



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

**LOS PROCESOS DEL MORIR
EN LA LEGISLACIÓN DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

MIGUEL H. ORELLANO

CARRERA DE ABOGACÍA

**DNI: 17762229
VABG54511**

2020

Índice General

Resumen	3
Abstract	3
Introducción general.....	4
Capítulo 1: Precisiones conceptuales en torno a los procesos del morir, la bioética y el bioderecho.	7
1.1 Caracterización de los procesos del morir humano: conceptos centrales	8
1.2 Bioética y Bioderecho	10
Capítulo 2: Los procesos del morir en la legislación argentina	14
2.1 Antecedentes Legislativos Nacionales	15
2.2 Antecedentes jurisprudenciales en el ámbito nacional: descripción de algunos casos paradigmáticos	22
Capítulo 3: Los procesos del morir en la legislación internacional	29
3.1 Los derechos del final de la vida en Latinoamérica: aspectos legislativos, doctrinarios y jurisprudenciales en Uruguay y Colombia	30
3.2 Los derechos del final de la vida en Europa: aspectos legislativos, doctrinarios y jurisprudenciales en Países Bajos y Bélgica	39
Conclusiones Generales	51
I. Doctrina.....	64
II. Legislación.....	67
III. Jurisprudencia.....	69
IV. Otros.....	70

Resumen

Desde mediados del Siglo XX, las sociedades occidentales exhiben una profunda transformación cultural en los modos de vivir y morir de los sujetos, repercutiendo en sus valores y derechos. Asimismo, se observan conflictos bioéticos y se instituyen nuevos derechos personalísimos referidos a la autodeterminación del propio cuerpo y a la decisión libre y consciente del cuándo y cómo morir. En este contexto social y biotecnológico, este estudio indagó si el ordenamiento jurídico argentino, en particular la Ley 26742 de muerte digna, posibilita la ampliación de los derechos personales en el final de la vida, tal como se constata en el ordenamiento jurídico de otros países. Para tal fin, se conceptualizó la muerte digna, se examinó la legislación nacional sobre la temática y se la comparó con otras naciones; además, se identificaron posibles condicionantes que inciden en la ampliación de los derechos de terminación de la vida. Los resultados mostraron que los alcances del instituto de muerte digna receptado por el ordenamiento jurídico argentino son acordes con la legislación internacional más avanzada; no obstante, la profundización de los derechos personales en el final de la vida, está condicionada por factores extrajudiciales: morales, sociales, políticos y culturales.

Palabras Claves: Biotecnología, Bioética, Bioderecho, Muerte digna, Argentina.

Abstract

Since the mid-20th century, Western societies have exhibited a profound cultural transformation in the ways of living and dying of subjects, having an impact on their values and rights. Bioethical conflicts are also observed and new personal rights are instituted concerning the self-determination of one's body and the free and conscious decision of when and how to die. In this social and biotechnological context, this study asked whether the Argentine legal system, in particular Law 26742 on dignified death, makes it possible to extend personal rights at the end of life, as found in the legal order of other countries. To this end, dignified death was conceptualized, national legislation on the subject was reviewed, and compared to other nations; In addition, potential conditions were identified that affect the extension of the rights of termination of life. The results showed that the scope of the institute of dignified death grasped by the Argentine legal system is in line with the most advanced international legislation; however, the deepening of personal rights at the end of life is conditioned by extrajudicial factors: moral, social, political and cultural.

Key Words: *Biotechnology, Bioethics, Bio-law, Dignified Death, Argentina.*

Introducción general

Desde mediados del siglo XX, las sociedades occidentales exhiben en forma creciente los efectos de una *nueva revolución industrial* provocando a nivel político, económico, social y cultural, una serie de mutaciones cuyas derivaciones y *riesgos* sobre la vida y el entorno de las personas, son aún difíciles de predecir (Beck, 1998; Han, 2013). En el terreno específico de las disciplinas de la salud, los adelantos tecnológicos de la biomedicina adquieren un papel determinante en las nuevas formas de concebir y tratar los *procesos del vivir y del morir* de los individuos; se renuevan una serie de debates en torno a las implicancias éticas, morales y legales que dichos desarrollos conllevan, observándose la colisión entre el *deber –poder* del discurso asistencial y el derecho a la autonomía e intimidad del paciente. Dicha controversia motiva la creciente revisión de los valores bioéticos y los derechos jurídicos a ellos vinculados; los *procesos humanos del vivir y del morir* se transforman en *problemas biojurídicos* que requieren de la injerencia del *derecho* como dispositivo de resolución de conflictos sociales (Brito- Alvarado, 2016; Luna y Salles, 2000; Maliandi, 2002; Rose, 2012). En esta línea, durante las últimas décadas se visualiza la inclusión y el reconocimiento de los derechos bioéticos o *bioderechos*, consagrados en estrecha conexión con el derecho constitucional y los derechos humanos. Definen un nuevo estatuto de la vida, haciendo hincapié en la integridad psicofísica y autodeterminación de la persona durante el tratamiento de sus enfermedades, permitiendo disponer en forma libre y conciente, cuándo y cómo transitar los procesos humanos del bien morir (Bustamante, 2001; Valdez, 2015).

Así, tanto en el campo del derecho internacional (con una serie de instrumentos jurídicos de valor político y moral universal), a nivel regional (con herramientas jurídicas confeccionadas por la Organización de los Estados Americanos) como en la normativa nacional, la *biolegislación* y *biojurisprudencia* exhiben en forma gradual un profundo y desigual desarrollo; el legislador, busca establecer y regular circunstancias conflictivas en el ámbito biomédico, integrando progresivamente los *bioderechos* al ordenamiento jurídico vigente (Camargo, 2015; Valdez, 2015).

Es a partir del contexto histórico social y biotecnológico arriba esbozado y sus consecuencias en los modos de vida de las sociedades y los individuos, que el presente escrito se plantea examinar desde un enfoque de resguardo de los *derechos humanos* y la *dignidad de la persona*, uno de los efectos jurídicos controversiales más significativos suscitados en el terreno de la salud pública y el bioderecho.

Concretamente, la pregunta de investigación es: ¿La normativa argentina referida al instituto de muerte digna, posibilita la ampliación de los derechos personales en el final de la vida, tal como se verifica en la legislación de otros países?

En este sentido, el objetivo general del trabajo consiste en indagar si la legislación argentina referida al instituto de muerte digna permite la ampliación de derechos de las personas en el final de la vida, tal como se constata en otras naciones. En cuanto a los objetivos específicos, luego de conceptualizar la muerte digna y otros términos asociados a la problemática, se examina cómo son definidos y tipificados los derechos personales en el final de la vida en el ordenamiento jurídico argentino y su comparación con otros países que avanzaron en su regulación; finalmente, se identifican posibles obstáculos y facilitadores que podrían incidir en la ampliación de derechos de las personas en el final de la vida.

La hipótesis de este trabajo plantea que: los alcances del instituto de muerte digna en el ordenamiento jurídico argentino -receptado en la Ley 26529, su modificatoria 26742 y en los artículos 51, 59 y 60 del Código Civil y Comercial de la Nación (en adelante CCCN)-, son acordes con la legislación más avanzada existente en otros países latinoamericanos y europeos; sin embargo, la ampliación de los derechos personales en el final de la vida, está condicionada a la resolución de tensiones y conflictos de índole moral, cultural y social existentes en la sociedad.

La investigación jurídica aquí desarrollada -de naturaleza teórico dogmática, documental y exploratorio descriptivo-, indaga a partir de un enfoque metodológico cualitativo si los derechos personales al final de la vida son incorporados por la normativa argentina, observando comparativamente las regulaciones establecidas en países latinoamericanos y europeos. Se utilizan *fuentes documentales* del derecho y *datos secundarios*: jurisprudencia, legislación, monografías doctrinarias y notas periodísticas.

Básicamente el presente trabajo se organiza en tres capítulos, comenzando con el apartado *Precisiones conceptuales en torno a los procesos del morir* donde se brinda una aproximación teórica de las nociones centrales de la temática; además, se explicitan las nociones de *bioética* y *bioderecho* y las principales herramientas legislativas vinculadas a la materia. A continuación, en los Capítulos II y III, se presentan respectivamente los *Procesos del morir en la legislación argentina* –en particular la Ley 26529, Ley 26742 y CCCN-, y en *la legislación internacional*, examinando brevemente los antecedentes legislativos, doctrinarios y las fuentes jurisprudenciales tanto a nivel local como en los países seleccionados para la comparación: Uruguay, Colombia, Países Bajos y Bélgica. Por último, se presenta la *Conclusión General* donde se expone un cuadro comparativo de las diversas legislaciones examinadas y se esbozan algunos de los potenciales obstáculos y facilitadores en la producción de la legislación sobre la temática en estudio.

**Capítulo 1: Precisiones conceptuales en torno a los procesos del morir, la bioética
y el bioderecho.**

Introducción

En respuesta a los objetivos específicos formulados a propósito de este estudio, a fin de encuadrar conceptualmente la temática de los derechos subjetivos implicados en el final de la vida, este capítulo se aboca a describir y comprender las nociones de muerte, muerte digna, eutanasia y encarnizamiento terapéutico. De igual modo, la delimitación disciplinaria de la *bioética* y el *bioderecho*, explicitando en forma sumaria sus principales instrumentos legislativos en el plano internacional.

1.1 Caracterización de los procesos del morir humano: conceptos centrales

En la actualidad, la literatura científica distingue entre el *proceso biológico del morir* y la noción de *muerte clínica*. El primer caso refiere al pronóstico clínico de un paciente humano que se halla transitando evolutivamente la última fase de su vida biológica; comporta el anuncio de una muerte cercana haciendo que el proceso clínico se encuentre en estado Terminal, sin por ello perturbar la dimensión existencial (ontológica) de la persona. El estado Terminal del individuo, se vincula estrechamente a una minoración de los esfuerzos médico terapéuticos. En cambio, el concepto de *muerte clínica* describe el instante en que se diagnostica y certifica la muerte como nuevo estado –opuesto a la vida- que lleva a la desintegración total del cuerpo por daño irreversible y estructural del organismo. En este caso sí queda implicada la dimensión ontológica del individuo, abriendo una serie de actuaciones legales importantes como la firma del certificado de defunción, el retiro de respiración mecánica, la donación de órganos del fallecido, etcétera (Trueba, 2007).

En las sociedades occidentales, a partir de los desarrollos de la biomedicina y la conformación de las unidades de cuidados intensivos, los criterios para delimitar la *muerte clínica* han variado significativamente; si bien la pérdida definitiva de las funciones vitales (ausencia de latido cardíaco y respiración), fueron tradicionalmente los signos diagnósticos de la defunción, en la actualidad al *criterio cardiopulmonar* se adosa el *criterio encefálico*: el cese irreversible y completo de todas las funciones del encéfalo. Partiendo de esta última caracterización de muerte cerebral, hoy se define a la *muerte neocortical* como la pérdida inalterable y permanente de la capacidad de conciencia y demás funciones cerebrales superiores; se incluye una perspectiva existencial personal al deceso orgánico del cuerpo (Singer, 1997).

En Argentina, los signos médico legales para la certificación del diagnóstico de muerte encefálica, se encuentran explicitados en el ordenamiento jurídico desde mediados de los años

70 del siglo XX en la *Ley 21541*¹ y sus modificatorias; el Ministerio de Salud, mediante *Resolución 275/10*² aprobó el Protocolo Nacional para Certificar el Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos en 2010.

Por otro lado, la noción de *muerte digna*, refiere al derecho que le asiste al enfermo en fase Terminal y que soporta un padecimiento incurable, a morir dignamente, desconociendo el uso desproporcionado de medios médicos y tecnológicos para el sostenimiento de su vida sin reportarle beneficio alguno; incluye el uso correcto de tratamientos paliativos para soslayar sufrimientos y mejorar la calidad de vida del paciente hasta el momento de su fallecimiento anunciado para el corto plazo. En otras palabras, la *ortotanasia* (del griego, *orthos*= recto y *thanatos*= muerte), consiste en permitir y respetar que la muerte acontezca naturalmente *en su justo momento, cuando deba ocurrir*, sin alterar artificialmente el curso –irreversible e incurable- de la enfermedad y su inevitable consecuencia la muerte; ante un paciente de *mal pronóstico vital*, la intervención médica se orientará al cuidado paliativo del sufrimiento y el alivio del dolor, *ayudándolo en el morir y no a morir* (Comisión de Bioética Femeba, 2016; Gamarra, 2011).

Asimismo, el concepto de *eutanasia* (del griego, *eu*= bueno, *thanatos*= muerte), grosso modo describe la conducta intencional -comisiva u omisiva-, que promueve el fallecimiento de un paciente incurable y desahuciado, ejercida con o sin su consentimiento expreso, con el propósito de impedir un sufrimiento y dolor mayor. Por compasión o razones médicas, el facultativo ayuda al enfermo grave a morir cuando su cuerpo ya no responde al tratamiento o el cuadro es tan avanzado que resulta irreversible. La noción incluye la *eutanasia activa* -ejemplificada, por el suicidio profesionalmente asistido, que induce la defunción del sujeto en forma directa a través de una sobredosis letal de fármacos-, y la *eutanasia pasiva* –donde se prescinde o suspende el tratamiento terapéutico de una enfermedad y la nutrición por cualquier vía, incitando por omisión la finalización de la vida-. A su vez, la *eutanasia* puede ser definida como *voluntaria* –cuando el enfermo competente, en uso de sus facultades mentales, evalúa su estado de salud y requiere la eutanasia-; o como *no voluntaria* –donde por incompetencia del paciente, debida a su edad, inconciencia o déficit cognitivo, no puede enunciar sus deseos y por eso otros deciden por él-. Quedan excluidos del concepto, aquellos pacientes que competentes, impugnan terminantemente el accionar de un tercero para terminar con su vida; se trataría lisa y llanamente de un homicidio.

¹ Ley 21541 (1977). Salud Pública. Trasplante de órganos y material anatómico humano. Publicada en el *Boletín Oficial*, 18 de marzo de 1977. Argentina.

² Resolución 275 (2010). Ministerio de Salud. Aprueba Protocolo para certificar el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos. Publicada en el *Boletín Oficial*, el 16 de febrero 2010. Argentina.

En línea con lo anterior, vale la pena diferenciar la *eutanasia activa y voluntaria* – decidida por el enfermo Terminal, solicita al galeno impida un sufrimiento mayor administrándole un fármaco en dosis letal-, del denominado *suicidio asistido* en el cual es el mismo paciente quien termina con su vida auto administrándose una droga prescrita por su médico con el propósito de auxiliarlo (Luna y Salles, 2000). Hasta el presente, tal como se examinará más adelante, el supuesto de la *eutanasia activa y voluntaria* está penalmente sancionada por el ordenamiento jurídico argentino; en la *Ley 26529* sobre Derechos del Paciente, en su artículo 11y en la letra del CCCN -en su artículo 60-. Por otro lado, la llamada de *eutanasia pasiva* queda conceptual y prácticamente vinculadas a la noción de *muerte digna*, en particular en lo que refiere a la decisión de proteger la dignidad y la autonomía del paciente en los finales de la vida; se le asegura acompañamiento emocional y espiritual, la renuncia o retiro del soporte vital, el control paliativo del dolor y el ajuste del esfuerzo terapéutico a sus características personales. No obstante, muchos conciben los *cuidados paliativos* y la *eutanasia* -provocada a requerimiento y en beneficio de un enfermo grave-, como actividades necesariamente complementarias: consideran que no debería haber eutanasia sin cuidados paliativos previos, ni estos últimos sin la eventualidad de eutanasia (Thévoz y Jaccard, 1993).

