viviendo bajo el uso de medios artificiales que pueden extender la vida por mucho tiempo. Lo explica Serrano Ruíz Calderón:

El problema se encuentra en la fijación del momento de la muerte, en la definición de unas condiciones manifiestamente observables, que nos digan que ya no estamos ante un vivo sino ante un hombre muerto. Esta dificultad era prácticamente irrelevante en el pasado. Bastaba esperar, o en todo caso hacer todo lo posible por recuperar al enfermo y, una vez realizada estas acciones, abandonar cuando no habían dado resultado. En la actualidad, y dentro de la medicina tecnificada, esta dificultad se ha convertido en un problema de primer orden (Serrano Ruíz Calderón, 2007, p. 135).

En el mismo sentido, lo explica claramente Jesús Colombo:

En cuanto a la lucha contra la muerte, las nuevas tecnologías han determinado el inicio de un periodo de confusión: los signos clásicos de la muerte clínica -parada cardiaca y ausencia de respiración- han perdido vigencia. Por una parte, enfermos diagnosticados como clínicamente muertos se han recuperado; por otra, han surgido serias dudas sobre la verdadera situación de un paciente con pérdida irreversible de toda función nerviosa – incluido el control de las funciones vegetativas- cuya respiración y circulación se mantiene artificialmente (Colombo, 1994, p. 165).

Algunas prácticas médicas han hecho imprescindible determinar el momento exacto de la muerte. Tal es así que en los trasplantes de órganos es fundamental para no extraer un órgano de una persona viva ocasionándole la muerte y además por el acto de extracción debe ser inmediatamente posterior a la muerte del donante para que el órgano pueda ser utilizado y el trasplante de resultados positivos.

Habiendo establecido lo que es muerte y dejando ya claro que la determinación de la misma es compleja, en la actualidad debido a los avances científicos y médicos ahora expondrá qué pasa con los médicos que asisten a los pacientes en momentos tan cruciales como lo es la eutanasia, sus objeciones morales y el juramento hipocrático. Ante las prácticas eutanásicas el médico se convierte en el medio por el cual el enfermo o su

familia en caso de que este no pueda hacerlo, logra la muerte del paciente (García-Viniegras, Gonzalez Blanco, 2016).

Dice José Miguel Serrano Ruiz Calderón “La eutanasia, incluso en la forma edulcorada en que la presentan sus partidarios, convierte al médico en administrador de la muerte, modificando su responsabilidad respecto a la función que podemos considerar propia” (Serrano Ruiz Calderón, 2007, p. 296). Para autores como Serrano Ruiz Calderón, las funciones del médico son las de asistir al enfermo hasta el último día utilizando los medios de los que dispone médicamente para calmar su sufrimiento, acompañándolo a él y a su familia a sobrellevar una situación tan difícil, pero de ninguna manera es una función propia del médico la de causar la muerte de su paciente, aún ante el pedido del mismo ya que su responsabilidad y el Juramento Hipocrático no se lo permiten.

Los límites en cuanto a la profesión médica están establecidos en el Juramento Hipocrático, a saber:

- Confidencialidad respecto del paciente, el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad por lo cual el médico debe ser discreto y confidencial;
- Prohibición de mantener relaciones sexuales con el paciente; y
- Prohibición de suministro de drogas letales, aunque sea solicitado por el paciente.

Sobre el Juramento Hipocrático algunos autores han sostenido que, en la medicina de la actualidad, regida por mantener la calidad de vida del paciente en todos sus aspectos, debe regirse por otros parámetros que difieren de lo establecido en el Juramento. Hace treinta años atrás el Juramento Hipocrático era incuestionable y debía seguirse a rajatabla por quienes ejercían la medicina, en la actualidad, se cuestiona su vigencia por ser obsoleto e inadecuado para la práctica actual de la medicina (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012)

Es importante destacar en este punto, cual es el criterio que deben seguir los médicos que debido a sus convicciones estén en contra de las prácticas eutanásicas y en el

país en que ejercen la medicina las mismas estén legalizadas. Es una cuestión controversial que enfrentan a diario muchos profesionales de la salud en diversos países. Sobre este aspecto dice Serrano Ruiz Calderón:

La gravedad del problema queda reflejada en la complicada cuestión de la objeción de conciencia. De forma creciente, ante la vigencia de leyes injustas, en multitud de países nos encontramos ante la dificultad de ejercer la actividad médica en la sanidad pública ante las exigencias legales incompatibles con una conciencia mínimamente formada. La cuestión es tan grave que en algunos países se exigen compromisos en las propias escuelas de enfermería que son incompatibles con el respeto a la libertad de conciencia (Serrano Ruiz Calderón, 2007, p. 317).

1.6. Casos emblemáticos.

Ahora se procederá a enumerar algunos de los casos que son considerados emblemáticos y que han conmovido al mundo.

- Suicidio en pareja en Suiza. En julio de 2009, uno de los más respetados directores de orquesta del Reino Unido, sir Edward Thomas Downes y su esposa, Joan, se suicidaron en un centro de eutanasia de Suiza, según informaron ayer sus hijos. Los protagonistas tenían 85 y 74 años respectivamente, quienes lograron morir en paz y en las condiciones que ellos querían.
- Pedido de eutanasia en Polonia. En febrero de 2009, un caso despertó la polémica en Polonia. Aquí la madre de un joven solicitó a la justicia de su país que dejaran morir a su hijo, un hombre de 40 años que pasó sus últimos 24 en estado vegetativo.
- Conmover caso en Italia. (el desenlace de Eluana Englaro), la mujer italiana que mantuvo en vilo al mundo por el pedido desesperado de su familia por la eutanasia. Unos días antes, fue desconectada de los aparatos que la alimentaban en una clínica, como autorizaba una sentencia del Tribunal Supremo, a raíz de un pedido de su padre. La mujer, de 38 años, había permanecido 17 en estado vegetativo.
- Permiso para morir en España. En marzo de 2007, Inmaculada Echevarría, la española que padecía distrofia muscular progresiva, logró cumplir su deseo de una

muerte digna. Para ello logro que se le retirara el respirador, tras varios años de lucha por su eutanasia. Unos días antes recibió la aprobación oficial para poder morir.

- Ramón Sanpedro, 1998. Fue un marino español. En el año 1968, se cae al mar y se golpea la cabeza con unas rosas sufriendo una sección medular. Vivió 30 años con tetraplejía. A pesar de solicitar la eutanasia los tribunales españoles no se la concedieron. Decidido a morir, pidió ayuda a 11 amigos para suicidarse con cianuro. Dividió la tarea entre 11 amigos para que la justicia no pudiera inculpar a ninguno. En la Navidad de 1998 grabó su suicidio. Escribió: “El derecho de nacer parte de una verdad: el deseo de placer. El derecho de morir parte de otra verdad: el deseo de no sufrir. La razón ética pone el bien o el mal en cada uno de los actos. Un hijo concebido contra la voluntad de la mujer es un crimen. Una muerte contra la voluntad de la persona, también. Pero un hijo deseado y concebido por amor es, obviamente, un bien. Una muerte deseada para liberarse de un dolor irremediable, también”.
- Terri Schiavo, 2005. En 1990 sufrió un paro cardíaco secundario a disminución de potasio debido a un desorden alimenticio. El paro le produjo un estado vegetativo persistente. Lo único que mantenía a Terri con vida era la alimentación a través de una sonda nasogástrica. Su esposo solicitó ante los tribunales que le retiraran la sonda y que ella le había pedido que no la dejara vivir si llegaba a estar en ese estado. Seis médicos corroboraron el diagnóstico de estado vegetativo persistente y se autorizó que la sonda que la mantenía con vida fuera retirada. Los padres de Terri se oponían a la decisión de su yerno y pelearon contra él utilizando el poder de los medios y a la iglesia católica. Tres veces se retiró y se volvió a colocar la sonda; la batalla duró 15 años. En 2005 el Tribunal Supremo de Estados Unidos permitió que la sonda fuera retirada definitivamente. Terri murió 13 días después.
- Chantal Sébire, 2008. Chantal Sébire sufrió por ocho años las consecuencias de un estioneuroblastoma; además de deformar su cara, le provocó dolores insoportables y la pérdida de la vista, el gusto y el olfato. En Francia, de donde era originaria Chantal, la eutanasia activa no era legal, por lo que hizo un llamado público al entonces presidente Nicolás Sarkozy y a los tribunales mostrando su

desfigurado rostro en los medios para solicitar una inyección letal que terminara su sufrimiento. El 17 de marzo de 2008 los tribunales fallaron en su contra. Dos días después, a los 52 años, se suicidó.

- Edward Thomas Downes y Joan Thomas, 2009. Sir Edward Thomas Downes, de 85 años, era considerado uno de los mejores directores de orquesta británicos. Su esposa Joan, de 74 años, era productora y coreógrafa. La salud de ambos, de acuerdo a sus hijos, estaba muy deteriorada: él casi sordo y ciego, ella con cáncer terminal. Aquejados por la enfermedad, decidieron morir juntos. La eutanasia y el suicidio asistido son ilegales en Reino Unido por lo que viajaron a la clínica Dignitas en Suiza, donde murieron por suicidio asistido, en la misma cama, después de 54 años de matrimonio.
- Eluana Englaro, 2009. En 1992 Eluana Englaro sufrió un accidente automovilístico que la dejó en estado vegetativo a los 22 años. Su padre fue quien solicitó a la corte italiana permiso para suspender la alimentación que la mantenía con vida, en virtud con lo había expresado su hija en caso de sucederle un accidente. La corte se lo negó en dos oportunidades, en 1999 y en 2005. En el año 2007 pidió un nuevo juicio y en 2008 obtuvo la aprobación de la Corte. Esto suscitó la rotunda oposición del entonces primer ministro Silvio Berlusconi y del Vaticano. El 6 de febrero de 2009 Berlusconi redactó un decreto que pretendía mantener a Eluana con vida, pero el presidente Giorgio Napolitano no lo firmó. El 9 de febrero de 2009, 17 años después del accidente, el padre de Eluana la trasladó a un hospital donde la desconectaron y cuidaron de ella hasta su muerte.
- Marc y Eddy Verbessem, 2013. Los gemelos belgas Marc y Eddy Verbessem nacieron sordos. Trabajaban como reparadores de zapatos y compartían un apartamento. Aunque independientes de sus familiares, eran dependientes el uno del otro. A los 45 años les diagnosticaron una enfermedad ocular degenerativa que los dejaría ciegos. Su hermano mayor comentó que ellos no podían soportar la idea de no volver a verse y ser completamente dependientes por la falta de ambos sentidos. Esto los llevo a pedir la eutanasia.
- Valentina Maureira, 2015. Valentina Maureira tenía 14 años cuando decidió que estaba cansada de vivir con fibrosis quística, enfermedad genética que provocó la

muerte de su hermano mayor a los seis años. A través de un video, en febrero de 2014, Valentina le pidió a la presidenta chilena Michelle Bachelet que le autorizara una inyección para así morir. La presidenta fue a visitar a Valentina en el hospital, pero no pudo acceder a su solicitud pues la eutanasia es ilegal en Chile. Dos meses después Valentina murió por insuficiencia respiratoria, una complicación de la fibrosis quística.

- José Antonio Arrabal, 2017. Este es el caso de un electricista español de 58 años que fue diagnosticado con esclerosis lateral amiotrófica en 2015. La enfermedad tenía un progreso muy rápido y limitaba cada día más su movilidad y su respiración. En 2017 decidió que quería poner fin a su vida y lanzó una petición en internet para despenalizar el suicidio asistido en España. Al no obtener respuesta favorable de las autoridades se suicidó con un medicamento que consiguió por internet. Logró su objetivo antes de que la inmovilidad le impidiera ingerir el medicamento con su propia mano y ya no tuviera alternativa. José Antonio se aseguró de que sus familiares no estuvieran en casa ese día y grabó todo para que no fueran inculcados.
- Medica Holandesa Gertrude Postma, 1973. En 1973 la médica holandesa Gertrude Postma fue juzgada por ayudar a morir a su madre, sorda, ciega y dependiente tras un infarto cerebral. El juez consideró que no existía ninguna alternativa terapéutica para aliviar el sufrimiento de la enferma y la condenó a una pena simbólica. En 1985 se constituyó una Comisión Estatal para la Eutanasia que, siete años más tarde, presentó un informe favorable a su regulación. Finalmente, en 2001, se aprobó la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, en vigor desde el 1 de abril de 2002, que establece los requisitos que hacen impune la eutanasia que, como la ayuda al suicidio, siguen prohibidas en el Código Penal salvo en el caso de ser practicadas por un médico, siguiendo los requisitos exigidos por la ley cuyo cumplimiento vigila una comisión regional de comprobación. Si no se cumplen los requisitos, esta comisión se lo comunicará al ministerio fiscal para, si procede, aplicar el Código Penal.

1.7. Legislación comparada.

Como se mencionó con anterioridad a lo largo de este trabajo, hay países en que, tras años de discusiones y opiniones contrapuestas, optaron por la legalización de la eutanasia como una práctica médica.

La eutanasia ha sido despenalizada para algunos supuestos en Holanda desde el 01 de abril del año 2002, día en que entró en vigor la nueva ley que regula este tema. Según la nueva normativa los pacientes terminales que se encuentren afectados por sufrimientos insoportables podrán ser ayudados, si lo quieren, a morir por sus médicos, que deberán atenerse a medidas concretas.

Holanda fue por este motivo el primer país del mundo en legalizar la eutanasia en el año 2002. Esta Ley establece que el médico deberá tener la convicción de que se trata de un pedido solicitado por el paciente, tras un pedido de reflexión, debiendo el enfermo estar en una condición clínica irreversible y además padecer sufrimientos insoportables. Asimismo, se establece que cada caso deberá ser elevado a una comisión formada por un jurista, un médico y un especialista en ética. La norma solo permite la muerte voluntaria si el paciente padece una enfermedad incurable. Quien realice la práctica de la eutanasia deberá estar persuadido de que el paciente ha hecho una elección voluntaria y bien meditada. En líneas generales, el médico, antes de aceptar la petición, deberá consultar con un colega independiente que podrá dar su consenso por escrito sólo tras haber verificado las condiciones del paciente. La ley reconoce la validez de una declaración escrita en la que se expresa la intención de recurrir a la eutanasia, incluso en el caso en que el paciente no sea ya capaz de decidir (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

Será posible pedir la eutanasia a partir de los 16 años, y de los 12 a los 16 es necesaria la aprobación de los padres. El respeto de todas las condiciones necesarias será verificado por comisiones de vigilancia integradas por tres especialistas en materia legal, médica y ética.

Para conocer sus fundamentos no hay más que verificar el contenido del texto del proyecto cuya propuesta normativa fue finalmente legalizada. Según éste, el auxilio a la muerte dulce no será considerado un delito siempre que el médico actúe respetando

criterios muy estrictos, a saber: que el enfermo esté sometido a un sufrimiento insoportable sin que exista perspectiva de mejora alguna, que le haya expresado repetidamente su voluntad de morir, y que el médico pida la opinión a otro colega. El médico está obligado a informar con toda claridad a una de las cinco Comisiones Regionales integradas por un jurista, un ético y un médico, que estudiarán el caso y juzgarán si se han respetado los requisitos. En caso contrario informarán al Ministerio Fiscal que abrirá una investigación judicial. El Código Penal establece que en los casos que los médicos no hayan respetado las condiciones se enfrentan a hasta doce años de cárcel si han participado activamente y hasta tres, si se han limitado a proporcionar al enfermo los medios para que se quite la vida por sí mismo (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

Aunque aceptando los casos de graves enfermedades psíquicas, la ley hace especial hincapié en que el sufrimiento del paciente tiene que ser "insoportable" objetivamente. No sólo los partidos políticos, sino también sectores tradicionalmente al lado de la regulación de la eutanasia como el Colegio de Médicos, dejaron claro durante los debates previos que el llamado caso Brongersma, ha ido demasiado lejos. Sentó un precedente jurídico importante: un juez holandés absolvió a un médico que practicó la eutanasia a un enfermo sano de avanzada edad que tan sólo sufría de "falta de ganas de vivir", como él mismo lo expresó.

El nuevo marco legal reconoce además las declaraciones de voluntad escritas en las que un paciente exprese su deseo de morir cuando se den determinadas condiciones, como una petición suficiente de auxilio a la muerte. Esto permitirá a los médicos practicar la eutanasia a personas que, por encontrarse inconscientes, en coma o sufriendo algún tipo de demencia o enfermedad psiquiátrica, no pueden expresamente reclamar su derecho a morir, pero si ya lo han hecho con anterioridad a padecer la enfermedad.

Los holandeses están muy orgullosos de su libertad personal y tienen como principio afrontar los dilemas de la vida con honestidad y realismo. Una encuesta realizada en 1998 por la Universidad de Erasmo de Rotterdam determinó que siete millones de holandeses, de una población total de 15 millones, encuentran que las personas deben decidir por sí mismas si optan por la muerte voluntaria. Incluso la

mayoría de los católicos comparte este sentimiento. Esto es preferible a la hipocresía que existe en esta materia en numerosos países, donde la eutanasia pasiva y activa se practica con regularidad, pero en la clandestinidad para eludir las leyes que la penalizan o evitar el desprestigio y la persecución social a la que son sometidos los médicos que deciden ayudar a morir dignamente. Tarde o temprano todos los pueblos se verán obligados a enfrentar el tema. En Bélgica, la ley de eutanasia, la segunda en el mundo después de la holandesa, pone dos condiciones para la terminación anticipada de la vida: el paciente debe estar afectado por una enfermedad incurable y padecer un sufrimiento físico o psíquico insoportable. En el caso que el paciente no sufra de una enfermedad incurable, el médico deberá tomarse un mes de reflexión y pedir el consejo de dos colegas (Cohen, 2017)

En mayo de 2002 Bélgica aprobó la ley que despenalizó la eutanasia. A diferencia de la holandesa, esta ley belga no diferencia el suicidio asistido de la eutanasia. La ley belga establece para la legalidad de la eutanasia unos estrictos requisitos y la declaración de los casos antes de los cuatro días a la Comisión Federal de Control y de Evaluación, quien se asegura del cumplimiento de las condiciones de legalidad. En este país, paralelamente a la aprobación de la ley relativa a la eutanasia, se introdujo la legislación sobre cuidados paliativos que establece que todos los belgas deben tener acceso a este tipo de asistencia en condiciones adecuadas (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

Se estima que en Bélgica hay cada año unos 600 casos de eutanasia. En base a investigaciones científicas se pudo verificar que, en Flandes, un 40 por ciento de los fallecimientos es a consecuencia de intervenciones médicas. Tan sólo un 1 por ciento de estos casos se produce a petición del paciente. Precisamente para poder combatir con estas situaciones dudosas, los partidos gubernamentales de Bélgica decidieron establecer un reglamento legal.

La ley de eutanasia sólo es aplicable a personas mayores de 18 años, capaces de hacer la petición por sí mismas. También es posible suscribir un testamento, que entra en vigor cuando el paciente cae en estado de coma. Dicho testamento debe ser renovado cada cinco años.

Cabe destacar que esta ley no estipula ninguna pena para un médico que viola los reglamentos. Cada médico que practica la eutanasia debe informar, a posteriori, a una comisión de evaluación. Si esa comisión llega a la conclusión de que el médico ha obrado indebidamente, informa a la justicia. En tal caso el médico puede ser acusado de asesinato.

La parcialidad parlamentaria democristiana se opuso enérgicamente a este sistema. Además de ello, no estuvo de acuerdo en que la nueva ley rija también para personas que no padecen de ninguna enfermedad terminal y para aquellos que sufren problemas psíquicos.

En Alemania, algunos casos de gran repercusión mediática dieron lugar a la iniciativa de un grupo de intelectuales (Alternativ-Professoren) integrado por abogados penalistas y médicos de distintas especialidades que se enfocó en el Proyecto Alternativo sobre el hecho médico eutanásico y la ayuda al suicidio de 1986, que si bien no logró consagración legislativa, ejerció una gran influencia en la opinión especializada alemana que a partir de allí comenzó a debatir sobre este tema con la conciencia de que se está ante un problema que debe ser resuelto (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

El proyecto regulaba la eutanasia pasiva y la distanasia determinando que quien no prosiguere u omitiere medidas de conservación de la vida no actúa antijurídicamente si el afectado se lo pide expresa y seriamente, o cuando éste, según el criterio médico, ha perdido la conciencia de modo irreversible o, en el caso de un recién nacido con gravísimas deficiencias. El problema del consentimiento se puede suplir disponiéndose que no es antijurídica la acción de proseguir u omitir medidas de conservación de la vida cuando puede suponerse que el paciente, dada la duración y evolución de su estado de sufrimiento desesperado, en especial, dada la inminencia de su muerte, rechazaría el tratamiento. Por último, se prescribe la justificación de la eutanasia activa indirecta estableciendo que no actúa antijurídicamente quien, como médico, o con autorización médica, adopta en enfermos moribundos, con su consentimiento expreso o tácito, medidas para el alivio de estados de dolor intenso no remediables de otro modo, aunque así se acelere la producción de la muerte como efecto secundario inevitable.