Finalmente, en oposición a la *eutanasia*, surge a consecuencia de los avances biomédicos, el concepto de *distanasia* (del griego, *dis*= mal, algo mal hecho); define los procedimientos biomédicos desproporcionados y fútiles destinados a la continuación innecesaria del sufrimiento de un individuo que padece una enfermedad en fase Terminal, prolongando artificialmente su agonía sin considerar la calidad de vida y su dignidad. Así, la obstinación terapéutica, a partir del uso iatrogénico de aparatología médica y procedimientos extraordinarios, suspende la muerte de enfermos terminales sin esperanza curación; en forma directa, provoca consecuencias nefastas sobre el paciente y sus allegados (*encarnizamiento terapéutico*), e indirectamente acciona negativamente en el personal sanitario, las instituciones y el sistema de salud (Gamarra, 2011).

1.2 Bioética y Bioderecho

El campo de la *bioética* –en tanto disciplina interdisciplinaria de la ética aplicada-, se instituyó a mediados del siglo XX como ámbito de reflexión acerca de los contenidos éticos de las ciencias de la vida y la salud. Al conjugar los conocimientos biomédicos y los valores humanos, e interrogar las consecuencias materiales del progreso biotecnológico en la existencia de los individuos, la *bioética* busca zanjar los desafíos y dilemas éticos que la

práctica médica produce y que las normas y creencias morales no pueden disipar. Así, desde una serie de enfoques éticos –*teorías deontológicas, utilitaristas, de la ley natural y ética de la virtud*-, y el empleo de directrices que rigen las acciones asistenciales en determinadas circunstancias –*principios de respeto a la autonomía, de justicia, de no maleficencia y beneficencia*-, la *bioética* discute filosóficamente sobre los problemas morales nacidos de la praxis de las ciencias biomédicas contemporáneas (Luna y Salles, 2000).

Ahora bien, las controversias asociadas al uso de la biotecnología en los *procesos del vivir y del morir humanos* y la consecuente producción de daños y lesiones irreversibles, también dan lugar a *problemas biojurídicos* que requieren de la intervención del derecho como dispositivo de resolución de conflictos sociales (Valdez, 2015). Justamente el *bioderecho* –desde un enfoque rigurosamente *biojurídico* encuadrado dentro de la filosofía del Derecho-, analizará los conflictos bioéticos concretos establecidos en el espacio material de las relaciones humanas sostenidas en el ámbito de la salud; como efecto de las nuevas tecnologías biomédicas, desde la perspectiva propiamente jurídica del derecho positivo (Miralles, 2007).

De esta forma, los campos disciplinarios de la *bioética* y el *bioderecho* aparecen complementados; por un lado, examinan los fenómenos biotecnológicos como problemas morales personales del ámbito privado, y por otro, analizan la dimensión jurídica interpersonal y los regímenes de coacción normativa en la esfera pública. Precisamente en los últimos decenios, a nivel universal, regional y local se observa el creciente reconocimiento legislativo de los *bioderechos*, consagrados en estrecha relación con el derecho constitucional y los derechos humanos; estos derechos personalísimos son reformulados a la luz de las innovaciones biomédicas siendo caracterizados según el caso como *derechos humanos de 4ta. generación*. Definen un nuevo estatuto normativo, poniendo el énfasis en la autodeterminación de las personas, en los modos de gobernar la propia vida y disponer libre, autónoma y concientemente el cuándo y cómo transitar los procesos del morir humanos; regulan el tratamiento de enfermedades incurables, los cuidados paliativos y el bien morir sin sufrimiento (Bustamante, 2001; Valdez, 2015).

Finalmente, es oportuno incorporar una somera puntuación de los principales instrumentos legislativos del *bioderecho*; las referencias legislativas sobre la temática se estructuran siguiendo los *regímenes internacionales de derechos humanos* distinguiéndose en un *continuum* de mayor a menor complejidad: los sistemas de protección universal, regional y nacional (Muñoz, 2017).

En el marco jurídico del *bioderecho universal*, conformado por un conjunto de declaraciones en *bioética* y concebido como prolongación del derecho internacional de los derechos humanos, se inscribe una serie de instrumentos legislativos producidos por organismos globales, de los cuales participa la Argentina, tales como la Organización de Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Se destacan: a) Declaración Universal de los Derechos del Hombre (ONU, 2014 [1948]), b) Declaración Universal sobre el Genoma humano y los Derechos Humanos (UNESCO, 1997), c) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), d) El derecho a la salud (OMS, 2008), e) Observación General número 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. Comité de Derechos Humanos (ONU, 2017).

Asimismo, a nivel del *sistema regional interamericano* existe un cúmulo de instrumentos jurídicos referidos a la protección de los derechos humanos, elaborados por la Organización de los Estados Americanos (OEA) y documentos de organismos regionales vinculados a la temática, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS); entre otros: a) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. (OEA, 1948), b) Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José de Costa Rica (OEA, 1969), c) Declaración Ibero Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano (Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, 2001), y d) Documento Cuidados Paliativos. Guía para el manejo clínico (OPS, 2002).

Por último, en el plano *normativo nacional*, a nivel de los sistemas jurídicos internos, ciertas cuestiones vinculadas al *bioderecho* se encuentran reconocidas en las siguientes herramientas legales: a) Constitución Nacional de la República Argentina (1994); b) Código Penal de la Nación Argentina (1984); c) Código Civil y Comercial de la Nación. Título I. Persona. Capítulo 3ero. Derechos y actos personalísimos (2014); d) Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009); e) Ley 26.742. Modificase la Ley 26529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud (2012); y f) Decreto 1089/2012. Reglamentación de la Ley 26.529, modificada por la Ley 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2012). De este modo, el legislador busca progresivamente integrar la *biolegislación* al ordenamiento jurídico vigente, concediéndoles jerarquía constitucional y categoría de derechos fundamentales (Valdez, 2015).

Como se viene postulando, ante la inquietud expresada por los Estados, organismos multinacionales y la sociedad civil, los instrumentos legislativos internacionales vinculados a la bioética y la defensa de los derechos humanos, conquistan en la actualidad trascendencia global; sus postulados adquieren valor político y moral universal constituyéndose en fuentes formales del Derecho (Camargo, 2015). Tal es el caso, de la mencionada *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*³ que constituye actualmente uno de los documentos públicos más significativos sobre la cuestión; con el objetivo de perfeccionar los postulados establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros instrumentos globales referidos a la protección de los derechos humanos en el ámbito de las ciencias de la salud y la biotecnología, busca brindar principios universales para la resolución de problemas bioéticos. Postula el respeto pleno a la *dignidad humana*, asociada a la capacidad de ejercicio de la autonomía personal, en particular en el caso de los pacientes en su relación con el sistema de salud y sus posibles efectos perjudiciales; incorpora el consentimiento expreso, libre e informado del enfermo y el respeto por su integridad personal, también en los procesos del morir.

Conclusión parcial

Este apartado presentó de modo sistemático los conceptos fundamentales vinculados a los procesos del morir, definiéndose con claridad nociones tales como muerte, eutanasia, muerte digna y distanasia. También se introdujo la reflexión del campo de la bioética y los lineamientos generales del bioderecho. Finalmente, a nivel internacional, latinoamericano y local se pasó revista de los principales instrumentos legislativos que tratan y reconocen la temática en estudio; inscriptos dentro del marco general de la protección universal de los derechos humanos. En conjunto, el capítulo exhibió el carácter multidimensional y complejo del fenómeno examinado; la vida humana en general y los procesos del morir en particular, enlazan solidariamente componentes físico biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y axiológicos. El estudio de la cuestión, requiere no olvidar dicho nivel de integración, haciendo que los fenómenos jurídicos se encuentren en estrecha relación con el resto de las dimensiones mencionadas; adquieren sentido en un contexto histórico social determinado.

³ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 33ª Sesión de la Conferencia General de la UNESCO. 19 de octubre de 2005. París.

Capítulo 2: Los procesos del morir en la legislación argentina

Introducción parcial

De acuerdo a los objetivos específicos oportunamente planteados para el estudio, en el presente apartado se examina cómo son definidos y tipificados los derechos personales en el final de la vida en el ordenamiento jurídico argentino; se profundiza en la revisión del material legislativo pertinente, efectuándose un examen pormenorizado de las normas jurídicas nacionales más importantes vinculadas a la temática en estudio: la Ley 26529, su modificatoria Ley 26742 y los artículos 51, 59 y 60 del CCCN. De este modo, se realiza un recorrido por los antecedentes legislativos nacionales así como por los jurisprudenciales, describiendo algunos de los casos paradigmáticos de Argentina, en referencia a la temática bajo análisis.

2.1 Antecedentes Legislativos Nacionales

En primer término, se destaca la *Ley 26.529*⁴, sancionada por el Congreso Nacional el 9 de octubre de 2009 y en vigor desde febrero del año 2010, prescribe las potestades del enfermo en su vinculación con los efectores sanitarios: equipo médico y sus instituciones. En efecto, compuesta por veinticinco artículos repartidos en cinco capítulos, reglamenta las relaciones civiles del paciente con los profesionales, los agentes de seguro y las instituciones de la salud en el país; resguarda sus derechos, en especial la autonomía de la voluntad y todo aquello vinculado con la información sanitaria obligatoria suministrada al usuario, el consentimiento informado y la historia clínica del enfermo (Ley 26529, 2009). El instrumento legal, diseñado en los términos de un régimen público de derechos *esenciales e inderogables*, establece en su artículo 2° una serie de facultades de los pacientes y su grupo familiar en su relación con los efectores de salud; en particular, a recibir sin detrimento ni distinción alguna –por edad, raza, orientación sexual o diferencias ideológicas, políticas, económicas y socioculturales-, el cuidado asistencial pertinente. Más allá del padecimiento sufrido, se le dispensará un trato digno y respetuoso a sus opiniones personales y morales, guardando la actividad médico- asistencial estricta confidencialidad en el manejo de la información y documentación clínica del paciente; se resguarda su intimidad, con cabal respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad. En este sentido, el enfermo está facultado a consentir o rechazar -con o sin motivo- determinados tratamientos médico- biológicos, pudiendo incluso anular luego su manifestación de voluntad. En el caso específico de los menores de edad, las decisiones acerca de los procedimientos terapéuticos asociados a su

⁴ Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009). Publicada en el *Boletín Oficial*, 20 de noviembre de 2009. Argentina.

salud vital, se rigen por la *Ley 26.061*⁵ del año 2005 de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

También, señala que el paciente con una enfermedad definitiva –esto es, con una patología incurable o lesiones gravísimas y se encuentre desahuciado-, que haya sido fehacientemente notificado, tendrá la potestad de expresar su voluntad de rechazar una serie de procedimientos médicos considerados extraordinarios y desmedidos en función del pronóstico de mejoría y el deterioro consecuente de la calidad de vida del paciente. Asimismo, podrá oponerse a formas de hidratación y alimentación, que guarden por único resultado la dilación temporal del estadio Terminal e inalterable de la enfermedad, sin por ello interrumpir aquellas medidas tendientes a un apropiado control paliativo de su padecimiento. Finalmente, el artículo citado legaliza la facultad del paciente de adquirir y manejar en forma apropiada y comprensible la información sanitaria relacionada con su salud -tratamientos médicos posibles, pronóstico, evolución y potenciales complicaciones-, decidiendo libremente acerca de su solicitud o su rechazo; podrá exigir se le entregue la información por escrito y efectuar una ínter consulta médica acerca de su estado de salud. El artículo 4 de la norma, instituye que sólo el paciente tendrá la potestad de autorizar la transmisión de dicha información sanitaria a terceros.

Los apartados correspondientes al Capítulo 4, también resultan fundamentales en el examen de la problemática aquí estudiada; refieren al procedimiento del *consentimiento informado* -que garantiza la voluntad del paciente o sus representantes legales en torno a circunstancias que hacen a su condición de salud-, emitido después de recibir la información sanitaria del médico tratante. Dicha información obligatoriamente dispensada al paciente (de la cual se desprende su aprobación o rechazo a la indicación médica), incluye: datos sobre su estado de salud, procedimientos sugeridos, posibles riesgos y efectos indeseables, existencia o no de alternativas terapéuticas, resultados previsibles de la no ejecución de tratamiento, etcétera. Específicamente, los incisos g) y h) del artículo 5°, detallan los derechos que le asisten al paciente con *enfermedad definitiva*, pudiendo rechazar en forma voluntaria la recepción de procedimientos médicos de cirugía, hidratación, alimentación, reanimación artificial o soporte vital cuando resultaren excesivos respecto al pronóstico de mejoría, el grado de sufrimiento generado y sólo prolonguen temporal e invariablemente el estadio Terminal de la enfermedad. En consonancia con lo anterior, la facultad de recibir *cuidados paliativos integrales* como modo de atención de su dolencia o padecimiento.

⁵ Ley 26.061. Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes (2005). Publicada en el *Boletín Oficial*, 26 de octubre de 2005. Argentina.

En el supuesto de incapacidad -imposibilidad física o psíquica- del paciente en manifestar el *consentimiento* obligatorio, podrá ser brindado por sus familiares y representantes legales, de acuerdo con los requerimientos y orden de prelación propuesto por la *Ley 24.193*⁶ del año 1993; por regla, el *consentimiento informado* se instrumentará verbalmente salvo excepciones (situaciones de internación, cirugía, procedimientos médicos invasivos, etcétera), ante las cuales se realizará por escrito y formalmente suscrito. Frente al rechazo voluntario de procedimientos terapéuticos de los enfermos en fase Terminal, corresponderá dejar *constancia* escrita del mismo en un acta rubricada por todos los participantes en el acto. Por último, el artículo 10 establece que la disposición del paciente –o sus familiares en caso de incapacidad o imposibilidad-, a consentir o rechazar los procedimientos propuestos, podrá ser voluntariamente revocada por éste; el facultativo deberá respetar la nueva decisión, dejando constancia por escrito en la historia clínica que la misma fue adoptada con información y conocimiento de los peligros posibles.

En la perspectiva de los derechos personalísimos hasta aquí tutelados, referidos a la protección de los valores sociales de autodeterminación, dignidad humana, intimidad y privacidad del paciente, el artículo 11° incorpora la figura de las *directivas anticipadas en salud* por las cuales toda persona adulta puede declarar en forma temprana y preventiva -por escrito ante escribano público o autoridad judicial y con la asistencia de dos testigos-, su voluntad de recibir o rechazar determinados procedimientos médicos o paliativos relativos a su salud. Estas, deberán ser aceptadas por el galeno tratante, salvo que involucren prácticas eutanásicas que “se tendrán por inexistentes”. Al igual que la declaración del consentimiento informado, las *directivas anticipadas* pueden ser anuladas en cualquier momento por quien las presentó. Finalmente, el artículo 22° de la ley, referido a las *disposiciones generales*, establece que la autoridad de aplicación recaerá sobre el Ministerio de Salud a nivel nacional y en cada jurisdicción provincial (incluida la CABA), en su máxima autoridad sanitaria local. Respecto al régimen de sanciones y al beneficio de gratuidad de acceso a la justicia, las provincias fijaran una ley local en concordancia con a el instituto nacional (Ley 26.529, 2009).