El Proyecto italiano presentado por un grupo de parlamentarios en 1984, permitía al médico abstenerse de mantener acciones terapéuticas ya iniciadas o iniciar unas nuevas, contra la voluntad personal y conscientemente prestada por el afectado, cuando se trata de un enfermo en condiciones terminales, sin que la interrupción del tratamiento implique la de los cuidados que no incidan directamente en el desenlace de la enfermedad y se orienten a aliviar los sufrimientos del enfermo. El proyecto hablaba de dos profesionales de necesaria actuación: el que tenga a su cuidado al enfermo o accidentado, y un especialista en técnicas de reanimación, debidamente autorizado por la institución sanitaria, encargado de certificar la situación en que las técnicas de abstención pueden ser practicadas (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

En España, ante la prohibición del Código Penal (con base en la Constitución de 1978) que sanciona con penas muy severas a las acciones que pueden configurar formas eutanásicas, equiparándolas a formas de suicidio y homicidio, han surgido diversos proyectos de modificaciones legislativas intentando diferenciar las acciones, su respectiva tipificación legal, y con ello la sanción correspondiente, no habiendo logrado ninguno de ellos consagración legislativa debido a la oposición católica. No obstante, ello ha sentado las bases de un centro firme de ideas que cada vez gana más adeptos. El más innovador en materia jurídica ha sido el Proyecto denominado “Propuesta Alternativa al tratamiento jurídico de las conductas de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida” de 1993 (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

Este documento propone cambios en las leyes de sanidad, de contrato de seguro, y en el código penal, sosteniendo que ha de ser un deber médico la interrupción o no iniciación de tratamientos que se limiten a mantener temporal o permanentemente una vida carente de conciencia de modo irreversible, o a prolongar artificialmente un proceso irreversible de muerte, o bien asegurar la supervivencia de un recién nacido a costa de un uso masivo y permanente de los procedimientos o aparatos propios de la medicina intensiva. La intención del paciente o sus representantes legales es fundamental. Se prevé también la aplicación de tratamientos directamente orientados a eliminar o mitigar los graves sufrimientos no evitables de otro modo, aun cuando esto conlleva de un modo colateral a un acortamiento de la vida.

En materia penal, aparte de proponer penas sustancialmente menores a las vigentes para los casos de homicidio consentido y cooperación e inducción al suicidio, avanza en una propuesta de despenalización de la eutanasia activa directa estableciendo que no va a ser punible la producción de la muerte del paciente por parte del médico o de la persona bajo su dirección, si media voluntad expresa, libre y seria de una persona mayor de 18 años de edad que tenga capacidad natural de juicio, siempre que ésta padezca graves sufrimientos no evitables ni notoriamente atenuables de otro modo y que se deriven de una afección incurable que le conducirá próximamente a la muerte o que, siendo permanente, le incapacita de manera generalizada para valerse por sí misma. Para la normativa española, el rechazo de tratamiento por parte del paciente o de sus representantes legales no constituye un acto de eutanasia, aunque pueda conducir a la muerte. La renuncia o la no aceptación de un tratamiento es un derecho reconocido por la Ley General de Sanidad¹, que regulo los derechos de los pacientes, por primera vez, ampliándose luego por la Ley Básica de Autonomía del Paciente año 2002 (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en la retirada, o no inicio de medidas de tratamiento que, dada la situación del enfermo, solo servirán para dilatar y prolongar un estado no deseable de sufrimiento sin un objetivo. Pero, así como el rechazo al tratamiento es un derecho del paciente, limitar el esfuerzo terapéutico es una obligación del profesional para evitar la obstinación o encarnizamiento terapéutico en su praxis médica.

Asimismo, el tratamiento legal de la eutanasia y del suicidio en España difiere según las personas que intervienen en ambas conductas: mientras que desde el Código Penal de 1848 el suicidio no es un delito y el suicida es impune, es decir que nadie podría ser perseguido tras un intento de suicido fallido, la eutanasia y las diferentes formas de colaboración al suicidio son conductas ilícitas tipificadas en el art. 143 del vigente Código Penal² del 1995 que modificó sustancialmente lo previsto en el anterior sobre el suicidio y la colaboración al suicidio.

¹ Ley 14/1986. General de Sanidad Española.

² Art. 143 de Ley 10/1995. Código Penal Español.

En tanto que algunos médicos en Francia, como el oncólogo León Schwartenber y el académico Timothy Quill, ayudan a morir a muchos de sus enfermos terminales; el Parlamento francés decidió definitivamente acerca del final de la vida negándose expresamente a legalizar la eutanasia, pero incorporando un derecho a "dejar morir" que permite interrumpir un tratamiento o rechazar el ensañamiento terapéutico. El Senado aprobó la versión votada por unanimidad en la Asamblea de Diputados. Las parcialidades socialistas y comunistas abogaron por una ayuda activa a morir, pero al no prosperar su postura abandonaron el hemiciclo en señal de protesta. Lejos de la casi unanimidad de los diputados, en el Senado se quedaron solos en el momento de la votación los representantes de la mayoría gubernamental que aprobaron el texto que contempla que una persona en fase terminal puede decidir, por sí o por sus representantes, limitar o interrumpir todo tratamiento.

En febrero del 2008 Luxemburgo se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia, aprobando la ley sobre el derecho a la muerte digna. La experiencia de Holanda y Bélgica, países pertenecientes a la unión fronteriza Benelux, demostraba que no hay riesgo de abuso con estas legislaciones.

Un caso diferente lo expone Suiza. En este país la eutanasia es delito, pero no el auxilio al suicidio, con la peculiaridad de que no tiene que contar con la asistencia del médico, necesario únicamente para la prescripción del fármaco letal, quedando la ayuda en manos de las organizaciones no gubernamentales. El requisito ineludible del auxilio al suicidio es que detrás de la actuación de quien ayuda no hay ninguna motivación egoísta ni de tipo personal o económico. Si esto se llegase a acreditar, el responsable sería perseguido penalmente.

En Estados Unidos, treinta y dos de sus estados han dictado normas sobre la facultad del paciente de controlar el alcance de las virtuales acciones terapéuticas a efectuarse en el futuro a su respecto. Se regulan las llamadas decisiones de vida (living will), en nuestra terminología "testamentos vitales". Tales documentos tienden a cubrir el aspecto formal del "consentimiento informado" del paciente (informed consent) respecto de la eventual interrupción del tratamiento y de los cuidados, en caso de configurarse un cuadro irreversible.

La modalidad eutanásica activa cuenta en EEUU con un activo sostenedor: el médico patólogo Jack Kevorkian quien inventó una máquina parecida a la que existe en las cárceles para los condenados a muerte, mediante la cual por tres tubos se le inyecta al enfermo suero fisiológico, tiopental y cloruro de potasio; y participó activamente en múltiples casos de ayuda ejecutiva al suicidio de enfermos terminales para evitar sus sufrimientos.

En 2008 en Washington (EEUU) el electorado voto a favor de la iniciativa para legalizar el suicidio asistido aprobando la Washington Death with Dignity Act. El 5 de diciembre de 2008 un juez del Estado de Montana (EEUU) dictaminó que los enfermos terminales tienen el derecho a la libre administración de dosis letales de medicamentos recetados por un médico, sin que pueda haber sanción legal contra los profesionales. En diciembre de 2009 la Corte Suprema de Montana sostuvo que ningún precedente legal indica que la asistencia médica en la muerte esté en contra de las políticas públicas, por lo que, el suicidio asistido es legal en el Estado (Cohen, 2017)

Colombia es el único país del mundo en el que la práctica de la eutanasia ha sido reconocida como un derecho fundamental por su Tribunal Constitucional. Constituye un derecho de los enfermos directamente derivado del reconocimiento constitucional de la dignidad y la libertad individual. Siempre que el sujeto sufra una situación terminal con dolores insoportables, el Estado no puede oponerse ni a su decisión de morir ni a la de solicitar la ayuda necesaria para ello. Sin embargo, el último código penal colombiano del 2000 hace caso omiso del alto tribunal penalizando la eutanasia, por lo que la situación actual es ambigua.

El Código Penal Peruano prevé una pena no mayor de tres años para quien mata por piedad a un enfermo incurable que lo solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, manteniéndose así, aunque con una exigua franja punitiva, en la postura mayoritaria que desconoce toda excepcionalidad a las situaciones eutanásicas.

En Uruguay se faculta a los jueces para eximir de pena al homicidio piadoso; permitiéndosele al juez exonerar de castigo al autor del homicidio (generalmente un

médico) efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012).

1.8. Conclusión Parcial.

La intención de este capítulo fue tratar de exponer los conceptos básicos de la eutanasia y su clasificación. Desarrollando así mismo su evolución en la historia. Que luego se conceptualizó en su diferencia con el suicidio y suicidio asistido, exponiendo y remarcando que en el suicidio asistido se le proporcionan medios al paciente para poner fin a sus días, pudiendo enfatizar y marcar la diferencia con la eutanasia radicando fundamentalmente en quien es el que da muerte.

Posteriormente se detalló las posturas a favor y en contra de la eutanasia, considerando siempre la voluntad de la persona en cuanto a la decisión a adoptar respecto de su vida, y a tratar de evitar el sufrimiento del dolor. Y como fundamentos en contra el principal es el religioso pero también existe para aquellos que no profesan una religión.

También, se habló sobre la relación entre la medicina y el entorno que conlleva las prácticas de la eutanasia, no solo desde el punto de vista del médico en su promesa o jura por la vida, sino también desde el punto de vista del uso excesivo de procesos mecánicos para alargar la vida, sin una seguridad de que su utilización u aplicación implique su solución. Como se expuso las leyes existentes en el mundo, dan su favoritismo o su enemistada sobre este tema, pero queda aún pendiente para nuestra legislación su regulación.

Capítulo II: Muerte Digna.

2.1. Introducción Parcial.

La idea de la muerte es un tema que se convirtió en tabú a raíz del gran temor a lo desconocido, al sufrimiento, al dolor de los seres queridos. Pero en determinadas situaciones, cuando la vida de una persona que está atravesando sus últimos días y las técnicas médicas sólo prolongan un final irreversible, en estas ocasiones habrá que preguntarse si vivir en estas condiciones se asemeja al derecho que tenemos todos los seres humanos de llevar una vida digna incluso en los últimos momentos de vida. Dicen Luis Montes, Fernando Marín, Fernando Pedrós y Fernando Soler:

No sólo no hay contradicción alguna entre la lucha por lograr la dignidad en ambos procesos, vida y muerte, sino que a nuestro juicio no será posible una vida plenamente digna en tanto no consigamos la garantía de una muerte digna. El desarrollo de las tecnologías médicas ha propiciado un alargamiento de la existencia que no se ha acompañado necesariamente de calidad. Hemos conseguido añadir más tiempo a la vida, pero no más vida al tiempo. El resultado es que estamos hoy abocados a un último período vital desprovisto de control pleno y, consiguientemente, de la dignidad a la que tenemos derecho. Porque sólo con libertad es posible la dignidad, y no hay libertad plena en la vida mientras su final permanezca secuestrado (Montes, Marín, Pedrós y Soler 2012, p. 66):

La dignidad es considerada un derecho fundamental, sin el cual no se pueden ejercer correctamente los demás derechos del ser humano. La dignidad debe resguardarse y protegerse durante toda la vida incluso en los instantes que preceden a la muerte. Hay quienes en su lecho de muerte considerarán que dada las condiciones en que se lleva a cabo la vida no hay dignidad no sólo por el sufrimiento que padecen sino también por imposibilidad de decidir no continuar con la vida.

Según Montes, Marín, Pedrós y Soler (2012), la muerte digna va más allá de una muerte sin sufrimientos sino que para la mayoría de las persona no es el propio dolor o la propia incapacidad lo que genera indigna a la muerte sino, una negación del control para morir ya que, no se posee dignidad en la muerte sin la libertad de decidir sobre la misma.

2.2. Ley 26529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

La Ley 26.529³, trata de enfocar su objetivo en el cuidado y respeto de los derechos del Paciente, en relación no solo con los Profesionales sino también con las Instituciones de Salud. Esta ley desarrolla varios temas en distintos capítulos que se mencionarán a continuación.

En el capítulo 1 se enumeran y se conceptualizan los derechos esenciales, estos son: la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad y la interconsulta médica. Voy a proceder a conceptualizar brevemente cada uno de ellos:

- **Asistencia:** la ley determina que no debe existir ningún tipo de distinción en el paciente, ya sea por edad, religión, sexo, condición socio-económica, política o raza, debiendo ser asistido por el profesional, solo podrá no serlo cuando el mismo ya tenga un profesional competente que lo tenga a cargo.
- **Trato digno y respetuoso:** se establece un buen trato tanto al paciente como a sus familiares haciendo hincapié en el respeto a sus convicciones.
- **Intimidad:** aquí se trata de efectuar la reserva correspondiente de cada caso, referente a la documentación, información y custodia de la misma.
- **Confidencialidad:** el paciente tiene el derecho a que quienes intervienen en la elaboración y manipulación de la información de sus estudios guarden reserva de los mismos, salvo expresa disposición que emane de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.
- **Autonomía de la voluntad:** El paciente tiene derecho a aceptar los tratamientos o a rechazarlos.
- **Interconsulta medica:** El paciente tiene el derecho a que la información sanitaria sea entregada en forma escrita, con el fin de poder efectuar una interconsulta con otro profesional.

³ Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial. 21 de Octubre de 2009.

Un tema importante que desarrolla esta ley es la posibilidad de que el paciente dé directivas anticipadas, es decir, que anticipadamente el paciente, informe y deje por escrito, el consentimiento o rechazo a determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Igualmente, las mismas deberán ser aceptadas por el profesional a cargo, salvo que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que no tendrán ningún valor y se considerarán inexistentes.

Luego en el capítulo 4 se desarrolla la definición de historia clínica, la cual es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que se deberá agrupar toda la actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de salud. A su vez reglamenta el uso de la historia clínica informatizada, es decir, su desarrollo en soporte magnético, pero siempre debiendo mantener todos los controles a fin de lograr su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos. Para ello se deberán adoptar todas las medidas de seguridad a fin de evitar accesos restringidos. La ley enumera en este artículo cuales son los datos indispensables que deberá incluir la historia clínica, como ser, fecha de inicio, datos identificatorios del paciente, datos del profesional y su especialidad, registros claros de estudios realizados, antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si existieren y todo acto médico realizado o indicado, suministro de medicamentos, prácticas, estudios, evolución y en especial ingresos y altas médicas.

La historia clínica es única e inviolable, los establecimientos públicos o privados y los profesionales médicos, como titulares de consultorios privados deberán mantenerla por 10 años por la responsabilidad contractual. En relación a los legitimarios para solicitar la historia clínica, la ley establece que son el paciente, el representante legal, el cónyuge o la persona que conviva con el paciente, los médicos y otros profesionales del arte de curar. Se establece la posibilidad de efectuar la acción de habeas data, cuando el depositario de la misma se niegue a entregarla.

La ley finaliza determinando las sanciones factibles tanto por responsabilidad penal y civil en caso de incumpliendo de los profesionales y responsables de establecimientos.

Esta ley es una norma que consagra derechos del paciente pero omite por completo regular las obligaciones del paciente y derechos del profesional, la bilateralidad que caracteriza a todo contrato de asistencia médica supone, es decir, el deber de colaboración del paciente respecto de la labor de diagnóstico y terapéuticas que el médico lleva a cabo, como el derecho de este último al privilegio terapéutico, que habilita limitaciones al deber de informar cuando el buen criterio profesional así lo justifique.

La ley enuncia en sus primeros artículos una serie de derechos sin fijar sus límites y esta imprecisión genera muchas zonas grises.

2.3. Aspectos generales de la Ley Nacional 26.742 sobre Muerte digna.

En el año 2008 se sanciona en la provincia de Río Negro la Ley 4.264⁴ “Respeto a la calidad de vida y dignidad de los enfermos terminales – Derecho a la abstención o el retiro del soporte vital”. Esta ley, que entró en vigencia, el 12 de mayo de 2008, es la primera ley en Argentina que se refiere a la potestad de los enfermos terminales de obtener el retiro de los soportes vitales que en la ley se denomina “derecho de abstención”.

Impulsado por algunos casos relevantes que voy a mencionar en el apartado siguiente, en el año 2011 se produjo en el país un largo debate acerca del morir con dignidad. El 9 de mayo de 2012 el Congreso de la Nación sancionó la Ley 26.742⁵ llamada “Ley de muerte digna”. Esta ley fue promulgada el 24 de mayo de 2012 e incorporó significativas modificaciones a la Ley 26.529⁶ sobre “Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”.

La ley de “muerte digna” puso de manifiesto la importancia que tiene la autonomía de la voluntad en nuestro ordenamiento jurídico, ampliando los derechos de las personas respecto de las medidas médicas a tomarse en el último tramo de vida. Consta de 8 artículos, modifica 6 artículos de la ley 26.529 y agrega el 11 bis.

⁴ Ley 4.264. Muerte Digna. Boletín Oficial. 03 de Enero de 2008

⁵ Ley 26.742. Modificación Ley 26.529. Boletín Oficial. 09 de Mayo de 2012.

⁶ Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial. 21 de Octubre de 2009.

El objetivo principal de esta ley es determinar de manera explícita el derecho de los pacientes a rechazar medidas médicas y a pedir la limitación del esfuerzo terapéutico cuando estas prácticas provoquen un sufrimiento desmesurado o cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las posibilidades de mejoría. Este derecho reconocido en esta ley no tiene nada que ver con las prácticas eutanásicas, tal es así, que estas son acciones directas cuya finalidad es causar la muerte de otro impulsado por un sentimiento de piedad.

El art. 1 modifica inciso e) del art. 2 de la Ley 26.529 y hace referencia a los derechos del paciente sobre la autonomía de su voluntad. Se le reconoce al paciente el derecho a rechazar tratamientos médicos sin tener que explicar los motivos o las razones de su accionar y puede revocar esta decisión en cualquier momento.

El art. 1 es el más importante de la norma ya que, en él se le da reconocimiento de forma expresa al derecho de las personas de impedir que se le apliquen medidas médicas, por lo cual se explicita la autonomía de la voluntad de las personas ratificada por el hecho de que su decisión puede ser tomada sin necesidad de explicar los motivos de la misma y pudiendo revocarla cuando quiera. No hay que perder de vista que esta autonomía reconocida en la ley tiene ciertas limitaciones, se trata de una autonomía irrestricta. Hay ciertos límites a esta autonomía que la ley le confiere al paciente; a saber: el paciente debe presentar una enfermedad irreversible, incurable o que se encuentre en su estado terminal y debe estar informado de forma fehaciente de esta situación.

El paciente puede solicitar incluso el rechazo de medidas de reanimación artificial y soporte vital, procedimientos quirúrgicos sólo cuando estos provoquen un sufrimiento desmesurado y/o se consideren desproporcionados en relación con los potenciales beneficios para la vida y la salud del paciente. La ley también establece que pueden rechazarse la hidratación y la alimentación cuando su único efecto sea prolongar un estadio que es terminal irreversible e incurable.

2.4. Consentimiento informado.

El art. 2 de Ley 26.742 modifica el art. 5 de la ley sobre “Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. En el art. 2 se establece la definición y los requisitos del consentimiento informado. Expresa este artículo “...Entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada...”

En esta información relevante que el médico debe otorgarle al paciente o a quien lo represente legalmente se incluye su estado de salud, los procedimientos propuestos por los profesionales con la especificación de los objetivos perseguidos con dichos procedimientos, los beneficios, riesgos y efectos adversos de los mismos, los tratamientos alternativos con sus riesgos y beneficios, y las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos.

En el art. 3 se establece que este consentimiento es obligatorio por lo cual todo accionar médico requiere del consentimiento del paciente. En caso de que el paciente se encuentre total o temporalmente incapacitado para dar tal consentimiento, lo harán las personas que establece el art. 21 de la Ley 24.193⁷ sobre Trasplante de Órganos y Tejidos en el orden de prelación que se establece en el mismo artículo: 1) el cónyuge o la persona que convive con el paciente con una convivencia de al menos tres años en forma continua e ininterrumpida; 2) cualquiera de los/as hijos/as mayores de 18 años; 3) cualquiera de los padres; 4) cualquiera de los hermanos mayores de 18 años; 5) cualquiera de los nietos mayores de 18 años; 6) cualquiera de los abuelos; 7) cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; 8) cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive; 9) el representante legal, tutor o curador. El artículo 3° no obstante establecer quienes pueden suplir la decisión del paciente, menciona expresamente que dentro de medidas posibles el paciente siempre debe participar en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

⁷ Ley 24.193. Trasplante de órganos y materiales anatómicos. Boletín Oficial. 24 de Marzo de 1993.