En *resumen*, en el marco de la Ley 26.529 se establecen como derechos esenciales del paciente en su vinculación con los médicos y demás efectores de salud una serie de facultades: a) de recibir *asistencia profesional*, dispensándosele un *trato digno y respetuoso*, con *intimidad* y *confidencialidad* en el manejo de su documentación clínica; b) de la

⁶ Ley 24.193 de Trasplantes de órganos y materiales anatómicos (1993). Publicada en el *Boletín Oficial*, 26 de abril de 1993. Argentina.

autonomía de la voluntad –potestad de aceptar o rechazar procedimientos médicos y la posibilidad de revocar dicha decisión con posterioridad- y c) de *recibir o no información sanitaria* y efectuar *ínter consulta médica*. Por otro lado, se establece la declaración de voluntad o *consentimiento informado obligatorio* del paciente y su posible *revocabilidad* a posteriori; además, regula lo relativo a las denominadas *directivas anticipadas* del paciente sobre su situación de salud y procedimientos terapéuticos, excluyéndose expresamente las *prácticas eutanásicas*. Por último, la Ley define y caracteriza la historia clínica como documento obligatorio en la que deben figurar todas las actuaciones realizadas por el equipo de salud al paciente.

Con posterioridad, durante el mes de mayo de 2012 el Poder Legislativo de la Nación aprobó una modificatoria de la Ley 26.529, sancionando la Ley 26.742⁷ denominada *Ley de Muerte Digna*: se estructura a partir de ocho artículos que introducen una serie de importantes transformaciones en su norma antecesora sobre los derechos del paciente en su relación con los actores de la salud (Belli y Maglio, 2013). La norma, expresa el importante lugar que hoy ocupa la autonomía de la voluntad en el ordenamiento jurídico argentino y la amplificación de los derechos personalísimos en relación con los cuidados médicos adoptados en el final de la vida; explicita la facultad de los enfermos graves y en fase Terminal, de *oponerse* a procedimientos médicos que, generando un sufrimiento desmedido y resultando desproporcionados respecto al pronóstico irreversible de incurabilidad, guarden por único objetivo la postergación temporal y artificial del deceso.

Así, la nueva regla de conducta en su artículo 1° -modificatoria de la ley anterior en su artículo 2° inciso e, referido a la *autonomía de la voluntad*-, reconoce al paciente debidamente informado que sufre una enfermedad definitiva –“irreversible, incurable o se encuentre en estadio Terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”-, la potestad de consentir o rechazar la adopción de tratamientos o terapéuticas médico- biológicas, sin necesidad por ello de enunciar las causas o razones que lo motivan, pudiendo luego revocar su decisión o “manifestación de la voluntad”. En todos los casos, la negativa a los procedimientos citados no significará la interrupción de los cuidados paliativos dispensados al paciente como modo de controlar y calmar su padecimiento (Ley 26.742, 2012).

En relación con el instituto del *consentimiento informado*, el 2° artículo de la nueva ley -modifica el art. 5° de la precedente-, lo define como aquel testimonio voluntario realizado por el paciente o sus representantes legales, después de recibir del facultativo tratante

⁷ Ley 26.742. Modificase la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud (2012). Publicada en el *Boletín Oficial*, 24 de mayo de 2012. Argentina.

información clara y adecuada respecto de: su estado de salud, los procedimientos terapéuticos sugeridos y alternativos (con sus objetivos, beneficios y riesgos predecibles), y las consecuencias esperables de su no ejecución; asimismo, se establece la potestad del enfermo definitivo, de rechazar o suspender todo tipo de tratamiento extraordinario o desmedido, incluidos aquellos procedimientos de hidratación y alimentación que sólo guarden como resultado la dilación temporal y artificial del padecimiento. Lo anterior, se conjuga con el poder del paciente a recibir atención y cuidados paliativos integrales por su dolencia o enfermedad.

El artículo 3° –que reformula el artículo 6° de la normativa anterior-, prescribe ante toda actuación sanitaria en el ámbito público o privado, la *obligatoriedad del previo consentimiento informado* del paciente; frente a su incapacidad o imposibilidad de expresión (por razones físicas o psíquicas), la decisión será proporcionada por los familiares y allegados según el orden de prelación establecido por la mencionada Ley 24.193. No obstante, en todos los casos –en la medida de sus capacidades-, se garantizará al enfermo asumir la toma de decisiones a lo largo del proceso de sus cuidados sanitarios. También en relación con el instituto del *consentimiento informado del paciente*, la nueva ley en su artículo 4° estipula incorporar postulados de la ley previa estableciéndose que toda la información referida al mencionado asentimiento, deberá dejarse por escrito en un acta firmada por todos los participantes del acto: pacientes/ representantes y equipo de salud. Asimismo, el artículo 5° -modificatoria del artículo 10° de la ley anterior-, dispone que las decisiones asumidas por el paciente o sus representantes, referidas a consentir o rechazar los procedimientos prescriptos, son totalmente revocables por ellos en cualquier fase del tratamiento médico; en todos los casos, los profesionales actuantes deberán acatar dicha “manifestación de voluntad” sin cuestionarlas, manifestando los riesgos posibles de dicha decisión y dejando constancia escrita de la misma en la historia clínica.

El artículo 6°, referido a la elaboración de las *directivas anticipadas*, también reformula la normativa anterior en su artículo 11°, postulando que: toda persona capaz y mayor de edad, podrá contar con directivas anticipadas sobre su salud pudiendo así manifestar su consentimiento o rechazo acerca de determinados *procedimientos médicos, preventivos o paliativos* y toda decisión concerniente a su salud; las mismas deberán ser admitidas por el profesional tratante, salvo que involucren prácticas eutanásicas *que se tendrán por inexistentes*. Este punto se alinea con lo establecido por el *Código Penal*⁸ argentino en su

⁸ Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179. Decreto 3.992 (1984). Publicado en el *Boletín Oficial*, el 16 de enero 1985.

artículo 83 que dispone penas de prisión de uno a cuatro años a quien “instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo” intentándolo o consumándolo; de este modo, las prácticas eutanásicas de cualquier tipo, no son admitidas por el sistema normativo vigente.

En todos los casos, continúa la Ley 26.742 (2012), la manifestación de voluntad deberá realizarse por escrito ante escribano público o autoridad judicial de primera instancia con la presencia de dos testigos; igualmente, podrá ser anulada en todo momento por el declarante. Así, las *directivas anticipadas* en la esfera de la salud personal –consentimiento previo-, se constituyen en un instrumento decisorio de aplicación prospectiva de la autonomía de la voluntad; se trata de un documento escrito que designa quién tomará en el futuro las medidas por un individuo cuando éste se encuentre imposibilitado de exteriorizar su voluntad, detallando los procedimientos y tratamientos médicos que desea o no recibir como potencial paciente (Belli y Maglio, 2013).

Por último el artículo 7°, directamente vinculado al accionar de los profesionales de la salud, determina que ningún facultativo interviniente que haya procedido conforme a las disposiciones emanadas de la presente ley estará sometido a responsabilidad civil, penal o administrativa producto de su actividad.

A modo de *síntesis*, los principales alcances de la Ley 26.742 en pacientes con *enfermedades definitivas* (en fase Terminal o con lesiones que los coloquen en similar situación), refieren a: 1) la posibilidad de *rechazar tratamientos y procedimientos médico-biológicos* sin expresión de causa y a *revocar* posteriormente su declaración de la voluntad; 2) ante la posibilidad de sufrir encarnizamiento terapéutico, luego de recibir información fidedigna, podrán decidir *rechazar tratamientos desproporcionados* que generan sufrimiento desmesurado y sólo postergan el desenlace artificialmente; 3) asimismo, rechazar o *renunciar a los procedimientos de alimentación e hidratación*. 4) se establece el instituto del *consentimiento informado* brindado por el paciente -o por un familiar ante incapacidad- y se incorpora el derecho legal a recibir *cuidados paliativos* por parte del enfermo. 5) Se introduce la figura de las *directivas anticipadas* formalizadas por escrito ante funcionario legal con testigos; y 6) se prohíben explícitamente *las actividades eutanásicas* y se *exceptúan de responsabilidad* (civil, penal y administrativa) *a los facultativos* que actúen conforme a la norma establecida.

Ahora bien, el espíritu y los principios mencionados en normativa nacional hasta aquí examinada –Ley 26.529 y su *modificatoria* 26.742-, fueron también posteriormente receptados

por el CCCN- Ley 26.994⁹ promulgado el 10 de noviembre de 2014. En particular se hace hincapié en el articulado correspondiente al capítulo 3 titulado *Derechos y actos personalísimos* del Libro I “Parte General”. Si bien este cuerpo normativo no emplea expresamente el concepto de *muerte digna*, en los artículos 51°, 59° y 60° se plasman y regulan una serie de institutos y normas directamente vinculados a la temática. En su artículo 51° el citado plexo normativo estipula ante cualquier acontecimiento, la *inviolabilidad de la persona humana*, esgrimiendo en todo momento la potestad al reconocimiento y el respeto de su dignidad como individuo; derecho personalísimo que enlazamos a la situación del paciente con una enfermedad definitiva y en fase Terminal en su relación con el equipo médico.

Por otro lado, el artículo 59° del CCCN dispone el *consentimiento informado* para actos médicos e investigaciones en salud, definiéndolo como la declaración o manifestación de voluntad manifestada por el paciente, formulada después de recibir información comprensible de manos del facultativo, en relación con cuestiones previamente delineadas en la Ley 26.529 y su modificatoria: su estado de salud, procedimientos propuestos y alternativos, con sus objetivos, beneficios, riesgos esperables y sus consecuencias previsibles; asimismo, en el caso de los pacientes que sufren una enfermedad definitiva –“irreversible, incurable o cuando se encuentre en estado Terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación” (CCCN, 2014, p.145)-, la *potestad de rechazar una serie de procedimientos y tratamientos médico- biológicos* (quirúrgicos, de hidratación y alimentación, reanimación artificial y retiro de soporte vital), desproporcionados en relación con el pronóstico del cuadro, que produzcan sufrimiento desmesurado o guarden por único resultado la prolongación temporal y artificial del estado Terminal e irreversible de la enfermedad. En igual sentido, el inc. h) del citado artículo reconoce el derecho del paciente a recibir *cuidados paliativos* integrales en el transcurso de toda su enfermedad, estableciendo además que ninguna persona (con o sin discapacidad) podrá ser sometida a investigaciones, exámenes o tratamientos médico- biológicos sin su *consentimiento previo, obligatorio e informado* –excepto disposición legal en contrario-. En caso de imposibilidad absoluta, la manifestación de voluntad o consentimiento podrá ser condescendido por un tercero (representante legal, cónyuge, familiar, entre otros), prescindiéndose del mismo en casos de urgencia y como forma de evitar un mal mayor al paciente.

Finalmente, el artículo 60° referido a las *directivas médicas anticipadas* establece que la persona enteramente capaz tiene el derecho de adelantar directivas y delegar mandato en

⁹ Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.944 (2014). Publicada en el *Boletín Oficial*, 8 de octubre 2014. Argentina.

relación con su salud y en previsión de su potencial incapacidad; también, puede designar a un tercero con el objetivo de que exprese el consentimiento frente a ocasionales actos médicos y el ejercicio de su curatela. En línea con la legislación especial, las directivas anticipadas que impliquen el desarrollo de prácticas eutanásicas, están prohibidas –se tienen por no escritas–.

2.2 Antecedentes jurisprudenciales en el ámbito nacional: descripción de algunos casos paradigmáticos

Cómo forma de ahondar paulatinamente en el examen de la temática, el presente acápite exhibe la exploración cronológica de una serie de historiales y resoluciones judiciales significativas, circunscriptas al ámbito nacional son:

En primer lugar, la resolución del *Caso Bahamondez*¹⁰ constituyó el puntapié inicial de lo que sería, veinte años después, la sanción de la *Ley 26.742* en el Congreso Nacional. En 1989 Marcelo Bahamondez fue internado en el Hospital Regional de Ushuaia por un cuadro clínico de hemorragia digestiva, oponiéndose por ser Testigo de Jehová, a recibir una transfusión de sangre aunque por el hecho pudiera morir. Los médicos solicitaron judicialmente se los facultara a realizar el procedimiento, siendo autorizados por el juez de 1° Instancia y la Cámara Federal de Comodoro Rivadavia; los magistrados, consideraron que la negativa del paciente implicaba un suicidio lentificado efectuado por medios no violentos. Mediante un recurso extraordinario interpuesto por el defensor oficial, el caso llegó hasta la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante CSJN), que terminó pronunciándose en 1993, luego que Bahamondez fuera dado de alta sin recibir transfusión alguna. La mayoría del Máximo Tribunal expresó que era inoficioso un pronunciamiento ya que el derecho en juego había devenido abstracto, invocándose una cuestión formalista- ritual en la decisión adoptada. No obstante, los fundamentos del fallo de los ministros que votaron en disidencia (M. Cavagna Martínez y A. Boggiano), resultaron trascendentales: confirman el derecho positivo vigente y el espíritu de la *Constitución Nacional de la República Argentina* (en adelante CN), ofreciendo una solución al caso en concreto. Más allá de lo irracional que pudiera parecer la decisión de Bahamondez, entendieron que debía protegerse la objeción de conciencia como un derecho de la personalidad tutelado por los artículos 14 y 19° de la CN; hacen respetar el ejercicio de la libertad de culto y de conciencia, indicando la protección de la privacidad, la intimidad, la dignidad y la autonomía individual del paciente en su oposición a recibir el procedimiento médico. Determinaron que el médico no podía realizar compulsivamente el

¹⁰ CSJN. “Bahamondez, M./medida cautelar” 22 (1993) ED 153-254 [JA 1993-IV-558].

procedimiento, ante el rechazo voluntario del enfermo; consideraron que el ordenamiento jurídico distingue las prácticas eutanásicas -donde los médicos son autores o cómplices del hecho ilícito-, de aquellas situaciones como la descrita, eximiendo en estos casos al profesional tratante de todo reproche. Finalmente, otros dos ministros (A. Belluschio y E. Petracchi), refirieron que resultaría inconstitucional una resolución judicial que impusiera a una persona adulta y capaz, cuyo accionar no afecta a terceros, la realización de un procedimiento sanitario contra su voluntad.

Igualmente, en 2012 un nuevo fallo la CSJN se expidió en la *Causa Albarracini*¹¹ referida a un paciente baleado también Testigo de Jehová, que se negaba a recibir una transfusión de sangre para salvar su vida; en una *directiva anticipada* había manifestado su decisión voluntaria de no recibir terapia alguna, mientras su padre decidió iniciar una acción judicial solicitando la realización de los procedimientos médicos rechazados por aquel. En su sentencia la CSJN opinó que una persona adulta y competente tiene la facultad de negarse o aceptar libremente un procedimiento médico (ello si no compromete a otros), incluso en el caso en que dicho rechazo pudiera traer aparejado un desmedro de su salud o la muerte anticipada.

Otro expediente de relevancia en el examen de la temática, fue el denominado *Caso M*¹² resuelto en 2006 por el Juzgado Correccional N° 4 de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, a partir de una acción de amparo interpuesta por los padres de una niña de tres años, quien desde su nacimiento se hallaba internada en el Hospital Materno Infantil con un cuadro de Síndrome de Edwards –Trisomía 18-, y padecía gravísimas e irreversibles afecciones; recibía asistencia mecánica en forma permanente, razón por la cual la presentación judicial buscaba evitar alargar su vida de modo artificial. Si bien la niña falleció previo a dictarse la sentencia, el Juzgado no declaró en abstracto el caso y consideró la solicitud interpuesta por los padres, congruente con el principio rector informado por la Convención Internacional de los Derechos del Niño respecto a la protección y tutela del mejor interés del menor, según lo establecido por el artículo 75º, inciso 22 de la CN.

Asimismo, la resolución de la CSJN del *Caso Marcelo Diez*¹³, también resulta fundamental en el estudio de la cuestión: el paciente se encontraba desde hacía veinte años en estado vegetativo permanente producto de las lesiones cerebrales sufridas en un accidente,

¹¹ CSJN. Causa “Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas precautorias” 23, (2012) JA 2012-III [1/6/02, fallos 335:799. 1 de Junio 2012. Buenos Aires.

¹² Juzgado en lo Correccional 4 de Mar del Plata. "M. d. C. M. y N. A. A. s/amparo", 788 (2006). Provincia de Buenos Aires.

¹³ CSJN. "D., M. A. si declaración de incapacidad" 376 2013. 49-D/CS1. 15 de julio 2015. Buenos Aires.

requiriendo judicialmente su familia, la suspensión de las medidas de soporte vital a él proporcionadas. Si bien en 2011 el Juzgado de Familia N°3 de Neuquén rechazó el pedido, arguyendo entre otras razones que el cuerpo del paciente no mostraba “el deterioro propio de alguien que va directamente a la muerte natural”, la ausencia de voluntad expresa del afectado y la falta de legislación nacional específica, dos años después, mediante un recurso de apelación el caso llegó a la CSJN; confirmó una decisión del TSJ provincial, fallando a favor de concederle la *muerte digna* ante un padecimiento irreversible e incurable. Fundamentó su decisión en la *Ley 26529* y su modificatoria *Ley 26.742* considerando para los pacientes imposibilitados de expresar su consentimiento informado, la autorización a sus familiares a dar testimonio de la voluntad en lugar del enfermo. Además, entendió que se cumplían los recaudos del art. 2° inc. e) de la ley, según el cual el paciente puede oponerse a recibir procedimientos médicos (incluidos los de soporte vital), cuando guarden como único resultado la prolongación artificial de una enfermedad irreversible e incurable; sostuvo que M. Díez era una persona y sus derechos fundamentales debían ser protegidos sin discriminación: él o sus representantes bajo declaración jurada, son los únicos que pueden decidir el cese o abstención de los procedimientos médicos, lo cual no implica la solicitud encubierta de una práctica eutanásica vedada por la ley.

Finalmente, se incluyen dos casos de trascendencia para el abordaje de la problemática; ambos sin ser judicializados, adquirieron visibilidad e importancia en el debate público en torno a la legalización de la *muerte digna* y la ampliación de derechos en el final de la vida. El primero, refiere a la joven *Melina González* internada y operada en varias oportunidades en el Hospital de Pediatría Dr. J. P. Garrahan de Buenos Aires con una enfermedad degenerativa del SNC que sufría desde niña. En 2009 ante el constante sufrimiento solicitó por escribano público su decisión voluntaria de no mantenerse artificialmente conectada a un respirador mecánico; consideró que *la vida es un derecho y no una obligación a vivir sufriendo*. Luego que el Comité de Bioética del Hospital le denegara su petición voluntaria -entendían que su enfermedad no estaba en fase Terminal-, finalmente concedieron administrarle una medicación paliativa que le provocara una *sedación profunda*, falleciendo en marzo de 2011. Por ese entonces, M. González fue la primera paciente en solicitar al Presidente de la Nación Cristina Fernández su interposición, trasladándole su preocupación y la necesidad de discutir y aprobar en el Congreso Nacional una norma que posibilitara a los pacientes graves ejercer el derecho a una muerte digna; su situación dio lugar a reuniones convocadas por la Red Argentina de Bioética y Derechos Humanos, congregando

comités de bioética hospitalarios, asociaciones de bioética y la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia de la Nación (Diario Clarín, 2012).

Por fin, otro caso directamente vinculado a la aprobación de la denominada ley de *muerte digna* fue el de la niña *Camila Sánchez Herbón*; nacida en 2009 en el Centro Gallego de Buenos Aires, con un cuadro de encefalopatía o hipoxia cerebral; sin exhibir signos vitales, se le efectuaron maniobras de reanimación, diagnosticándosele desde entonces un cuadro de Estado Vegetativo Permanente e inalterable. Ante dicha situación, en 2011 los padres de la menor efectuaron una denuncia ante el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, manifestando su situación de salud y las prácticas médicas realizadas, mostrando su oposición a prolongar la vida de su hija por medio de respiración mecánica artificial y otras medidas de soporte vital; fundamentándose en la Convención de los Derechos del niño de la ONU y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO-, solicitaron la protección de los intereses de la niña incluyendo su derecho a una muerte digna en lugar de padecer el encarnizamiento terapéutico que afrenta su dignidad humana. No obstante, el Centro Gallego se negó a la demanda, convirtiéndose los padres de la menor (Selva Herbón y Carlos Sánchez), en fervientes militantes en favor de la causa de la muerte digna. En junio de 2012, luego de sancionarse la *Ley 26.742*, el citado nosocomio consiente en retirar progresivamente las medidas de soporte vital hasta el fallecimiento de la niña (Archivo Infojus, 2015).

De esta forma, el análisis de la jurisprudencia citada permite encontrar una clara consonancia entre los argumentos fácticos y legales esgrimidos por el Alto Tribunal al momento de pronunciarse sobre los casos concretos y la aplicación de la legislación sobre la temática en estudio; en todos los casos, enmarca sus resoluciones en el resguardo de los principios, derechos y garantías plasmados en la Carta Magna. En efecto, el examen de los fallos de la CSJN previos a la sanción de la Ley 26529 de 2009, se sostienen esencialmente sobre la base de tres derechos fundamentales inherentes a la persona humana, que son tutelados por la CN y los tratados internacionales de Derechos Humanos incorporados a ésta: el ejercicio de la libertad individual -sólo limitado en función del bien común y el interés social-, el amparo de la privacidad e intimidad personal y la autonomía subjetiva del enfermo al tiempo de aceptar o rechazar conscientemente un tratamiento médico; a sabiendas que podría ocasionarle un deterioro en su salud e incluso la muerte. En la imbricación de estos tres derechos, tácitamente se inscriben la potestad que toda persona (enferma o no), tiene a vivir con dignidad toda su existencia y a decidir sobre su propio cuerpo incluso hasta después de su fallecimiento. Con posterioridad, en los fallos dictados a partir de la segunda década de este

siglo, la CSJN incorpora visiblemente en sus decisiones la letra de la Ley 26529 y su modificatoria Ley 26742: opina en favor del instituto de muerte digna en enfermos graves e incurables, quienes en forma autónoma tienen la facultad de expresar su rechazo a cualquier tipo de intervención médica; ya sea por sí mismos mediante un consentimiento informado, o a través de sus familiares cuando su incapacidad les impida manifestar su voluntad. Siempre, en forma contundente el Alto Tribunal impugna el ejercicio de las prácticas eutanásicas, prohibidas por el ordenamiento jurídico vigente; no obstante, en circunstancias vitales de máximo dolor y sufrimiento da preeminencia a la autodeterminación personal del paciente y a su familia en la toma de decisiones por sobre la objeción de conciencia o el encarnizamiento terapéutico representado por la institución médica.

Finalmente a modo de síntesis, con el propósito de situar y entender con mayor exactitud en qué momento del desarrollo regulatorio sobre la problemática abordada se encuentra la legislación de Argentina, se confeccionó un cuadro compuesto por siete dimensiones: 1) Título y descripción del instituto, 2) Principios Jurídicos y derechos que le dan sustento legal, 3) Alcances: Beneficiario o destinatario de la regulación, 4) Procedimiento médico legal en el final de la vida, 5) límites del instituto, 6) Eutanasia y homicidio piadoso, 7) Actuación del equipo médico y autoridades sanitarias. A la vez que sintetiza las principales características legislativas de nuestra nación, permite en los capítulos subsiguientes su comparación con la normativa vigente en los países seleccionados en el estudio.

	Argentina
Título y descripción del instituto	Ley 26529/09 Derechos del Paciente en su relación con Profesionales e Instituciones de Salud; Ley 26742/12 Muerte Digna y Ley 26994/14 CCCN. Incluye las <i>Directivas Anticipadas en salud</i> y el <i>Consentimiento Informado</i> previo, obligatorio y voluntario de <i>autorizar o rechazar</i> , con o sin motivo, determinado tratamientos y procedimientos médico biológicos incluidos la hidratación y alimentación por <i>enfermedad definitiva</i> (irreversible, incurable y/o Terminal), o con lesiones gravísimas. También: a <i>rechazar tratamientos excesivos</i> (incluidas las medidas de soporte vital), respecto al pronóstico y/o impliquen un sufrimiento desmesurado. Siempre con la posibilidad de anular las Directivas Anticipadas y el Consentimiento Informado; y de acceder a Cuidados Paliativos Integrales para calmar su dolencia.
Principios jurídicos y derechos que le dan sustento legal	Autonomía personal de la voluntad e Inviolabilidad de la persona: respeto por la dignidad humana auto determinada, intimidad y privacidad del paciente; confidencialidad. A recibir Cuidado Asistencial y Paliativo, con Información clara y verdadera y el manejo de su H. Clínica.
Alcances: beneficiario y/o destinatario de la	<i>Persona y enfermo capaz y mayor de edad</i> , en estado Terminal e irreversible o con lesión que lo coloca en igual situación; o con sufrimiento desmesurado en relación con el pronóstico.

regulación	<i>Familiares o representantes legales del enfermo</i> ante su incapacidad (física o psíquica) o imposibilidad de manifestar su <i>Consentimiento Informado</i> . Siempre, se <i>garantiza</i> la toma de <i>decisiones del enfermo</i> durante el tratamiento sanitario.
Procedimiento médico legal en el final de la vida	La información de las Directivas Anticipadas o del C. Informado y voluntario - ante autoridad legal y testigos-, se incluye en acta en la H. Clínica firmada por el paciente/ representantes y equipo de salud. Consiste en la suspensión de tratamientos y de medidas que postergan, dolorosa, temporal y artificialmente, el deceso.
Posibles límites del instituto (colisiones y lagunas legales)	<i>No explícita</i> con claridad cómo se dirime la posible controversia práctica surgida del <i>conflicto de intereses</i> entre la manifestación de voluntad de los <i>pacientes menores de edad</i> con discernimiento y madurez y la posición de los <i>padres</i> o representantes legales. Tampoco, hace referencia a posibles conflictos legales debidos al ejercicio de la objeción de conciencia del equipo médico tratante.
Eutanasia y homicidio piadoso	Se la <i>considera inexistente</i> . Las prácticas eutanásicas (incluidas las médicas), <i>son prohibidas explícitamente</i> . La figura penal de <i>Homicidio Piadoso</i> no existe en el Código Penal de la Nación (CPA) vigente; no obstante, está incorporado en el art. 82 del Anteproyecto de Reforma Integral al CPA (Decreto 678/12).
Actuación del equipo médico y autoridad sanitaria	<i>Facultativos</i> deben <i>acatar la voluntad del enfermo</i> sin cuestionamiento alguno; el <i>médico</i> que actúa según las disposiciones establecidas por la legislación, <i>no será sometido a responsabilidad civil, penal o administrativa</i> producto de su actividad. La autoridad de aplicación normativa será: el <i>Ministerio de Salud de la Nación</i> y la <i>máxima autoridad sanitaria local</i> .

Conclusión Parcial

A lo largo del capítulo se examinó en detalle los antecedentes legislativos nacionales vinculados al tema en análisis. Por un lado la Ley 26.529/09, que establece los derechos centrales del paciente en su relación con el equipo de salud, acorde al principio de autonomía de la voluntad; por el otro, se analiza la Ley 26.742/12 de *muerte digna*, referida a los pacientes con *enfermedades definitivas*; incluye entre otros, el derecho legal a recibir cuidados paliativos y la posibilidad de renunciar voluntariamente a cualquier tipo de tratamiento que provoque sufrimiento y el mantenimiento artificial de la vida del enfermo. Estas cuestiones, fueron también receptadas por la Ley 26994/14 CCCN. Finalmente, se describieron una serie de referencias jurisprudenciales y casos paradigmáticos, como resultado de la discusión bioética y legal de la temática: los fallos de la CSJN postulan una enérgica reivindicación de los principios de la autonomía de la voluntad individual y la dignidad humana, cimentados en los artículos 14 y 19 de la Constitución Nacional.

Tomando como eje referencial la pregunta ordenadora de esta investigación jurídica, que interroga acerca de la posible ampliación de los derechos personales en el final de la vida a partir de la incorporación del instituto de muerte digna en el ordenamiento jurídico de Argentina, el análisis jurisprudencial y legislativo puso de manifiesto la existencia de una

serie de antecedentes jurídicos significativos a favor de los derechos de autonomía y autodeterminación de la persona; conforman un basamento firme desde donde ampliar los derechos sobre la toma de decisiones al final de la vida. De hecho, a los derechos consagrados en la CN, se sumaron durante los últimos diez años legislaciones que los receptan y amplían específicamente en el campo de la salud y especialmente en los procesos del morir.

No obstante, los avances logrados en la legislación nacional se ciñen al terreno de las enfermedades físicas, incurables e irreversibles tal como también se observa en la jurisprudencia analizada; no se constatan adelantos normativos en lo que respecta a la decisión personal de morir ante la presencia de padecimientos psíquicos o mentales y menos aún sobre la interrupción de la vida por voluntad propia sin mediar patología alguna.

En este sentido, la presentación de los casos en este capítulo exhibió la compleja interrelación existente entre el desarrollo jurisprudencial y la legislación de la temática, conjugando factores judiciales y extrajudiciales que posibilitaron un amplio debate acerca de la legalización de los procedimientos de muerte digna en 2012. Así, el estudio de la cuestión muestra que la ampliación de los derechos personales (incluidos los relacionados con el final de la vida), en su profunda vinculación con los derechos humanos, se apuntala en la progresiva consolidación del sistema democrático argentino.

Capítulo 3: Los procesos del morir en la legislación internacional

Introducción parcial

En respuesta a los objetivos específicos pertinentemente trazados, esta sección se propone presentar los antecedentes legislativos, doctrinarios y las fuentes jurisprudenciales en los países latinoamericanos y europeos seleccionados para la comparación con Argentina: se trata de Uruguay, Colombia, Países Bajos y Bélgica. Dichas naciones fueron particularmente seleccionadas dado su avance normativo en el proceso de ampliación de derechos en el final de la vida, en relación con otras ubicadas en sus respectivos continentes. Para una mejor comprensión de la situación normativa en cada uno de ellos se procederá a su descripción por separado.