Tal como se establece en el art. 4 toda la información referida al consentimiento entre el paciente o representantes y los médicos debe dejarse por escrito y firmarse por todos lo que intervienen en el acto. El artículo 5° establece que estas decisiones son total y absolutamente revocables por el paciente en cualquier momento y los médicos deberán acatar esta nueva decisión y dejarla asentada en la historia clínica.

2.4. Directivas anticipadas.

En el art. 6 de la Ley de “Muerte digna” se introducen las directivas anticipadas, las cuales son una herramienta de la autonomía de la voluntad a fin de que el paciente pueda disponer para el momento en que su salud no se lo permita. Las directivas anticipadas son documentos cuyo objetivo es designar quién va a tomar decisiones por una persona cuando esté incapacitada de manifestar su voluntad. En estas se pueden expresar que deben hacer los profesionales de la salud llegado el momento en que la enfermedad le impida la paciente decidir por sí mismo. Expresa la ley que toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a la salud y el médico a cargo debe aceptarlas, salvo que impliquen realizar prácticas eutanásicas.

Las directivas anticipadas deben realizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia y se requiere de la presencia de dos testigos, conforme lo establecido en el art. 6 de la ley.

2.5. Cuidados paliativos

El art. 1 de la ley de “Muerte digna” que modifica el inciso e) de la Ley 26.529 de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud” establece que “en todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos extraordinarios no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el

adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”; estos son justamente los cuidados paliativos.

Mencionan García Viniegras y González Blanco:

Desde hace varias décadas se enfatiza que los cuidados paliativos constituyen una modalidad asistencial en la que el ejercicio profesional se centra en la atención integral, activa y continuada del paciente y sus familiares, realizada por un equipo interdisciplinario, cuando la expectativa ya no es la curación del paciente, sino proporcionar una calidad de vida en la prevención y alivio del sufrimiento, sin alargar la supervivencia. Estos cuidados se dirigen a aspectos físicos, psicológicos y espirituales. De manera general plantean como principio ético no acelerar la muerte pero tampoco prolongar innecesariamente la vida (García Viniegra y González Blanco, 2016, p. 336)

Estos cuidados son los tratamientos destinados a proporcionar el mayor alivio posible al paciente en el proceso hacia la muerte, tanto desde el punto de vista físico como psíquico. Los cuidados paliativos no tienen como objetivo acortar o prolongar la vida sino controlar y aliviar el dolor para proporcionar una mejor calidad de vida incluso en los últimos momentos de la misma.

Sobre este tema expresan Luis Montes, Fernando Marín, Fernando Pedrós y Fernando Soler:

Según la OMS los cuidados paliativos son ‘el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares enfrentados a los problemas relacionados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento’, basados en las necesidades del paciente y su entorno familiar, orientados al alivio del sufrimiento y constituyendo más un enfoque de la medicina en general que un saber reservado a especialistas. Con carácter integral, deben cubrir todas las necesidades del paciente, incluyendo los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y espirituales...La OMS los define como un enfoque, un acercamiento y un abordaje peculiar en el que la medicina y la enfermería colaboran con otras disciplinas, como la psicología y el trabajo social. Este enfoque de escucha y acompañamiento debería extenderse por todo el sistema sanitario, evitando el mal morir, sea por encarnizamiento terapéutico o por abandono (Montes, Marín, Pedrós y Soler, 2012, p. 567).

2.6. Hidratación y alimentación artificial en pacientes en estado vegetativo.

La ley establece expresamente que el paciente puede rechazar las medidas de hidratación o alimentación cuando las mismas sólo tengan como efecto la prolongación

de ese estado terminal e irreversible en que se encuentra el paciente (art. 1º). Este punto trajo muchas controversias ya que hay quienes en cierta manera ven un caso de eutanasia el quitar los soportes vitales que son los que mantienen con vida al enfermo e interferirían con los cuidados paliativos que la misma ley pregona. En contra de esta opinión están quienes dicen que sostener tales medidas sólo provoca un encarnizamiento médico, tendiente a retardar un momento que dado el estado del paciente se producirá inevitablemente con el consecuente sufrimiento del paciente y su familia.

En la primera postura se enraíza Tomás Ignacio González Pondal:

Ciertamente le asiste derechos a las personas que padecen enfermedades terminales para rechazar técnicas o curas que no lograrán nada sino hacer sufrir más al sujeto paciente. En este caso al dejarlas de lado permite el desarrollo natural de la dolencia hacia el desenlace final, esto es, la muerte. Pero el hombre no tiene derecho a hacer abandono de los medios indispensables para la conservación de su ser, pues tal cosa marcha contra un principio universalísimo de la ley natural como es la conservación de la vida. Así las cosas, ...se está yendo contra el principio rector indicado, o sea, es una invitación a matarse a sí mismo (González Pondal, 2012, p. 105):

El autor mencionado también adopta la postura de que permitir el rechazo de medidas de soporte vital es contradictorio de lo que dispone la ley acerca de que el rechazo de procedimientos por parte del paciente no significa la interrupción de las acciones adecuadas para el control y alivio del sufrimiento del paciente, o sea, de los cuidados paliativos. Dice: “Rechazada la hidratación o la alimentación mínima para cualquier subsistencia posible: ¿puede sostenerse que esto no es una interrupción de las medidas adecuadas de control? Dejar de hidratarse o alimentarse mínimamente, ¿no aporta nuevos padecimientos? (Tomás Ignacio González Pondal, pg. 105).

2.7. Antecedentes doctrinarios, jurisprudenciales y legislativos de la ley de muerte digna.

Tanto el nuevo Código como las leyes bajo estudio reflejan esta situación al reconocer la facultad de renunciar a tratamientos médicos cuando estos resulten extraordinarios o desproporcionados en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. Sin lugar a dudas, la prevención del encarnizamiento terapéutico es la finalidad que ha motivado la sanción de la Ley 26.742.

A continuación, se describirá el caso más resonante al respecto resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación. El 7 de julio de 2015, la CSJN dictó sentencia en autos “D.M.A. s/ declaración de incapacidad”⁸, mediante la cual confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Neuquén y, por tanto, hizo lugar a la pretensión de las representantes de un paciente en estado de mínima conciencia. Concretamente, lo que se pretendía era la supresión de la alimentación y la hidratación que mantenían al enfermo con vida desde hacía más de 20 años.

El Máximo Tribunal entendió que resultaba aplicable la Ley de Derechos del Paciente en razón de las modificaciones introducidas en 2012 por la Ley de Muerte Digna. En el caso comentado no mediaba el carácter terminal que debe implicar la enfermedad incurable o irreversible en cuestión y la Ley 26.742 fue corregida por su decreto reglamentario exigió en forma conjunta los presupuestos de «irreversible, incurable y en estado terminal».

El debate sobre la muerte digna cobró especial relevancia en Argentina tras el caso de una niña de 3 años quien murió tras ser desconectada del respirador que la mantenía con vida. La niña nació el 27 de abril de 2009 con una hipoxia cerebral que le impidió respirar durante el parto y entró en coma pese a los intentos de reanimación. A los cuatro meses se le realizó una traqueotomía y se le implantó un botón gástrico, con el que permaneció hasta ayer. El caso de Camila se dio a conocer en octubre de 2011, cuando su madre dirigió una carta a la presidenta argentina, Cristina Fernández, en la que reclamaba un cambio en la legislación para el reconocimiento del derecho a la muerte digna y denunciaba que su hija era víctima de una "clara obstinación terapéutica".

Melina González, también ayudó a que se consiguiera dicha ley. Ella y su madre, Susana Bustamante lucharon para que se regulase y se permitiera no prolongar artificialmente la vida. Melina, que padecía una enfermedad degenerativa del sistema nervioso, falleció en 2011 a los 19 años.

La Ley de Muerte Digna, aprobada por unanimidad por el Senado, consagra el derecho de los pacientes que sufren enfermedades irreversibles, incurables o en estado

⁸ C.S.J.N. “D.M.A. s/ declaración de incapacidad” L.L. AR/JUR/24366/2015

terminal a decidir voluntariamente el retiro de medidas de soporte vital, o a sus tutores legales en el caso de menores de edad. Se puede señalar que fueron dos madres las que gracias a su lucha por conseguir una ley de muerte digna lo lograron en el año 2012.

2.8. Delitos contra la vida en el Código Penal Argentino.

Los delitos contra las personas en nuestro Código Penal son los delitos contra la integridad física y los delitos contra la vida de las personas. A continuación, se procederá a describir conceptualmente los mismos.

Los delitos contra la vida son:

1. Homicidio: es decir matar a otra persona. Hay casos en que se agrava el homicidio. Esto significa que se aplica una pena mayor. También hay casos en que se atenúa la pena, es decir se aplica una pena menor.

Asimismo, en el código están previstos otros delitos contra la vida como:

2. Instigación o ayuda al suicidio. Convencer, obligar o ayudar a otro para que se suicide o intente hacerlo.
3. Homicidio culposo: Culpa, en derecho penal, quiere decir que no se tuvo la intención ni la voluntad de matar. Se actúa con culpa cuando se actúa por negligencia o imprudencia. Negligencia es hacer de menos. Imprudencia es hacer de más. Ambos implican no tener el cuidado necesario.
4. Homicidio por conducción imprudente: Quien causa la muerte a otro por manejar imprudentemente. Se agrava la pena si el conductor no ayuda a la víctima y la abandona, o si está bajo los efectos de drogas u alcohol. O estaba conduciendo a exceso de velocidad o violó las señales de tránsito.
5. Aborto: Es la interrupción voluntaria del embarazo. Se pena a la mujer que aborta y a quien realiza el aborto. No se castiga el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer, en el caso de que si el aborto se hizo para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre o si el embarazo proviene de una violación cometido sobre una mujer idiota o demente.

Los delitos contra la integridad personal son las lesiones, es decir, causar a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño. Las penas se agravan según la gravedad de las lesiones:

1. Lesiones por conducción imprudente: Se agrava la pena por lesiones si se producen por conducción imprudente. Y más aún, si el conductor no ayuda a la víctima y la abandona, o si está bajo los efectos de drogas o alcohol. O estaba conduciendo a exceso de velocidad o violó las señales de tránsito.
2. Homicidio o lesiones en riña: Cuando en una pelea tomen parte más de 2 personas y ocurra una muerte o se produzcan lesiones, sin poder saber quién las causó, se tendrá por autores a todos los que ejercieron violencia sobre la víctima.

La vida es el bien jurídico máspreciado del hombre, ya que si éste falta los demás bienes carecen de sentido para él, y es también un bien jurídico que el estado necesita tutelar para proteger la existencia de sus habitantes, elemento esencial del estado, que además tiene la obligación de brindar seguridad.

El Libro Segundo, del Código Penal argentino, cuyo título es “De los delitos” comienza con el Título Primero llamado “Delitos contra las personas”, que, a su vez, se divide en seis capítulos. El primer capítulo se denomina “Delitos contra la vida”.

Dentro de los Delitos contra la vida el Código Penal trata al homicidio simple en el art. 79⁹, para tratar del homicidio agravado en los diez incisos del artículo 80: por ser pariente (ascendiente, descendiente o cónyuge) por mediar alevosía, por haber mediado pago, por concurso de dos o más personas, etcétera. En el art. 81¹⁰ se trata del homicidio atenuado, ya sea por emoción violenta, preterintencional, a los que se agrega el homicidio culposo del art. 84¹¹. Con desprolijidad, ya que también son delitos contra la vida, hay algunos que se tratan por separado. En el Capítulo Tercero trata del homicidio en riña (artículo 95) y en el Cuarto trata el duelo. El homicidio en duelo, está contenido en los artículos 97, inciso 2 y 98 inciso 1.

⁹ Art. 79 de Ley 11.179. Código Penal de la Nación. Boletín Oficial.

¹⁰ Art. 80 de Ley 11.179. Código Penal de la Nación. Boletín Oficial.

¹¹ Art. 84 de Ley 11.179. Código Penal de la Nación. Boletín Oficial

2.9. Conclusión Parcial.

En este capítulo se trató de exponer los conceptos de muerte digna en conjunto con la legislación actual existente en nuestro país, y asimismo, rectificar la ley de los derechos del paciente y su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Como se expuso la misma implica un detalle de derechos para el paciente y obligaciones para los profesionales, pero nunca habla de los derechos de los profesionales y las obligaciones de los Pacientes, con lo cual se puede decir que dicha ley deja mucho por hacer aun.

La Ley 26.529 enumera en su desarrollo los derechos esenciales como la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad y la interconsulta médica. Asimismo, expone el concepto de información sanitaria, dando características fundamentales de las mismas, con ser su claridad, suficiencia y lograr brindar todos los datos necesarios para conocer al paciente. Posteriormente da el concepto de consentimiento informado, siendo este el eje de la ley para poder desligar de responsabilidades futuras a los profesionales.

Aquí se deberá considerar la construcción de la historia clínica y su implicancia en el futuro del tratamiento del paciente, deduciéndole de las mismas responsabilidades importantísimas para determinar el cumplimiento y forma de los deberes del médico. Pero también es importante reconocer que esta Ley de muerte digna implica fundamentalmente el respeto a la calidad de vida y dignidad de los enfermos terminales, su derecho de abstención o el retiro de soporte vital.

Capítulo III: Afectación de derechos humanos y al principio de la autonomía de la voluntad.

3.1. Introducción parcial.

El derecho a la vida es considerado uno de los derechos irrenunciables de todo ser humano, implicando que este derecho sea el de mayor magnitud dentro de los personalísimos, ya que reconoce y procura brindar protección, a la condición primaria de todo derecho, como es la vida, entendida ésta, como la fuerza sustancial proveniente de Dios o de la naturaleza que impulsa el obrar del ser humano.

El derecho a la vida, desde siempre ha sido reconocido y protegido por la legislación de todo orden. En nuestro país, ese reconocimiento y protección tiene rango constitucional, no se puede desconocer por dicha vía el reconocimiento del derecho a la vida.

El Derecho a la vida, es considerado como un derecho humano básico, en. Virtud de que su reconocimiento posibilita todos a los demás derechos. La vida es inherente a la persona humana, por lo tanto que no es posible concebir a ésta, desprovista de aquel atributo.

El derecho a la vida, exige que nadie puede ser privado de su vida arbitrariamente, pues ello constituiría la privación de la existencia misma de la persona y de sus posibilidades de acceder al resto de las condiciones que la hacen plenamente humana..

Es por ello que el derecho a la vida se inicia desde el momento mismo de la concepción, es persona y por lo tanto origina el derecho a nacer sin que nadie ni ningún obstáculo pueda evitar ese derecho natural e irrevocable que toda madre debe tener.

Por todo eso el derecho a la vida es un derecho universal, es decir que le corresponde a todo ser humano. Es un derecho necesario para poder lograr todos los demás derechos universales. Es decir que por ende, el derecho a la vida significa tener la oportunidad de vivir nuestra propia vida.

Se explicará sobre el poder que posee el derecho a la vida, su implicancia e importancia y el nacimiento del mismo mediante los tratados constitucionales que se

introdujeron en la CN con la última reforma de 1994. Este es un derecho magno, el cual resulta la base fundamental de todos los derechos y deberes que los ciudadanos poseen.

3.2. Derecho a la vida.

El derecho a la vida es reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos¹². En su art. 3 se establece que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. A pesar de esto, en muchos países este derecho se ve vulnerado debido a las guerras y a los conflictos, debiendo sus habitantes huir para salvar su vida.

El derecho a la vida es un derecho fundamental, como también lo es el derecho a la igualdad, la libertad o la integridad. Conforman la base de todos los demás derechos, el generador. El reconocimiento del derecho a la vida no es suficiente, sino que debe ser completado con la protección al mismo. Está vinculado al carácter humano y a la dignidad de las personas. De forma análoga, todo ser humano, sin excepción, merece el respeto incondicional por el simple hecho de existir y estar vivo. Por lo tanto, desde su nacimiento, todos los niños tienen derecho a una vida protegida.

En los casos de pacientes terminales cuyas vidas ya no son dignas de ser vividas por que las condiciones en las que transcurre la vida no es lo que esa persona hubiera querido para sus últimos días o porque el sufrimiento lo hace desear su muerte, nos preguntamos si este derecho que está sobre los demás, sin los cuáles los demás derechos no pueden desarrollados puede claudicar ante la autonomía de la voluntad del paciente que decide no seguir viviendo en esas condiciones. Dworkin expresa al respecto:

Se trata en este caso de intereses que conciernen a la vida del individuo tomada como un todo y en virtud de los cuales el individuo está interesado no sólo en vivir de una cierta manera, sino también en morir de un modo acorde a su proyecto personal de vida...se compara aquí ese interés con la preocupación que un autor tendría en que la escena final de una obra de teatro no arruinara o afectara decisivamente el desarrollo de toda la trama anterior. Tales intereses críticos tienen cierta prioridad por sobre los intereses de experiencia. El sujeto tiene un interés crítico en que las últimas fases de su existencia se

¹² Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas. 10 de Diciembre de 1948.

desarrollen de un modo compatible con su proyecto ideal de vida. Ese interés sigue vigente todavía en el caso de que el individuo mismo, en virtud de una grave alteración de la conciencia, no esté en condiciones de comprender lo penoso de su actual situación e incluso conserve todavía algunos rudimentarios intereses de experiencia. La referencia a tales intereses críticos es, en definitiva, lo que explica que, en determinados casos, la eutanasia aparezca como un medio legítimo para proteger precisamente los intereses del enfermo (incluso allí donde no medie expresa declaración de éste al respecto y la decisión deba ser tomada por los familiares o allegados, pero en atención a los intereses críticos del enfermo) (Dworking 1994, p. 438).

Por esto es que decimos que la vida es un derecho fundamental, porque si carecemos de vida no podríamos ver realizado ningún otro derecho. Para la concreción de cualquier otro derecho es fundamental gozar de vida, he de ahí su carácter de inderogable e imprescriptible. Bien lo explica Ángel Papacchini:

Puesto que la vida constituye la condición de posibilidad para el desarrollo de cualquier proyecto de felicidad o libertad, acabar con ella significa eliminar de hecho la posibilidad de disfrutar de los demás derechos. Una violación de este derecho se transforma para el individuo en un perjuicio irreparable: una suspensión temporal de la libertad de expresión por parte del Estado no compromete la posibilidad de volver a gozar, en un futuro no muy lejano, de esta clase de libertad; la suspensión del derecho a la vida supone en cambio una pérdida irremediable, puesto que ningún poder humano está en capacidad de restituirle al individuo ese bien para él tan valioso. Por eso merece, más que todos los demás, el título de inderogable e imprescriptible (Papacchini, 2010, p. 15).

Tal el reconocimiento que se le ha dado al derecho a la vida que en varios instrumentos internacionales se encuentra expresados: Convención Americana sobre Derechos Humanos¹³ en varios de sus arts. También la Declaración Americana de los Derechos y Deberes de los Hombres¹⁴ Art. 1: “Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

Además está incluido este derecho en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁵ art. 6 inc 1: "El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente". También la Convención sobre los Derechos del Niño donde los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

¹³ Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto San José de Costa Rica. 22 de Noviembre de 1969.

¹⁴ Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre. IX Conferencia Internacional Americana. 1948.

¹⁵ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 23 de Marzo de 1976

3.3. Derecho a la vida y a la libertad.

Partiendo de que la vida es un derecho fundamental, del cual depende que su puedan gozar los demás derechos, lo convierte en un derecho esencial con cierta preponderancia sobre los demás. Pero no es menos cierto el hecho de que las personas puedan ejercer el derecho a la vida también dependerá de la libertad de la que dispongan para poder ejercer el derecho a vivir según sus criterios éticos, morales y siguiendo sus convicciones. De esta manera, cuando hablamos de la libertad se pone en cierta manera en jaque ese razonamiento que en el apartado anterior se esbozó bajo la idea que la vida es la base de todos los derechos y se le empieza a dar también un papel importante al derecho a la libertad. Podemos cuestionarnos en este punto ¿qué sentido tendría tener vida sino no podemos vivirla libremente?

El derecho a la libertad es la facultad del hombre de poder obrar según su voluntad, respetando la ley y el derecho ajeno. Respecto a la aceptación o no de las prácticas de la eutanasia se expresa Roberto Gutiérrez Laboy:

..la libertad se manifiesta específicamente en la autonomía del sufriente. La autonomía significa el reconocimiento de la capacidad del ser humano para tomar sus propias decisiones sin que elementos externos a él o ella le impongan y le manipulen a actuar en contra de su voluntad...será así siempre y cuando no afecten a terceros. Es decir, por ninguna razón se debe coartar la libertad de los seres humanos cuando voluntariamente toman las decisiones que les parecen más adecuadas dadas sus circunstancias...después de todo, la muerte es la última oportunidad para que el ser humano ejerza su propia libertad (Gutiérrez Laboy 2017, p. 102)

De esta manera quienes consideran que la eutanasia debería legalizarse se apoyan en esta defensa del derecho a la libertad incluso por encima del derecho a la vida. Fundamentan esta opinión en que llevar una vida que no se condice con los deseos y las convicciones del paciente en realidad nada tiene que ver con el derecho a vivir y menos se estaría viviendo dignamente. La vida es un derecho fundamental que tiene la misma prioridad que la libertad ya que la elección de cómo vivir esa vida es inescindible del derecho a vivir.