3.1 Los derechos del final de la vida en Latinoamérica: aspectos legislativos, doctrinarios y jurisprudenciales en Uruguay y Colombia

Desde 2009 con la sanción legislativa de la *Ley N° 18.473*¹⁴ de Voluntad Anticipada (o de Buen Morir) y su reglamentación en diciembre de 2013, el Uruguay cuenta con un precepto de la autoridad pública que reconoce la facultad de las personas mayores de edad a declarar en forma previa, su voluntad de oponerse a recibir la aplicación de tratamientos médicos que pudieran dilatar su existencia en detrimento de su calidad de vida (Ley 18.473, 2009). En efecto, la normativa establece -artículos 1° al 5°-, que cualquier persona desahuciada o irreversiblemente enferma, mayor de 18 años y mentalmente capaz, diagnosticada y certificada por su médico tratante y corroborada por un segundo galeno en su historia clínica, puede refutar anticipadamente en forma autónoma, deliberada y conciente, la recepción de todo tratamiento médico que, buscando extender su supervivencia, provocare un menoscabo en su bienestar y condiciones de vida. Dicha manifestación anticipada de *oposición voluntaria*, continuará su eficacia si luego el individuo se encontrase con incapacidad jurídica o natural; no obstante, podrá ser anulada por el titular en cualquier momento –en forma oral ante el médico o por escrito-, quedando constancia de la decisión en su historia clínica. El *consentimiento informado*, se efectuará por escrito con la rúbrica del titular y la presencia de dos testigos, uno de los cuales podrá firmar a ruego en reemplazo del principal cuando éste no pudiera hacerlo; también, la voluntad podrá declararse mediante acta o escritura pública ante notario, siendo agregada a la historia clínica del paciente. Cabe aclarar que la ley, prohíbe expresamente al personal sanitario tratante y a los funcionarios de la institución asistencial, a constituirse en testigos y/ o representantes del paciente en cuestión. En todos los casos –según el artículo 6°-, el *consentimiento informado* deberá incluir la

¹⁴ Ley 18.473 de Voluntad Anticipada (2009). Publicada en el *Diario Oficial*, el 21 de abril 2009. Uruguay.

designación de un representante mayor de edad que vigile el cumplimiento de dicha voluntad en las situaciones donde el titular pudiese verse limitado en la toma de decisiones; dicho agente podrá ser reemplazado a solicitud del titular quien designará un sustituto para su representación.

Del mismo modo, la norma jurídica regula las situaciones donde el enfermo grave en fase Terminal no hubiera anunciado con antelación su voluntad y estuviera ahora impedido de hacerlo; el artículo 7° instituye un orden de prelación de las personas que podrían pronunciarse por el sufriente, resolviendo la suspensión de los procedimientos médicos: recaerá en el cónyuge y luego en los familiares en primer grado de consanguinidad, requiriéndose unanimidad en la decisión si concurriesen todos los familiares citados. Ante enfermos incapaces declarados (sin representante) y menores de edad, la determinación concernirá respectivamente al curador, los padres en ejercicio de la patria potestad o los tutores; estos últimos deberán consultar a los padres convivientes del paciente, cuando estos también sean menores. Si el paciente incapaz o menor de edad, contara con discernimiento y madurez suficiente, participará de la decisión junto a su representante legal y el médico tratante. Finalmente, los últimos cuatro artículos refieren al papel desempeñado por los facultativos y las instituciones sanitarias en el desarrollo de la situación de decisión y suspensión del tratamiento; según el artículo 8°, el médico tratante deberá informar a la Comisión de Bioética del nosocomio la determinación de interrupción del procedimiento, pronunciándose en un plazo de 48 horas luego del cual se la considerará implícitamente aprobada. Las instituciones sanitarias públicas y privadas, estarán obligadas a notificar todos los casos de suspensión de tratamiento a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública; asimismo, el artículo 11° prevé que las instituciones sanitarias deberán asegurar, sin condicionamientos ni discriminaciones, el cumplimiento de la voluntad anticipada del paciente (esté documentada por escrito o no). Asimismo, el artículo 9° estipula que la objeción de conciencia del clínico tratante –y la consecuente lesión en la potestad del paciente-, resultará justificación suficiente para convenir su reemplazo por otro profesional.

Con posterioridad, el espíritu de la ley bajo examen también se vio reflejado en la sanción de la *Ley 19.286*¹⁵ Código de Ética Médica, decretada por el Congreso de la Nación en septiembre del 2014, extensiva a todos los integrantes del Colegio Médico del Uruguay (Ley 19.286, 2014). En su Capítulo 6to. Sección 2da., referida al “Final de la Vida Humana”,

¹⁵ Ley 19.286. Código de Ética Médica (2014). Publicada en el *Diario Oficial*, el 17 de octubre de 2014. Uruguay.

el Código en sus artículos 46° al 49° confirma los postulados del instituto inicial: a la vez que respeta la *voluntad anticipada* del paciente que ha decidido rechazar un procedimiento médico por incongruente, la medida judicial rechaza la eutanasia activa. Además, dispone que ante la muerte encefálica del enfermo, no se implementara procedimiento o fármaco para dilatar dicho estado, con excepción de preservar órganos y tejidos para la investigación o trasplantes. En el caso de los pacientes desahuciados en fase Terminal, los profesionales de la salud se verán obligados a dispensarles responsablemente cuidados y alivio al sufrimiento físico y mental padecido, ayudándolos a morir dignamente según sus propios valores, sin ningún tipo de encarnizamiento terapéutico y potenciando su calidad de vida.

En la actualidad, cumplidos diez años de su sanción, la *Ley 18.473* constituye un pilar fundamental de la salud pública del país vecino; según noticias periodísticas, los datos estadísticos del Ministerio de Salud de la Nación relevados en 2017, muestran que la mayoría de los uruguayos (58%) está a favor de la normativa y al menos la mitad accedería a una muerte digna. Asimismo, los cuidados paliativos serían ampliamente utilizados por la ciudadanía de Montevideo (nueve de cada diez enfermos graves), siendo menor su empleo en el interior del país (Urwicz, 2019). De igual modo, un somero análisis de la normativa examinada permite observar su papel en la redefinición y caracterización tradicional de los *derechos humanos*; su perspectiva estrictamente social -que jerarquiza la manifestación de la voluntad y autonomía de los pacientes ante una ocasional patología incurable-, cuestiona el tradicional modelo estatal asistencial y paternalista. Sin embargo, algunos autores (Benítez, 2015), encuentran en el análisis del texto legal, la presencia de algunas imprecisiones surgidas en su formulación y posterior instrumentación; proponen un mayor debate y reflexión sobre la temática. En particular, destacan tres puntos débiles en el planteo del legislador uruguayo: a) en relación con *la expresión del consentimiento anticipado, voluntario e informado por parte del paciente desahuciado*, la normativa se expresaría términos confusos (por ejemplo, al definir persona *psíquicamente apta* y el desconocimiento de quién debería evaluar dicha capacidad en el declarante –escribano, médico, etcétera-). Además, resultaría ambigua cuando define la *patología Terminal, incurable e irreversible*, careciendo de parámetros precisos para su estimación: mientras la Terminalidad refería al tiempo de aplicación del procedimiento, las nociones de irreversibilidad e incurabilidad se asociarían al momento posterior al diagnóstico. b) respecto a *la instrumentación documental del consentimiento de voluntad anticipada* en forma escrita por formulario o ante escribano e incorporada en la Historia Clínica, constituye no solamente una prueba de aceptación del acto médico indicado, sino y esencialmente expresa la validez de esa información como documentación de voluntad por parte del

paciente: lo oral (entrevista médica) resulta efímero, lo escrito y documentado es duradero. Así, el instituto expondría ciertas imprecisiones al definir el procedimiento para documentar la declaración de voluntad: postula vagamente dónde efectuar dicha declaración –en cualquier institución médica o ante notario- y establece que su revocación podrá realizarse por documento privado sin la presencia de un escribano, o de manera oral y ante el médico tratante; plantea una contradicción seria. c) En relación con la *figura del representante – sustituto de la voluntad del titular-*, también aparecerían dificultades de interpretación: por ejemplo, en todos los casos el documento de manifestación de voluntad anticipada deberá incluir el nombramiento de un representante, aún en los casos en que el titular no quisiera nombrar a nadie. De igual modo, en las circunstancias donde el paciente no expresó su voluntad previamente o se encuentre imposibilitado de hacerlo, las formalidades previstas para su representación obvian que en el derecho uruguayo contemporáneo el concubinato reconocido por ley no disuelve el vínculo matrimonial anterior, pudiendo el paciente tener simultáneamente concubina y esposa durante su padecimiento. La ley no aclara qué decisión se aplicará; tampoco se establece prioridad entre ascendientes o descendientes pudiendo provocar desconcierto la existencia de múltiples familiares del paciente con potencial capacidad de decisión -hijos mayores de edad y padres del enfermo- (Benítez, 2015).

Resulta oportuno finalizar la exposición, recordando que Uruguay es pionera entre los países Iberoamericanos en el abordaje de la temática; cuenta con una normativa Penal que permite en ciertos casos excepcionales el *homicidio piadoso*. La Ley 9155¹⁶ Código Penal vigente desde 1934, si bien sancionaba la *eutanasia* como acción típica prevista en el artículo 310 (Homicidio) -definida como la acción u omisión de acotar directamente la vida de otro por compasión, con el propósito de eliminar su dolor y sufrimiento-, al citar las denominadas *causas de impunidad*, el Código menciona en su artículo 37 el *homicidio piadoso*; en términos prácticos, se vislumbra “una buena parte de las hipótesis eutanásicas” (Ley 9155, 2019 [1934]). El artículo 37° instituye a los magistrados la facultad de *exonerar de castigo* a los individuos que contando con antecedentes honorables -no siendo necesariamente profesionales de la salud-, hayan sido autores activos de un homicidio piadoso por móviles de piedad y a partir de repetidas súplicas de la víctima que sufriera un padecimiento objetivo. (Rodríguez- Almada, Curbelo, Pena y Panizza, 2000).

En el caso de la República de Colombia, la reflexión ética y jurídica acerca del derecho a una muerte digna, guarda una larga historia de antecedentes legales que

¹⁶ Código Penal. Ley 9.155. (1933). Imprenta Nacional, 1 de julio de 1934. Uruguay.

acompañaron de cerca las transformaciones culturales, políticas y sociales afrontadas por la sociedad colombiana desde los años sesenta del siglo XX. Dichos procesos institucionales se vieron acelerados a fines del siglo pasado, con la redacción de una nueva Constitución Política en 1991; de carácter plural y respetuosa de los derechos humanos, incorporó una carta de facultades individuales a ser garantizada por el Estado y planteó la conformación de una Corte Constitucional (en adelante CC) a cargo de la tutela del ordenamiento jurídico (Díaz Amado, 2017). Precisamente, la *Sentencia C-239/1997*¹⁷ de la CC sentó las bases para la despenalización del derecho a morir –*homicidio por piedad o procedimientos eutanásicos*–, sosteniendo su resolución en el resguardo de los principios constitucionales del libre desarrollo de la personalidad, autonomía, dignidad humana y solidaridad de las personas; conceptos jurídicos plasmados en los *Principios Fundamentales y Derechos, Garantías y Deberes* de la Constitución Política de Colombia (2019 [1991]).

No obstante, como antecedentes en el abordaje de la materia, se reconocen la *Ley 23/81*¹⁸ del Congreso Nacional y la *Resolución 13.437/91*¹⁹ del Ministerio de Salud. La primera normativa, refiere a los aspectos éticos de la profesión médica, resultando de interés las observaciones vertidas en el artículo 1° apartado 3ero de la *Declaración de Principios*: dispone que el médico en su actividad “se ajustará a los *principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad*”; también, el artículo 13° referido a la *Práctica Profesional*, establece que el facultativo utilizará todos los procedimientos y medicamentos a su disposición mientras exista posibilidad de aliviar o sanar la enfermedad pero, ante “*el diagnóstico de muerte cerebral, no [será] su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales*” (Ley 23, 2019 [1981]) [La cursiva es nuestra]. En el segundo caso, la *Res. 13.437/91*, dio marco legal a la conformación de los Comités de Ética Hospitalaria, a cargo de profesionales y representantes comunitarios, decretando además la utilización del Decálogo de los Derechos del Paciente; se estableció la comunicación plena del paciente, su familia y el médico, intercambiando información sobre la dolencia y los procedimientos, dejando constancia escrita de su consentimiento o rechazo (art. 1°, párrafo 2)-. También, dispone la facultad de recibir la mejor asistencia médica durante toda la enfermedad, respetando la voluntad del paciente en el caso de sufrir una patología irreversible y en fase Terminal (*derecho a morir dignamente*).

¹⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-239/97. Homicidio por piedad. 20 de mayo 1997. Colombia.

¹⁸ Ley 23 (1981). Publicado en el *Diario Oficial*, el 27 de febrero 1981. Colombia.

¹⁹ Resolución 13.437. Ministerio de Salud y Protección Social. Publicado en el *Diario Oficial* el 3 de noviembre de 1991. Colombia.

Finalmente, la resolución ministerial considera las decisiones del paciente respecto a recibir o rechazar asistencia religiosa y a donar sus órganos luego de su deceso (Res. 13.437, 2019 [1991]).

A partir de lo anterior, la *Sentencia C-239/97* de la CC confirma la tendencia normativa por la cual el ordenamiento jurídico colombiano se pronuncia crecientemente por la protección de los derechos del paciente desahuciado y una *muerte digna*. Así, en 1996, ante a una demanda de inconstitucionalidad interpuesta por el ciudadano J. Parra cuestionando la legitimidad del *homicidio por piedad* -receptado por el artículo 326° del Código Penal²⁰ en los términos de: la persona “que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años” (Decreto Ley 100, 1980)-, la CC no sólo rechazó la demanda declarando que el mentado artículo se ajustaba a la Constitución Política, sino que también relevó de toda responsabilidad penal al personal calificado, autor del *homicidio por piedad* que hubiera realizado tal procedimiento respondiendo al pedido –libre, consciente y voluntario- de un enfermo Terminal acosado por intenso sufrimiento; de igual modo, exhortó al Congreso Nacional a reglamentar prontamente la *muerte digna*.

La resolución de constitucionalidad de la CC –apoyada por el Defensor del Pueblo, Ministerio Público, Fiscal General de la Nación y el Ministro de Justicia-, resaltó el compromiso del Estado a resguardar la vida humana y a establecer regulaciones precisas sobre: I) la *modalidad del consentimiento del sujeto pasivo* –por voluntad, de forma genuina, libre e inequívoca, con autorización judicial, profesionalmente asesorado por expertos, verificado rigurosamente por personas competentes y sin sufrir un estado de depresión transitoria-, y II) los *modos de obrar o ayudar a morir por parte del sujeto activo* (médico o sujeto calificado que debería intervenir en el proceso para obtener el resultado filantrópico). Según la CC, el sistema de salud estatal está obligado a brindar en forma permanente adecuados cuidados paliativos al enfermo Terminal, limitando el *homicidio pietístico y consentido* sólo a aquellos que lo solicitan libre, voluntaria y conscientemente; también, deberá promover la realización de actividades educativas sobre el valor de la vida y el ejercicio activo y socialmente responsable de la libertad y la autonomía personal.