3.4. Derecho a la vida digna y principio de la autonomía de la libertad.

El derecho a la vida digna tiene que ver con el derecho de las personas a desarrollar una vida con libertad, con paz, disponiendo de las condiciones de dirigir sus actos según sus convicciones y sus ideales. Quienes bregan por la aceptación de la eutanasia expresan que con la legalización de estas prácticas no se apunta a una muerte digna sino a darle al paciente la opción de disponer de su vida ya que la misma pasó a convertirse en una tortura.

...la eutanasia, al menos tal y como se entiende en nuestro tiempo, no tiene que ver con la muerte digna sino con la muerte cuando la vida ya no es digna ni hay esperanzas de que lo vuelva a ser. El sufriente ya no tiene calidad de vida, por lo que busca mayor calidad de humanidad en las postrimerías de su muerte. Eso no se le puede negar...lo que el sufriente primordialmente pretende es que no se le vulnere su dignidad en caso de no poder valerse por sí mismo durante una enfermedad en fase terminal. (Gutiérrez Laboy, 2017, pg. 100).

Como se menciona quienes están a favor de las prácticas eutanásicas, proponen entre sus argumentos, el derecho de los pacientes de tener una muerte digna, es decir de terminar con su vida cuando ya en las condiciones que transcurre no se puede decir que se trate de una vida digna. Algunos autores han hecho mención de que significan las palabras dignidad y autonomía. Así las define Roberto Gutiérrez Laboy:

...la dignidad es el respeto y el valor personal e individual que debemos profesarnos a nosotros mismos y que de igual manera debemos garantizarles a nuestros semejantes por nuestra particularidad como existentes humanos...la libertad se manifiesta específicamente en la autonomía del sufriente. La autonomía significa el reconocimiento de la capacidad del ser humano para tomar sus propias decisiones sin que elementos externos a él o ella le impongan y le manipulen a actuar en contra de su voluntad..., será así siempre y cuando no afecten a terceros. Es decir, por ninguna razón se debe coartar la libertad de los seres humanos cuando voluntariamente toman las decisiones que les parecen más adecuadas dadas sus circunstancias (Gutiérrez Laboy , 2017, p. 101):

3.5. Actitud del Estado frente a la limitación a la autodeterminación de las personas

Se puede decir que la autodeterminación se refiere a la capacidad de un individuo, de un pueblo o de una nación, para decidir por sí mismo en los temas que le conciernen. Es por ello que autodeterminación personal es la capacidad de organizar la vida para crear el futuro personal que se desea. En el área de psicología, la autodeterminación personal se refiere a la capacidad que tiene una persona para decidir por sí misma aquello que le concierne.

Según la autodeterminación personal, cada quien tiene el poder de tomar las decisiones y determinar el propósito de su vida de acuerdo con su voluntad. La autodeterminación en un individuo implica no solo un sentido de la libertad propia, sino de la responsabilidad ante las decisiones que toma y que le ayudan a crecer como persona. Surge como un mecanismo bajo el cual la persona retoma el control sobre su vida a nivel individual y social. Así es que la autodeterminación se presenta como una combinación de habilidades, conocimiento, y creencias que capacitan a una persona para comprometerse en una conducta autónoma y autorregulada. Para la autodeterminación es esencial la comprensión de las fuerzas y limitaciones de uno, junto con la creencia de que es capaz y efectivo. Una persona con discapacidad puede tener autonomía, pero si no tiene autodeterminación esta autonomía no llega a concretarse.

En la sociedad, la autodeterminación da validez a nuestro actuar pues justifica las decisiones que tomamos al abarcar tanto la autonomía, como la autorregulación y la autoconciencia. Sin autodeterminación las mujeres y los hombres con discapacidad pueden estar sanos, tener sus necesidades básicas atendidas, pero no tienen control sobre sus vidas, no toman decisiones relevantes sobre su futuro, es decir, no son protagonistas.

Existen normas que consideran la primacía de la autodeterminación del paciente como Ley 17.132¹⁶, la Ley 6.222¹⁷ (Córdoba), el Decreto 2316/03¹⁸ (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y la ley Provincial 4.264 (Rio Negro); todas estas normas amparan el derecho del paciente a “dejarse morir” permitiendo la participación del cuidado de

¹⁶ Ley 17.132. Arte de Curar. Boletín Oficial. 24 de Enero de 1967.

¹⁷ Ley 6.222. Ejercicio de la profesión y actividades en general. Boletín Oficial. 17 de Noviembre de 1973.

¹⁸ Decreto 2316/03. Consentimiento informado. Boletín Oficial. 26 de Noviembre de 2003.

profesionales médicos solo con el fin de paliar su sufrimiento con calmantes y los cuidados médicos necesarios, pero rechazando cualquier tipo de tratamiento que prolongue su vida innecesariamente.

La mayoría de las legislaciones reconocen el derecho de autodeterminación y también lo hacen las distintas religiones, ya que todas ellas consideran al ensañamiento terapéutico como algo contrario al deber de los médicos y también como algo contrario a las leyes divinas, al no reconocer la naturaleza mortal de las personas.

De esta manera, el Estado tiene la obligación de velar porque los derechos de las personas puedan ejercerse libremente, es decir, el Estado debe garantizar la operatividad de los derechos humanos. En el tema que se viene tratando, considero que es una función esencial la del Estado permitir bajo normas que amparen a los pacientes terminales negarse al encarnizamiento terapéutico y evitar la prolongación de la vida y del sufrimiento cuando el desenlace es inminente e inevitable. No obstante tener leyes que se ocupen sobre este tema, como nuestra ley de “Muerte digna”, es primordial que el Estado ejerza sus funciones de manera que estas leyes se cumplan y se garantice la operatividad de las mismas.

3.6 Derecho a la salud.

El derecho a la salud es el derecho humano a gozar sin distinción alguna, del más alto nivel de salud que permita a cada persona vivir dignamente. No es alcanzar una forma particular de buena salud, sino la garantía plena de disponibilidad, acceso, calidad y aceptabilidad de facilidades, bienes, servicios y condiciones para alcanzar el mayor nivel posible de salud, siempre que este nivel asegure vivir conforme a la dignidad humana. Además de su reconocimiento, las personas tienen derecho a su protección tanto a nivel de Estado Nacional como del ámbito internacional.

Se puede decir que la salud es un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, determinado por el art 42¹⁹ de la Constitución Nacional que dice: “Los

¹⁹ Art. 42 de la Constitución Nacional Argentina. Boletín Oficial. 22 de Agosto de 1994.

consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno.

Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.”

Este derecho involucra no solo respecto a la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud, sino a su mantenimiento y regularidad a través del tiempo. En principio no solo el art 42 establece derecho a la salud, también lo encontramos en el art 14 bis²⁰, donde el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social que tendrá carácter de integral e irrenunciable. No hay duda que la salud se encuentra incluida en el concepto de bienestar general al que hace hincapié en la Constitución Nacional, más aún es un elemento del bienestar y como tal es un bien social, público y colectivo y por lo tanto un resultado del derecho a la vida, a la integridad psicofísica y a la libertad.

El derecho a la salud es indivisible del derecho a la vida y a la integridad personal. Es así que todos los actos o conductas relacionados con la salud que tengan como objetivo el incumplimiento de obligaciones del Estado, y así pongan en peligro la vida o la integridad física o mental de cualquier persona, deben ser investigados y sancionados. Dado que un problema de salud puede presentarse en cualquier momento, producir lesiones permanentes o poner en riesgo la vida, por causas de índole física o mental, o por causas externas, existen medios que deben garantizarse de manera inmediata

La calidad de vida es un concepto integrador de los derechos humanos dentro de sus características de interdependencia. Trasciende los conceptos de bienestar,

²⁰ Art. 14 bis de la Constitución Nacional Argentina. Boletín Oficial. 22 DE Agosto de 1994

permitiendo abordar la multiplicidad de factores del entorno económico, social, cultural y político en el curso de la vida de cada ser humano. En este sentido, todo factor que influya negativamente en la calidad de vida, es una causa de pérdida de autonomía para ejercer derechos fundamentales. Estas causas pueden ser las enfermedades, la falta de alimentos, la falta de agua y de servicios de saneamiento, un medio ambiente degradado, la violencia en todas sus formas, los accidentes, el uso de drogas, la descolarización, la escasez de renta o el desempleo forzado, incluyendo las deficiencias y barreras económicas a la atención de la salud, así como los obstáculos y dificultades para el ejercicio de una participación democrática. Dentro de este concepto, podemos decir que el derecho a la salud abarca el goce y ejercicio de otros derechos humanos indispensables para la salud, como ser:

- Acceso al agua potable;
- Adecuada alimentación;
- Espacios apropiados para realizar actividad física;
- Información y educación sobre los distintos aspectos de la salud humana;
- Acceso a una vivienda con servicios sanitarios;
- Servicios en el trabajo que adopten condiciones sanas;
- Un medio ambiente libre de contaminación.

Otro concepto importante es la participación del derecho a la salud que requiere del involucramiento activo y constante de las personas, los grupos organizados y las organizaciones de la sociedad civil en los procesos de decisión relacionadas con políticas y planes a nivel comunitario, local, regional y nacional, con la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y con la organización del sector salud y del sistema de seguridad social. La participación democrática, libre y plural representa una garantía fundamental para hacer valer las obligaciones que competen al Estado en el derecho a la salud. Asimismo, esa participación es la que facilita la contribución de los diferentes sectores de la sociedad a la solución de problemas y a la promoción de la salud.

3.7. Conclusión Parcial.

En este capítulo se trató de desarrollar los distintos derechos que se encuentran relacionados al hablar del tema de la eutanasia. Se expuso como estos derechos a la vida, a la libertad afectan en la decisión de la eutanasia. Como así también cual es el papel que juega el Estado frente a esta limitación de las personas, es así que el derecho que un individuo posee a la salud y las implicancias y garantías constitucionales que se declaran.

Dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos se remarcó la importancia de lo descrito en el art 3 sobre la existencia de los derechos a la vida, libertad y seguridad que tiene la persona. Se describieron los conceptos de los mismos y a partir de allí se pudo deducir la inquietud de si es digno que una persona tenga una vida indigna como consecuencia de una enfermedad o ya sea porque el sufrimiento le hace desear su muerte y por ello no puede hacer ejercicio del resto de sus derechos. También se pudo verificar que la Convención Americana sobre Derechos Humanos enuncia este concepto en su art 4.