De este modo, amparada en los principios y derechos establecidos por la Carta Magna, la CC establece que el Estado deberá garantizar a los pacientes desahuciados que no quieran seguir viviendo y que lo *consientan* voluntaria, directa y libremente se les ayude *a morir*

²⁰ Decreto Ley 100. Código Penal (1980). Publicado en el *Diario Oficial*, el 20 de febrero 1980. Colombia.

dignamente, siendo el médico el sujeto activo capaz de informar y brindar las condiciones necesarias para dicho desenlace. Así, en el *homicidio por piedad* el accionar del galeno carece de *antijuridicidad*; “*se trata de un acto solidario que no se realiza por la decisión personal de suprimir una vida, sino por la solicitud de aquél que por sus intensos sufrimientos, producto de una enfermedad Terminal, pide le ayuden a morir*” (Corte Constitucional, 1997) [La cursiva es nuestra].

Con posterioridad, hasta 2015 la regulación del derecho a morir dignamente - *homicidio pietístico ante determinadas situaciones*-, transitó por una zona gris hasta su formalización definitiva; a la vez, que despenalizada por la CC, careció de un marco legal apropiado que reglamentara las condiciones de su concreción en las instituciones del servicio público de salud (Díaz- Amado, 2017). Hubo sin embargo, una serie de avances parciales en el terreno legislativo: 1) el *Decreto 2493/04*²¹ reglamentó dentro del Ministerio de Salud la obtención y donación de órganos, los procedimientos de transplante en humanos y la definición del diagnóstico de muerte encefálica en menores y mayores de 2 años (Ministerio de Salud, 2004). 2) la *Ley 1733/14*²² Consuelo Devis Saavedra, sancionada por el Congreso Nacional que reglamentó para el sistema de Salud los servicios integrales de cuidados paliativos y regula los derechos de las personas con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, que padecen alto impacto en su calidad de vida: derecho a la información, a suscribir el documento de Voluntad Anticipada, a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en cuidados paliativos; derechos específicos correspondientes a los pacientes niños y adolescentes, etcétera (Ley 1733, 2014; Bolívar-Góez y Gómez- Córdoba, 2016). 3) la *Sentencia T- 970/14*²³ de la CC, consecuencia de una *acción de tutela* interpuesta por la Sra. Julia, enferma en fase Terminal con intenso sufrimiento, quien reclamaba al establecimiento sanitario donde estaba internada le dispensaran los procedimientos médicos relativos a la *muerte digna* (eutanasia), que sistemáticamente le negaban invocando la ausencia de normas de regulación. Aunque la paciente finalmente falleció sin recibir los cuidados solicitados, la CC se pronunció por el fondo de la cuestión, considerando que estaban siendo soslayados por la acción/ omisión de la autoridad pública y sanitaria, los derechos constitucionales fundamentales vinculados “*a decidir cómo y cuándo morir y [que] se concreto en su imposibilidad de finiquitar el dolor*

²¹ Decreto 2493 (2004). Ministerio de Salud y Protección Social. Publicada en el *Diario Oficial* el 5 de agosto de 2004. Colombia.

²² Ley 1733 (2014). Consuelo Devis Saavedra. Publicada en el *Diario Oficial*, el 8 de septiembre 2014. Colombia.

²³ Corte Constitucional. Sentencia T- 970/ 14. Muerte digna. 15 de diciembre 2014. Colombia.

que experimentaba por medio del procedimiento que consideraba más adecuado para el efecto”. Para situaciones similares futuras, la CC fijó una serie de “reglas relativas al procedimiento de eutanasia como forma de garantizar el derecho a morir dignamente”, confirmando los dichos de su Sentencia C-239/1997 (Corte Constitucional, 2014) [*La cursiva es nuestra*]. Asimismo, en un plazo de 30 días hábiles de su presentación, ordenó al Congreso Nacional reglamentar el derecho fundamental a morir dignamente y a las autoridades del Ministerio de Salud que emita una guía dirigida a los prestadores del servicio de salud, conformando un comité interdisciplinario para cumplir con las obligaciones establecidas por la CC.

Posteriormente, el Ministerio de Salud dio cumplimiento a lo ordenado por la CC a partir de la *Resolución 1216/15*²⁴ y *Resolución 4006/16*²⁵: establece para todo el país, los criterios reglamentarios para la realización de cuidados paliativos, la protocolización de los procedimientos eutanásicos y la organización de los Comités Científico Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad; ratifica los lineamientos del Alto Tribunal afirmando que “el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad”. (Res. 1216, 2015). En 2016, también dentro de la órbita ministerial se creó un Comité Interno de altos funcionarios y expertos -del área Judicial, Prevención y Promoción y Atención Primaria de la Salud-, para la vigilancia de los procedimientos médicos autorizados por los Comités Científico Interdisciplinarios hospitalarios: el “Comité Interno orientará su gestión de análisis y control de los procedimientos referidos hacia la garantía del goce efectivo del derecho a morir con dignidad, de acuerdo con las Sentencias C-239/97 y T-970/14, ambas de la Corte Constitucional”. Asimismo, ante posibles irregularidades el organismo efectúa observaciones pertinentes velando por la confidencialidad de la información de los pacientes; elabora estadísticas e informes anuales del cumplimiento de su actividad y participa en la regulación al derecho a morir dignamente (Res. 4006, 2016).

En síntesis, la legislación y reglamentación colombiana del derecho a una *muerte digna* –cuidados paliativos y despenalización de los procedimientos médicos eutanásicos-, estuvo atravesada por grandes transformaciones políticas, jurídicas y culturales. En la discusión, ocupó un lugar relevante la CC con sus resoluciones de 1997 y 2014, basadas en la defensa de los principios constitucionales de la dignidad humana, el respeto por la autonomía de los pacientes y la solidaridad; constituyeron un verdadero triunfo en la defensa de los

²⁴ Resolución 1216 (2015). Ministerio de Salud y Protección Social. Publicada en el *Diario Oficial* el 21 de abril 2015. Colombia.

²⁵ Resolución 4006 (2016). Ministerio de Salud y Protección Social. Publicada en el *Diario Oficial* el 5 de Septiembre 2016. Colombia.

derechos civiles e individuales. No obstante, hoy se observan debates y controversias entre magistrados y sectores de la sociedad civil relacionados con: la eutanasia en niños y en personas discapacitadas, el derecho al suicidio asistido y el acceso real, extendido y garantizado de todos los ciudadanos a la atención en salud, los cuidados paliativos y al ejercicio de una muerte digna (Delgado- Rojas, 2017; Díaz- Amado, 2017).

Finalmente, en forma esquemática se detallan los aspectos centrales de la normativa específica referida a los países latinoamericanos examinados; se retoman las siete dimensiones oportunamente descritas en el caso de la legislación de Argentina, posibilitando su comparación.

	Uruguay	Colombia
Título y descripción del instituto	<p>Ley 8473/09 de Voluntad Anticipada; Ley 19286/14 Código de Ética Médica.</p> <p>Incluye la manifestación de <i>Oposición anticipada</i> (OA) y voluntaria (autónoma, deliberada y consciente) y el <i>Consentimiento Informado de recibir todo tipo de tratamiento médico</i>, que extienda la supervivencia provocando un menoscabo en <i>el bienestar y condiciones de vida</i>.</p> <p>La OA <i>no pierde eficacia</i> luego, por incapacidad de la persona; siempre, el titular <i>puede anularla</i> oralmente ante el médico o por escrito en la HC.</p> <p>Todos los enfermos en fase Terminal recibirán <i>cuidados para morir dignamente</i>.</p>	<p>Ley 1733/14 CD Saavedra Res 1216/15 Res 4006/16.</p> <p>Incluye el documento de <i>Renuncia Voluntaria</i>, libre, consciente y anticipada a procedimiento y tratamientos médicos innecesarios, excesivos y que desconozcan la vida digna al enfermo en fase Terminal irreversible. Tampoco a recibir <i>asistencia religiosa</i> y decidir sobre la <i>donación de órganos</i>.</p> <p>También, Consentimiento Informado y asesorado.</p> <p>En todos los casos, libre acceso a Cuidados Paliativos Integrales: incluye implementar Prácticas de Eutanasia para garantizar el derecho a morir dignamente y la organización Ministerial de Comités Científicos Int. Hosp. para el derecho a morir con dignidad.</p>
Principios jurídicos y derechos que le dan sustento legal	<p>Manifestación de la <i>Autonomía personal de Voluntad</i> y a recibir cuidados y <i>Morir dignamente</i> según los propios valores del enfermo.</p>	<p>Principio de la dignidad humana, el respeto a la Autonomía personal, libertad e identidad personal y privacidad del paciente; de Solidaridad. Derecho a una muerte digna; el sistema pluralista</p> <p>Voluntades anticipadas, a recibir Cuidados Paliativos Integrales:</p> <p>Eutanasia y bien morir entre otros.</p>
Alcances: beneficiario y/o destinatario de la regulación	<p><i>Persona mayor de 18 años, capaz</i> que transita la fase Terminal de una Enfermedad Incurable, irreversible y diagnosticada por dos médicos en la H. Clínica.</p> <p>También, incluye a <i>menores de edad e incapaces</i> con discernimiento y madurez suficiente, por representación de los padres, tutores o curadores.</p>	<p><i>Persona mayor de edad</i>, mentalmente <i>capaz e informado</i>, con patología irreversible, crónica, degenerativa y en fase Terminal con sufrimiento.</p>

<p>Procedimiento médico legal en el final de la vida</p>	<p>La <i>Refutación Anticipada</i> y voluntaria de tratamiento por enfermedad Terminal certificada por 2 médicos (a cargo y consultor), en la H. Clínica; el <i>Consentimiento Informado</i>, escrito ante 2 testigos o por escritura pública; con designación de un representante. Sin Refutación. Anticipada ante E. Terminal: Orden de Prelación para definir la <i>suspensión de tratamiento</i>.</p>	<p>El <i>médico calificado</i> a cargo de los <i>Cuidados Paliativos Integrales</i>: incluye la suspensión del tratamiento (<i>homicidio pietístico y consentido</i>), en el caso solicitado libre, voluntaria y consciente.</p>
<p>Posibles límites del instituto (colisiones y lagunas legales)</p>	<p>Persisten imprecisiones en la noción de patología Terminal e insuficiencias en la formulación legal y posterior instrumentación del <i>Consentim. Informado</i>. También, en todos los casos se exige una figura de representante, aún cuando el interesado no lo desee.</p>	<p>Se constatan imprecisiones sobre ciertos aspectos lícitos vinculados al instituto y que son parte de los derechos de los pacientes: acceso a los datos clínicos personales, designación de un representante la voluntad de morir en el hogar, entre otros. Aún, no existe consenso y definición sobre: eutanasia en niños y personas con discapacidad; suicidio asistido; acceso real a cuidados paliativos y muerte digna para toda la población colombiana.</p>
<p>Eutanasia y homicidio piadoso</p>	<p>Se rechaza la eutanasia activa (Ley 19286). Se reconoce la posibilidad de “<i>exoneración de castigo</i>” al que comete “<i>homicidio piadoso</i>”, aún cuando no sea profesional de la salud; según art. 37 del Código Penal de 1934.</p>	<p><i>Homicidio por piedad</i> (obrado por médico o sujeto calificado), se sostiene en el principio de <i>solidaridad</i>: constituye una ayuda humanitaria cuyo móvil es altruista.</p>
<p>Actuación del equipo médico y autoridad sanitaria</p>	<p><i>Médico a cargo</i> informa a la Comisión de Bioética para que ésta se pronuncie; en caso no hacerlo en 48 horas se dará por aprobada la suspensión de tratamiento. El <i>Médico</i> con “<i>objeción de conciencia</i>”, es reemplazado por otro profesional Todos los casos del S. Sanitario público/ privado deberán ser notificados a la Com. Bioética del Min. Salud Pública Nación.</p>	<p><i>Médico tratante</i> emplea medicación y procedimiento mientras exista la posibilidad de sanar la enfermedad; <i>debe proteger al enfermo del sufrimiento y mantener incólume su integridad</i>. Si existe muerte cerebral no hay obligación de mantener otros órganos en funciones por medios artificiales. Puede plantear la “<i>objeción de conciencia</i>” y de inmediato reemplazado por otro profesional. El Ministerio de Salud y Protección Social: establece los criterios, protocolos y fiscalización. Conformación de Comités Científicos Interdisciplinario para el Derecho a morir con Dignidad en todas las instituciones de salud; con amplias funciones.</p>

3.2 Los derechos del final de la vida en Europa: aspectos legislativos, doctrinarios y jurisprudenciales en Países Bajos y Bélgica

En el caso de los Países Bajos, los antecedentes históricos, sociales y culturales en el surgimiento de la norma estudiada, se sitúan entre los años 1970 y 1980 cuando distintos espacios institucionales mostraron interés en la problemática: 1) a nivel político y de la sociedad civil, el apoyo de parlamentarios progresistas pro derechos, asociaciones civiles y profesionales -Asociación Holandesa por la eutanasia voluntaria, la Red de Cuidados

Paliativos a Pacientes Terminales y la Real Asociación Médica Holandesa-; 2) la existencia de un sistema sanitario de alta tecnología, amplio, gratuito y con cuidados paliativos, caracterizado por la excelente relación médico- paciente; 3) el aumento demográfico de la población de ancianos, y 4) a nivel judicial, los Ministerios de Justicia y Sanidad, solicitaron la formación de una Comisión Estatal sobre Eutanasia (Andruet, 2001). Durante esos años las consideraciones legales vinculadas a la temática, fueron tratadas mayoritariamente por el Tribunal Supremo (en adelante TS), en desmedro del accionar parlamentario; la jurisprudencia del TS asimilada como regla por los tribunales inferiores holandeses, ordenó legal y penalmente la actuación de los médicos que llevaban adelante procedimientos de interrupción de la vida a pedido del paciente (Tomás y Valiente, 1997; Tak, 2003). Precisamente en esos años, se destacaron tres casos clínicos sobre los que el TS sentó jurisprudencia: 1) En 1973 el caso Geertruda Postma²⁶, tramitado ante el Juzgado del Distrito de Leeuwarden, contra una médica procesada por dar fin a la vida de su anciana madre enferma Terminal, a pedido de ésta, utilizando una dosis letal de morfina; fue encontrada culpable, aplicándosele un año de prisión en suspenso, el cumplimiento del instituto de la *probation* y una inhabilitación ‘simbólica’ de una semana. La resolución del Tribunal consideró que se trataba de una paciente médicamente incurable que había solicitado con anterioridad -en forma oral y escrita- su voluntad explícita de interrumpir su vida con ayuda; la sentencia encontró fundamento en el *estado de necesidad exculpante* establecido en el artículo 40 del Código Penal Holandés que dispone la no punibilidad de la persona que se viera obligada a cometer un acto debido a razones de fuerza mayor. 2) En 1983 en el caso Schoonheim²⁷, el Tribunal del Distrito de Alkmaar absolvió a un galeno cuyas prácticas eutanásicas ocasionaron la muerte de una enferma minusválida a solicitud de ésta. El TS como instancia de apelación, manifestó que la terminación de la vida provocada por el médico siguiendo observaciones clínicas objetivas estaba justificada en el *estado de necesidad exculpante*; si bien colisionan el deber profesional de actuar conforme a razones objetivas y de ética médica y la obligación ciudadana de someterse a la ley penal vigente, la decisión del galeno estaba justificada, 3) En 1984 la causa Wertheim²⁸ ventilada ante el Tribunal del Distrito de Róterdam, refirió al caso de una persona que ayudó a suicidarse a una amiga de 67 años quien, equivocadamente, creía estar enferma de cáncer. Si bien el Tribunal condenó al autor a seis meses de cárcel, incorporó en su considerando dos requisitos nuevos: el

²⁶ Tribunal del Distrito de Leeuwarden. 21 de febrero 1973, NJ 1973, núm. 183. Países Bajos.

²⁷ Tribunal del Distrito de Alkmaar. 10 de mayo de 1983, HR 12 noviembre 1984, NJ 1985, núm. 106. Países Bajos.

²⁸ Tribunal del Distrito de Rotterdam, 24 de noviembre 1984, NJ 1985, núm. 63. Países Bajos.

procedimiento de finalización de la vida a solicitud, debe ser ejecutado por un médico el cual deberá informar sobre el pronóstico de salud y los tratamientos posibles al enfermo.

Luego en 1991 se conoció el Informe del Comité Remmelink a cargo del Fiscal General del TS, con datos sobre las prácticas médicas eutanásicas en Holanda; la mayoría de los facultativos actuaban con gran cuidado ante la solicitud del paciente de terminar con su vida, siendo el sufrimiento insoportable y el deseo de morir dignamente, las principales razones esgrimidas por el enfermo en su pedido. Resultado del Informe, las autoridades de los Ministerios de Justicia y Sanidad -garantes de los aspectos penales y médicos de la eutanasia-, propusieron al Parlamento, establecer canales de comunicación legal con la Fiscalía para conocer sobre los actos y decisiones médicas al final de la vida, evaluando en cada caso su ilicitud o no. Asimismo, en 1996-97 un Informe gubernamental propuso una nueva política con la eutanasia: la valorización de los cuidados paliativos terminales, protocolización diferencial de las decisiones médicas de finalización de la vida en pacientes competentes y no competentes y la conformación de dos tipos de Comités Multidisciplinarios de Revisión: 1) a nivel regional para personas que solicitan expresamente la interrupción de la vida y 2) a nivel nacional para los casos sin petición o deseo manifiesto (Tomás y Valiente, 1997; Tak, 2003).

El examen jurídico de dos nuevos casos clínicos, permitió profundizar aún más en la temática: 1) En 1994 el TS resolvió en el caso Chabot²⁹, referido al pedido de interrupción de la vida ejercido por una paciente psiquiátrica grave de mediana edad quien manifestaba recurrentemente conductas suicidas y los tratamientos psiquiátricos resultaban ineficaces; su psiquiatra, luego de efectuar entrevistas psicológicas y consultar a colegas concluyó que ningún tratamiento existente resultaría efectivo, decidiendo responder a la solicitud de la paciente de poner fin a su vida. En su sentencia el TS consideró que el motivo del sufrimiento intolerable podía no ser exclusivamente resultado de un desorden corporal, existiendo también padecimientos de índole mental incurables e insoportables; ante ellos, el magistrado deberá manejarse con sumo cuidado y decidir si el *estado de necesidad* es estimable, requiriendo la opinión de un profesional independiente que haya examinado al paciente. 2) A comienzos de este siglo, el Tribunal del Distrito de Haarlem³⁰ se expidió en el caso de un ex senador octogenario, que habiendo quedado viudo y cansado de vivir, solicitó a un facultativo la interrupción de su vida; si bien, ninguna ley establecía la *decisión propia* como causa legal para la finalización de la vida, el médico responsable no fue condenado.

²⁹ Tribunal Supremo. HR 21 junio 1994, NJ 199 4, núm. 656. Países Bajos.

³⁰ Tribunal del Distrito de Haarlem, 30 octubre 2000, E/50 núm. AA 7962. Países Bajos.

En *síntesis*, la jurisprudencia instituida por el TS holandés a finales de los años noventa, permitía la terminación de la vida a pedido, estableciendo una serie de requisitos *objetivos* -definen al enfermo como médicamente incurable y sin posibilidades de mejoría por tratamiento- y *subjetivos* -referidos al carácter insoportable o grave del padecimiento físico y mental sufrido-. El enfermo debía manifestar previa, autónoma y libremente, en forma oral o escrita, su voluntad (incluso en enfermos psiquiátricos y dementes), de recibir ante el sufrimiento, ayuda profesional para terminar con su vida; incluida asistencia médica al suicidio. Siempre, exhibirá entendimiento racional e informado de la disposición adoptada y de sus consecuencias.

En 1999 haciéndose eco de la jurisprudencia del TS y el accionar del Ministerio Fiscal, el Poder Ejecutivo presentó al Parlamento un proyecto de ley sobre la temática; dispensaba de responsabilidad penal al facultativo que practicara la terminación de la vida a solicitud del paciente, siguiendo estrictos cánones médico legales en circunstancias y bajo precauciones muy restrictivas (Tak, 2003). Luego de arduas discusiones en el recinto y tras quince meses de elaboración parlamentaria, la *Ley 26.691/01*³¹ de terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio con asistencia médica (WTL por sus siglas en neerlandés), terminó siendo primero aprobado por la Cámara Baja (104 votos contra 40) y luego por el Senado (46 a 28); entró en vigor en abril de 2002 (Anduret, 2001; Tak, 2003).

Grosso modo, cuatro fueron los puntos de mayor controversia en el debate legislativo: a) los opositores al Proyecto concebían la vida como un derecho humano de protección absoluta más allá del estado de salud o enfermedad, imponiendo al moribundo la aplicación de cuidados paliativos; b) postulaban que aceptar el Proyecto, provocaría luego una *pendiente resbaladiza*, consintiendo la interrupción de la vida en personas discapacitadas, enfermos con retraso mental grave, etcétera; c) consideraban un acto inmoral matar a otra persona, aún cuando ésta lo pidiera explícitamente; y d) el Proyecto original presentaba un artículo referido a la finalización de la vida a solicitud de pacientes adolescentes de entre 12 y 16 años incurables y capaces de administrar sus intereses -pero contra la voluntad de los adultos a cargo-; éste fue mayoritariamente reprochado por los parlamentarios, siendo retirado de la propuesta. Respecto a las impugnaciones, el Ejecutivo recalcó que la propuesta protegía la vida como tal y sólo en ciertas circunstancias médico legales delimitadas y excepcionales permitía la finalización de la vida; la obligación de una segunda consulta con otro médico especialista y la investigación ulterior del caso por parte del Comité de Revisión, darían

³¹ Ley 26.691 (2001). De comprobación de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio con asistencia médica. (WTL por sus siglas en neerlandés). 4 de abril 2002. Países Bajos.

garantía a la protección de la vida. En referencia al riesgo de implementar procesos médicos de finalización de la vida en forma abusiva y descontrolada, el gobierno consideró que se trataba de especulaciones carentes de evidencia empírica; planteó igual consideración, al supuesto carácter inmoral de las prácticas eutanásicas en situaciones de emergencia y ante el deseo del paciente de morir dignamente (Tack, 2003). Más allá de sus diferencias, los partidarios y detractores de la *Ley 26.691 (WTL)*, coincidieron en valorar sus características de claridad explicativa, construcción sintáctica, confección, metodología y capacidad comprensiva, conformando una pieza legal *técnicamente recomendable* (Andruet, 2001; Jong y Van Dijk, 2017; Tak, 2003).

Conformada por veinticuatro artículos agrupados en cinco capítulos, la norma establece las circunstancias específicas y los mecanismos médico legales que deben implementarse al momento de llevar a cabo la WTL. El articulado define con precisión los actores involucrados y sus funciones: los ministros de Justicia y Sanidad, el médico que asiste el acto eutanásico a pedido del paciente o presta auxilio al suicidio y el médico independiente consultado ante el caso específico de eutanasia, los asistentes sociales y las Comisiones Regional de Comprobación y Estatal de Salud Pública; asimismo, establece los requerimientos subjetivos y objetivos que el galeno responsable tiene obligación de ponderar en el paciente, para luego implementar el procedimiento eutanásico acorde a la ley. Deberá estar totalmente convencido que la solicitud explícita del enfermo es voluntaria y meditada y su padecimiento insoportable y sin posibilidad de mejora; corresponderá anoticiarlo de su situación médica actual y perspectivas, coincidiendo médico y paciente en que no existe otra tramitación para su cuadro (Jong y Van Dijk, 2017). Además, el médico responsable deberá *consultar a otro médico independiente* que también haya evaluado al paciente, presentando su dictamen por escrito. Siempre, el facultativo se comprometerá a llevar la terminación de la vida a pedido o la ayuda al suicidio, con el mayor “cuidado y esmero profesional posible”, en pacientes *mayores de 18 años* plenamente conscientes o que hayan expresado voluntades anticipadas por escrito previo al estado de incapacidad; también, los *enfermos con al menos 16 años*, plenamente conscientes o que hayan declarado su voluntad anticipada por escrito previo a la discapacidad y los *menores de 12 a 16 años* con madurez suficiente, si los padres o tutores participan en la toma de decisión o prestan su *acuerdo* con la decisión del menor. También, la ley especifica la conformación y funcionamiento de las Comisiones Regionales de Evaluación de la Eutanasia (CRE) que evalúan las notificaciones de casos que requirió del procedimiento sanitario eutanásico y el consecuente cumplimiento de los criterios legales por parte del facultativo a cargo; son organismos interdisciplinarios, seleccionados y supervisados

por los Ministerios de Sanidad y Justicia. Ante cada caso, la CRE en un plazo de 6 semanas desde la recepción del Informe Médico, elabora un dictamen sobre el procedimiento eutanásico evaluado, pudiendo transferir los resultados a la Fiscalía General y al órgano de inspección regional de la Sanidad; el médico infractor puede ser llevado ante los estrados judiciales o comenzar un procedimiento disciplinario en el Ministerio de Salud. También, anual y públicamente la CRE eleva un informe completo de sus actividades a las autoridades ministeriales y al Parlamento con ocasión de la discusión del presupuesto. Finalmente, en su Capítulo 4 “Modificaciones en otras Leyes”, la normativa estipula reformas en el Código Penal y en la Ley Reguladora de los Funerales; deja de ser punible el procedimiento eutanásico en determinadas y específicas circunstancias y modifica la confección de los certificados de defunción de los casos donde se aplicaron procedimientos eutanásicos legales (Ley 26.691, 2001; Asociación Federal DMD, 2016a).

Desde su entrada en vigor, la práctica regulada de la eutanasia en los Países Bajos se halla bajo constante observación pública, habiendo sido periódicamente evaluada por comités independientes de expertos; paulatinamente el número de prácticas eutanásicas se ha venido incrementando: en 2016 representaba el 4% de todas las muertes contabilizadas y una amplia mayoría de la sociedad holandesa (8 de cada 10) apoya su ejercicio según los criterios establecidos por la ley (Ferrer, 2017; Gert van Dijk, 2017). No obstante, los casos más complejos (pacientes menores de edad, pacientes con patología mental y psiquiátrica), siguen generando controversias: en 2014 se implementaron por primera vez procedimientos eutanásicos, en una paciente de 64 años de la localidad de Brabantate que padecía un cuadro de demencia avanzada y que oportunamente había expresado su voluntad en un testamento vital; tuvo que esperar 8 años hasta que su solicitud fue aprobada por el médico responsable y el experto independiente. También en 2016, un paciente de 41 años, maníaco depresivo y alcohólico grave, resistente a todo tipo de tratamiento médico expresó su voluntad de morir; el galeno responsable evaluó que el cuadro era irreversible y el caso fue considerado correcto por la CRE, no siendo remitido a la Fiscalía General (Ferrer, 2017). Desde 2017 se suma al debate social, una propuesta de la ex ministra de Sanidad Edith Schippers, de ampliar la legalización al grupo etario con *cansancio vital* o *vida agotada*: son las personas de edad avanzada que sin sufrir una enfermedad insoportable e incurable y con independencia del criterio médico, deciden voluntariamente que el valor de sus vidas ha disminuido significativamente y prefieren morir. Hasta hoy, la discusión no está saldada, razón por la cual la eutanasia en dichos casos no es posible (Mahieques, 2017).

En Bélgica, el proceso de regulación de los derechos al final de la vida abierto en 1990, siguió de cerca con sus semejanzas y diferencias, la experiencia holandesa; en aquel país, coexisten tradiciones religiosas muy enraizadas y propuestas políticas progresistas, haciendo que la reglamentación de los cuidados paliativos y la despenalización de la eutanasia en situaciones determinadas, surgieran como consecuencia de un profundo y extendido debate social.

Desde un comienzo, la democracia cristiana y la jerarquía eclesiástica (cultural y sanitariamente influyente entre flamencos y valones), dirigieron la oposición a la legalización de la eutanasia; sin embargo, los efectores de salud católicos (de significativa importancia en la organización del sistema de salud belga), usualmente implementaron *cuidados paliativos integrales*, incluyendo prácticas eutanásicas cuando el enfermo Terminal voluntariamente lo solicitaba ante un sufrimiento insoportable. También, resultado de un acelerado proceso de secularización social, diversos partidos políticos progresistas y organizaciones de derechos civiles (Asociación por el Derecho a Morir Dignamente), bregaron por la promulgación de una ley; al igual que en los Países Bajos en los años ochenta y noventa, las prácticas eutanásicas en Bélgica eran ilegales y estaban sancionadas por el Código Penal y sin embargo, en los hechos su ejercicio era habitualmente tolerado por la sociedad (Londa y Barrio Cantalejo, 2012).

Según el Consorcio Europeo, a mediados de los años noventa, un cuarto de los médicos y casi la mitad de las enfermeras consultadas afirmó que la *eutanasia activa* era una práctica corriente en Bélgica; de igual modo, casi el 90% de los facultativos entrevistados admitió que en su actividad, alguna vez decidió suspender o evitar tratar un paciente desahuciado para prolongar inútilmente su sufrimiento (Asociación Federal DMD, 2013; Asociación Federal DMD, 2016b).

En un marco de creciente debate social, la temática examinada fue arena de acaloradas disputas políticas y culturales: entre 1994 y 1999 se presentaron al parlamento belga alrededor de doce proyectos de ley para la regulación de la eutanasia, los cuales fueron sistemáticamente rechazados por la mayoría parlamentaria de la democracia cristiana. En 1997 el Comité Consultivo de Bioética de Bélgica, a pedido del parlamento elaboró un Informe considerando pertinente la liberalización y reglamentación de la práctica de la eutanasia en determinadas situaciones; brindó una definición precisa del concepto y los criterios de inclusión y exclusión de los casos donde debería ser implementada: se trata de la acción efectuada por un médico que pone deliberadamente fin a la vida de un paciente incurable en fase Terminal, a solicitud de este último. En junio de 1999, la situación política y

social sufrió un vuelco con la asunción del nuevo gobierno *multicolor* de tinte liberal progresista, presentándose siete nuevas propuestas legislativas de regulación de la eutanasia, sobre cuidados paliativos y la conformación de un Comité de Control. Durante el 2000, la Comisión de Justicia y Asuntos Sociales del Senado discutió 600 enmiendas a los proyectos citados e invitó a más de cuarenta expertos (médicos, juristas, especialistas en bioética, filósofos, usuarios, etcétera), para su evaluación; los encuentros fueron televisados y comunicados a la opinión pública.