En el ordenamiento jurídico argentino existen diversas normas que en definitiva amparan el derecho del paciente a dejarse morir, permitiendo la participación de cuidados de profesionales solo con el fin de paliar su sufrimiento con diversos métodos clínicos que se relacionen con esta noción pero, rechazando cualquier tratamiento que prolongue su vida innecesariamente.

Por lo expuesto el Estado debe garantizar el desarrollo y ejercicio de los derechos humanos, ya que la garantía de acceso de estas prestaciones básicas sobre la salud están determinadas por la Constitución Nacional dentro del entramado de sus arts. como así también en los tratados internacionales con jerarquía que se expusieron.

Conclusión Final.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar cómo afecta la eutanasia al principio de la autonomía de la voluntad y al derecho a vivir dignamente en los países en los que esta práctica es legal y en el caso de Argentina la Ley de muerte digna. Se inició exponiendo los diferentes conceptos de eutanasia, pasiva y activa, directa, indirecta, pero, en síntesis, exponiendo que es la acción u omisión dirigida a causar la muerte de una persona alegando para ello razones humanitarias (aliviar el sufrimiento). Esta persona debe ser víctima de un sufrimiento físico, psíquico o de otro tipo, de gran magnitud, o presentar la fase terminal de una enfermedad.

Se expuso también el concepto de lo que significa suicidio o suicidio asistido, determinando que el suicidio asistido significa proporcionar a una persona los medios necesarios para poner fin a sus días; esto es con drogas, explicación de procedimientos, prescripción de sustancias letales, etc. En este caso, es el propio paciente quien activa el mecanismo que termina con su vida, es decir es principal responsable de la causa de su muerte. Es decir, en el suicidio asistido una persona presta asistencia a otra que quiere terminar con su propia vida.

Luego las posturas a favor y en contra de la eutanasia, pudiéndose verificar que dentro de los argumentos a favor se encontraron los relacionados con la autonomía de la voluntad y la libertad, el respeto por la dignidad humana, la disponibilidad y propiedad del cuerpo y de la vida. Del otro lado se expusieron los argumentos que se oponen a la misma, de tipo ético, moral, religioso y social, siendo el más importante el de la propiedad de la vida por considerárselo un bien jurídico supremo.

No se dejó de lado en este trabajo la confrontación entre los derechos del paciente y los deberes del médico, ya que por un lado el paciente reclama ser escuchado y que se respeten sus derechos y por el otro lado el médico la conducta ética del mismo a respetar los derechos del paciente.

No se debe olvidar que aun en la condición de enfermedad terminal, la persona es siempre sujeto del derecho, por lo cual al impedirle declarar su voluntad respecto del uso de ciertos tratamientos médicos se estaría incumpliendo el derecho a la autodeterminación de decidir sobre su propio cuerpo. Es por ello que la Ley 26.742 es criticada por la falta de claridad, la cual apareja desequilibrios en cuanto a derechos y obligaciones tanto del paciente como del médico.

Jurídicamente, lo que se trata de proteger es la vida y no el derecho a la vida, de allí podemos deducir que el último fundamento del derecho a la vida frente a la eutanasia no es otro que la dignidad a la persona humana, entendiéndose como vida digna, aquella que le permite al ser humano gozar de un sin número de capacidades para lograr el fin de su proyecto de vida, en concordancia a sus convicciones y valores. Bajo este concepto, podemos decir que la aplicación de la eutanasia admitiría a la dignidad y autodeterminación de los enfermos que se encuentren en un estado irreversible y terminal y determinando que la utilización de medios médicos artificiales solo haría alargar su agonía.

Además, se puede sostener que con el reconocimiento jurídico de la autonomía y de la dignidad de la persona humana se encuentra en relación con el derecho a morir dignamente. Tanto esa dignidad como libertad se encuentran reconocidas en Tratados internacionales de Derechos Humanos. Nuestra CN en su art 19 dice “las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están 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”.

Es así, que, tanto en los tratados internacionales de derechos humanos, como en la Constitución Nacional, si bien, vemos el amparo, protección y defensa del derecho a la vida, en ninguno de ellos se establece que la defensa de la vida signifique intervenir en ella para prolongarla, con medios desproporcionados. De lo expuesto, se deduce que, si bien la vida es un derecho de toda persona, considerado supremo, este debe existir en armonía con el derecho a la autodeterminación, autonomía y libertad individual de cada

persona, los cuales se encuentran contemplados en instrumentos internacionales de jerarquía constitucional.

La elección de una práctica eutanásica está en total concordancia con el derecho a la autonomía de la voluntad, ya que no es otra cosa que la libertad de actuar o decidir sobre uno mismo. Esto significaría que, así como una persona tiene derecho a elegir la forma de cómo vivir, también tiene derecho a elegir la forma en que desea dejar de vivir, en el caso de que esa vida se transforme en una carga difícil de llevar y es uno mismo el que debe soportar y padecer ese dolor.

También he efectuado un análisis de la legislación comparada pudiéndose observar que son muy similares las regulaciones de los distintos países que permiten esta práctica, encontrando como común denominador la petición voluntaria y escrita del paciente, la existencia de un padecimiento insoportable e irreversible, tanto psíquico como físico, y que exista la intervención de más de un profesional. El apoyo a la regulación de la eutanasia como defensa al derecho del ser humano de elegir y autodeterminarse no solo se encuentra sustentado en el artículo 19 de la CN, como detallé anteriormente sino también se corresponde con el derecho a la libertad de toda persona proclamados por la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto de San José de Costa Rica y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Como consecuencia de todo lo descripto se puede decir que no hay mayor violación de los derechos a la privacidad y a la libertad que imponerle como debe vivir, hasta cuándo y bajo qué condiciones.

Por todos los argumentos expuestos se podrá inferir la necesidad de incorporar a nuestra legislación, la normativa que regule y legalice la eutanasia a fin de respetar las prohibiciones establecidas en los Tratados internacionales que hablan sobre las injerencias arbitrarias o abusivas en la vida privada ajena. Asimismo, esto permite el respeto a la dignidad humana por considerar que esta se ve quebrantada y menospreciada al restringir la autonomía de la voluntad de las personas y más aún en el caso de que dicha persona está padeciendo un sufrimiento, y no pueden decidir qué hacer con el

mismo. A mi punto de vista no legislar sobre la eutanasia o su prohibición sería lo mismo que la obligación de una persona a sufrir.

Por último, se considera que todo lo expuesto demuestra que legislar o legalizar la eutanasia no implicaría modificar la Carta Magna ya que ella nada dice al respecto, sino que al contrario se pronuncia a favor del derecho de autodeterminación, la libertad y a la disponibilidad del cuerpo y de la vida y por consiguiente al respeto a la dignidad humana. Por ello, es importante no solo entender a quien sufre, sino a aquel que ni siquiera puede darse cuenta de que está sufriendo, porque ya técnicamente y medicinalmente no existe. Y muchas veces permitiendo la no aplicación de la eutanasia solo logramos hacer uso de prácticas que solo alargan el sufrimiento del paciente y logran generar altas ganancias a las instituciones que ofrecen esos servicios.

Bibliografía.

Legislación.

- Constitución de la Nación Argentina. Boletín Oficial. 22 de Agosto de 1994
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto San José de Costa Rica. 22 de Noviembre de 1969.
- Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre. IX Conferencia Internacional Americana. 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 23 de Marzo de 1976
- Ley 14/1986. General de Sanidad Española.
- Ley 10/1995. Código Penal Español.
- Ley 17.132. Arte de Curar. Boletín Oficial. 24 de Enero de 1967.
- Ley 6.222. Ejercicio de la profesión y actividades en general. Boletín Oficial. 17 de Noviembre de 1973.
- Decreto 2316/03. Consentimiento informado. Boletín Oficial. 26 de Noviembre de 2003.
- Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial. 21 de Octubre de 2009.
- Ley 4.264. Muerte Digna. Boletín Oficial. 03 de Enero de 2008
- Ley 26.742. Modificación Ley 26.529. Boletín Oficial. 09 de Mayo de 2012.
- Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial. 21 de Octubre de 2009.

- Ley 24.193. Trasplante de órganos y materiales anatómicos. Boletín Oficial. 24 de Marzo de 1993.

Doctrina.

- Bacon, F. (1988). *El avance del saber*. (1er. Ed.). Madrid: Alianza S.A.
- Cohen A. D. (2017). *Que piensan los que no piensan como yo*. (1er. Ed.) Barcelona: Grupo Editorial.
- Colombo, Jesús. (1994). *Muerte cerebral: Algunas precisiones en torno a un concepto ambiguo*. Cuadernos de Bioética, Vol. V.
- Dworkin, Ronald (1994). *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. (1er. Ed.) Barcelona: Ariel.
- Farrell, M. (1996). *Eutanasia*. (1er.Ed.). Madrid: Trotta.
- Farrell, M.D. (1996). *La ética del aborto y la eutanasia*. (1er. Ed.) Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- García-Viniegras, y González Blanco (2016) *Eutanasia: un tema actual y polémico*. (1er. Ed.). Amazon.
- González Pondal, T. I., (2012). *Legislación pseudo divina y muerte digna*. Suplemento especial La Ley.
- Gutiérrez Laboy Roberto. (2017). *Eutanasia y la ayuda a morir - Una visión humanista*. Ensayo. Ediciones Philo - Sophos.
- Montes, L., Marín, F., Pedrós, F. y Soler, F. (2012). *¿Qué hacemos por una muerte digna?* (1er. Ed.) Madrid: Akal.
- Papacchini, A. (2010). *Derecho a la vida*. (1er. Ed.) Cali: Editorial Universidad del Valle.
- Platón. (1988). *Diálogos, IV, República*. Intr., trad. Y notas Conrado Eggers Lan. Madrid, España. Gredos.
- Séneca. (1986). *Epístolas morales a Lucilio*. (1er. Ed.) Madrid, España: Gredos.
- Serrano Ruiz Calderón, J. M. (2007). *La Eutanasia*. (1er. Ed.) Madrid, España. Ediciones Internacionales Universitarias S.A.

Jurisprudencia.

- C.S.J.N., “D.M.A. s/ declaración de incapacidad”. Fallos: 236:2013 (2015).
- S.C.J.Buenos Aires, “Benítez, M. y otros c. GCBA”. Sentencia del 9 de febrero de 2005.
- T.S.J. "D.M.A S/ DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD". Fallo: 178 (2011).