En octubre de 2001 el pleno del Senado aprobó la ley de eutanasia y finalmente en mayo de 2002 luego de dos días de apasionado debate, el Parlamento sancionó, por 86 votos a favor, 51 en contra y 10 abstenciones, la *Ley relativa a la Eutanasia*³² y la *Ley relativa a los Cuidados Paliativos*³³; ambas entraron en vigor en septiembre y noviembre de 2002 (Londa y Barrio Cantalejo, 2012; Vega- Gutiérrez, 2007).

Al igual que la normativa holandesa, la ley de eutanasia belga se fundamenta en el principio de autonomía de la voluntad del paciente; en sentido amplio, su artículo 2º la define como “el *acto practicado* por un *tercero*, que pone *intencionadamente* fin a la vida de una persona” a solicitud de esta última (Ley relativa a la eutanasia, 2002) [*La cursiva es nuestra*]. Para su despenalización, su artículo 3º inc. I establece que la acción eutanásica deberá ser específicamente ejecutada por un médico (que respete las circunstancias y mecanismos determinados por esta ley), quien sólo procederá ante un enfermo desahuciado o incurable; que padezca de modo constante un sufrimiento físico o psíquico insoportable, de origen *accidental o patológico* y por su gravedad resulte imposible de aliviar. El paciente, deberá ser mayor de edad o menor emancipado, conciente y capaz al momento de expresar su petición en forma voluntaria, razonada, reiterada y sin presiones externas. Asimismo, el inc. II del artículo citado, dispone que el médico, antes de practicar la eutanasia, efectuara una serie de entrevistas, informando al paciente acerca de su estado de salud, pronóstico, posibilidades terapéuticas, cuidados paliativos y sus consecuencias; también, evaluará el carácter permanente del padecimiento y la voluntad reiterada del enfermo, dialogando con él sobre su solicitud. Siempre, el profesional tratante deberá preguntar a un *médico consultor* independiente, quien visitará al paciente y confirmará la gravedad e incurabilidad del cuadro; elaborará un informe y se las informará al enfermo. Luego, corresponderá al médico tratante recopilar la información pertinente y gestionar la comunicación del enfermo peticionante con

³² Ley relativa a la eutanasia (2002). Publicada en el *Monitor Belga (DO)* el 22 de junio 2002. Bélgica.

³³ Ley relativa a los cuidados paliativos (2002). Publicada en el *Monitor Belga (DO)* el 26 de octubre 2002. Bélgica.

sus allegados. En las circunstancias donde la muerte del paciente desahuciado no esté prevista para el corto plazo, el facultativo acudirá obligatoriamente a un *segundo médico consultor* psiquiatra o especialista de la patología en cuestión; deberá pasar al menos un mes entre la petición documentada del paciente y la concreción de la eutanasia. En los casos de incapacidad física, la petición podrá ser escrita por un tercero mayor de edad elegido por el enfermo y en presencia del médico tratante quien documentará el hecho en la historia clínica; siempre el paciente podrá anular su petición, descartándose el documento de la historia clínica y devolviéndosele al nombrado. Asimismo, el artículo 4º receta expresamente la confección de una *Declaración Anticipada* (efectuada en cualquier momento, por escrito, fechada, ante dos testigos mayores sin interés material en el fallecimiento del firmante y suscrita por todos los participantes), posibilitando a toda persona mayor de edad o menor emancipada y capaz, el poder manifestar preventivamente su voluntad de recibir a posteriori el procedimiento médico eutanásico. Dicho *testamento vital*, será válido sólo en los casos de enfermedad grave e inconsciencia irreversible (coma o estado vegetativo), debiendo ser redactado de acuerdo con el modelo oficial en los cinco años previos a la incapacidad.

Además, los artículos 6º a 13º disponen la creación de una Comisión Federal de Control y Evaluación, financiada por los Ministerios de Justicia y Sanidad, que estará a cargo de la fiscalización de los procesos de eutanasia y la confección de informes de evaluación parlamentaria; constituida por dieciséis integrantes –académicos, abogados, médicos y especialistas-, contará con un reglamento interno y llevará un registro documental de las prácticas. El médico tratante, confeccionará un instrumento de uso confidencial y sellado por él, donde figuren los datos del paciente, los profesionales intervinientes y las personas de confianza del enfermo; también, los específicos de la situación de eutanasia: datos sociodemográficos del enfermo, fecha y lugar del fallecimiento, determinación de la causa y patología, características de la petición voluntaria, procedimiento médico seguido, etcétera. Después de realizada la eutanasia, el médico tratante tendrá cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control toda la documentación establecida por ley; en los dos meses siguientes al fallecimiento del paciente, la Comisión deberá estimar los antecedentes aportados y resolver en consecuencia. Si no se cumplieron minuciosamente los requisitos legales, se dará traslado del expediente a la Fiscalía Estatal.

Como señala el artículo 14º de la ley, ningún médico está obligado a realizar un acto de eutanasia si no lo considera oportuno, debiendo notificar sus motivos al paciente solicitante y registrar las razones médicas en la historia clínica; a petición del enfermo, tendrá la obligación de entregar la historia clínica al nuevo médico señalado por este. Finalmente, el

artículo 15° dispone que toda persona muerta como resultado de un proceso de eutanasia realizado según los criterios dispuestos por la ley, será “*declarada fallecida de muerte natural* a todos los efectos, incluidos a los relativos a *los contratos de seguros*”(Ley relativa a la eutanasia, 2002) [*La cursiva es nuestra*].

En febrero de 2014, contando con la aprobación de los expertos consultados y un amplio apoyo entre la población, se decidió la modificación de la ley y su extensión a los menores que padecen enfermedades graves en forma permanente. Así, Bélgica se constituyó en el primer país en derogar legalmente todas las limitaciones de edad para la ejecución de la eutanasia en ciertas circunstancias. La *Extensión de la Ley relativa a la Eutanasia a los Menores*³⁴, promulgada por la Cámara de Representantes con 86 votos a favor, 44 en contra y 12 abstenciones, impuso una serie de cambios en el artículo 2° de la normativa examinada: el inc. I quedó redactado incluyendo, junto al enfermo adulto, el paciente “*menor de edad emancipado, capaz o también menor dotado de capacidad de discernimiento y consciente al momento de formular su solicitud*” que soportara un sufrimiento físico, constante, insoportable e irreversible, imposible de aliviar y cuyo pronto desenlace será el fallecimiento; consecuencia “de una afección accidental o patología grave e incurable” (Ley de eutanasia en menores, 2014) [*La cursiva es nuestra*]. Igualmente, dispone en los pacientes menores no emancipados, la consulta a un psicólogo o psiquiatra infantil indicando los motivos del examen; el profesional consultado deberá revisar al paciente y su historia clínica, evaluando y certificando por escrito su capacidad de discernimiento. Los resultados, serán informados por el médico tratante al paciente menor y sus representantes legales; siempre se requerirá el consentimiento de los padres con la petición del menor, y ambos –consentimiento y solicitud del menor-, deberán plasmarse por escrito. Después de tratar la solicitud del paciente menor, el médico tratante ofrecerá acompañamiento psicológico a sus familiares. De esta forma, en el caso de los niños la ley relativa a la eutanasia comparte los principios sostenidos por los adultos y añade el cumplimiento de presupuestos específicos: a) la *capacidad de discernimiento*, valorada por un equipo pediátrico interdisciplinario, incluyendo un profesional de la salud mental; b) la existencia de una enfermedad en fase Terminal o incurable con sufrimiento permanente e insoportable que inevitablemente provocará el deceso del menor en un período breve, definido por un pediatra y un médico consultor independiente; c) la solicitud por escrito del niño y el consentimiento de los padres y/o del representante legal; d) la responsabilidad del facultativo y el recurso de apoyo psicológico para todos los

³⁴ Ley que modifica la Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la eutanasia para ampliar la eutanasia a los menores (2014). 14 de febrero 2014. Bélgica.

implicados en el proceso eutanásico. No obstante, al hacer hincapié en la *capacidad de discernimiento* del paciente, la ley reformada restringe su aplicación en los casos de: enfermedades psiquiátricas, niños con alteración de conciencia, déficit intelectual o motor que dificulten la expresión oral o escrita de su voluntad. Siempre, la Comisión de Control supervisa el cumplimiento de los criterios relativos a la eutanasia legal; busca respetar “*el estatuto moral de los menores como agentes poseedores de una creciente capacidad de autodeterminación*”, monitoreada cuidadosamente por un equipo profesional, buscando aliviar el sufrimiento del paciente (Silva y Nunes, 2015).

Como se mencionó, en 2002 el parlamento belga también sancionó y entro en vigor una *Ley concerniente a los Cuidados Paliativos* y otra relacionada a *los Derechos del paciente*; configuran un sistema de reglas que establece la atención integral del enfermo en fase Terminal. Posibilita el acceso a *cuidados paliativos integrales*, donde las acciones eutanásicas constituyen una opción más, pasible de ser solicitada voluntariamente por el paciente ante ciertas situaciones críticas (Lorda y Cantalejo, 2012; Marcos del Cano, 2004). Así, cuando las terapias curativas no responden, el Estado deberá garantizar el derecho de cualquier ciudadano (pacientes terminales y no terminales), a recibir la atención integral de su padecimiento grave e irreversible; además, de conocer con exactitud el diagnóstico y pronóstico de su cuadro, tiene derecho a recibir por propia voluntad, el apoyo y atención paliativa de un equipo interdisciplinario que le permita sobrellevar de manera apropiada, autónoma y con la mejor calidad de vida posible la última etapa de su vida. Finalmente, todos los hospitales del sistema de salud, deberán contar con un equipo especializado en *cuidados paliativos integrales*; proporcionan un servicio completo al paciente y su familia durante la enfermedad y tras su fallecimiento protegiendo el derecho a una muerte digna (Hasselaar y Payne, 2016).

Por último, como modo de contrastar la regulación específica relacionada con la temática en estudio, se rescatan una vez más las siete dimensiones establecidas en el examen de la legislación argentina, ahora utilizadas en la indagación normativa de los países europeos seleccionados.

	Países Bajos	Bélgica
Título y descripción del instituto	Ley 26691/01 Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Circunscribe a determinados requisitos, la <i>Interrupción de la vida</i> por solicitud expresa (<i>voluntaria</i>) del paciente y la <i>ayuda médica al suicidio</i> .	Leyes de Eutanasia y Cuidados Paliativos (2012). Aborda la <i>Legalización de los derechos al final de la vida: Declaración Anticipada de la voluntad (Testamento Vital)</i> ; incorpora los prácticas

	<p>Incluye la Voluntad anticipada (Testamento Vital) de rechazar tratamientos médicos en determinadas situaciones: padecimiento físico o psíquico insoportable y sin posibilidad de mejoría.</p> <p>Siempre, los enfermos graves, incurables y en fase Terminal recibirán <i>Cuidados Paliativos</i> como modo de morigerar el sufrimiento y sostener calidad de vida.</p>	<p>eutanásicas médicas a pedido del enfermo Terminal e incurable, con sufrimiento físico y/o psíquico insoportable e imposible de aliviar, como un componente más de los <i>Cuidados Paliativos Integrales</i>.</p>
Principios jurídicos y derechos que le dan sustento legal	<p>Principio de Autonomía personal de la Voluntad, Autodeterminación.</p> <p>Inviolabilidad de la persona.</p> <p>Derecho a morir dignamente de acuerdo con los principios éticos y morales de la persona.</p>	<p>Principio de Autonomía personal de la Voluntad, Autodeterminación.</p> <p>Derecho a recibir Cuidados Paliativos Integrales al final de la vida y morir dignamente.</p>
Alcances: beneficiario y/o destinatario de la regulación	<p><i>Persona enferma mayor de 18 años</i>, plenamente consciente o que haya expresado voluntad anticipada.</p> <p><i>Enfermos con al menos 16 años</i> y que hayan declarado su voluntad anticipada por escrito, previo a la discapacidad.</p> <p><i>Menores de entre 12-16 años</i>, con madurez suficiente, en conjunto con el acuerdo de padres o tutores.</p> <p>Que <i>combinen elementos objetivos</i> (enfermo médicamente incurable y sin posibilidades ciertas de mejoría) y <i>elementos subjetivos</i> (carácter insoportable o grave de padecimiento físico y/o mental).</p> <p>Se incluyen a enfermos psiquiátricos y dementes.</p>	<p><i>Persona enferma mayor o menor de edad emancipado</i> capaces de expresar y discernir conciente su petición de forma voluntaria, razonada, reiterada y sin presión externa (por escrito); con sufrimiento físico o psíquico insoportable (de origen accidental o patológico) y grave e imposible de aliviar.</p> <p>Además, en menores de edad, se requiere el consentimiento de los padres y, en caso de no emancipado, evaluación de un psiquiatra o psicólogo.</p>
Procedimiento médico legal en el final de la vida	<p>El <i>médico responsable</i> y un <i>asistente social</i>, consultados ante un caso específico de <i>Terminación de la vida a petición propia</i> y/o auxilio al suicidio con asistencia médica.</p> <p>Además, se debe consultar un 2do <i>médico independiente</i> que, evalúa y dictamina al paciente.</p>	<p>El <i>médico tratante</i> y un <i>médico consultor</i> evalúan por separado al enfermo antes de practicar la eutanasia, un mes después; ante la muerte inminente, el médico consulta a un <i>psiquiatra</i> o especialista, al igual que en el caso de menores (asistencia psicológica familiar).</p>
Posibles límites del instituto (colisiones y lagunas legales)	<p>Pieza legal sobre la temática sin imprecisiones ni dificultades de ningún tipo.</p> <p>Aún genera controversias en el caso de menores de edad y en pacientes con patología mental.</p> <p>Se prevé avanzar en el grupo de edad con <i>cansancio vital</i> (vida agotada): personas de edad avanzada, sin enfermedad que implique sufrimiento insoportable o incurable, que prefieren morir a seguir viviendo.</p>	<p><i>Se restringe la eutanasia</i> ante ciertos casos de enfermedad psiquiátrica, niños con alteración de conciencia, déficit intelectual o motor que impida la expresión oral o escrita de la voluntad.</p>
Eutanasia y homicidio	<p><i>No es punible el Procedimiento Eutanásico</i> en determinadas y específicas circunstancias.</p> <p>Se contempla legalmente el Suicidio</p>	<p><i>Se admite la eutanasia médica por ley</i>, efectuada a enfermo incurable en fase Terminal, a solicitud de éste último.</p> <p>Se derogan los límites de edad para la</p>

piadoso	médicamente Asistido.	ejecución de eutanasia en ciertas circunstancias: “Extensión de la Ley relativa a la Eutanasia a los Menores”. La muerte por eutanasia, se declara como <i>muerte natural</i> , tanto en los certificados que correspondan y en los contratos de seguros.
Actuación del equipo médico y autoridad sanitaria	<i>Médico responsable</i> con asistente social efectúa varias entrevistas de evaluación, y coincidiendo con el paciente de la voluntariedad y consciencia de su decisión el grado de sufrimiento, pronóstico, tratamiento y no mejoría del cuadro. Asimismo, consulta a otro <i>médico independiente</i> quien también evalúa al paciente y presenta dictamen escrito. El control y evaluación recae sobre <i>Comisiones Regionales de Evaluación de la eutanasia</i> , con funciones de registro, elaboración de estadísticas y remisión de casos a la Fiscalía Gral., cuando se considere necesario. También, un <i>médico especialista</i> lleva adelante la terminación de la vida a pedido o ayuda al suicidio.	<i>Médico tratante</i> con amplias facultades y la obligación de realizar consulta a un <i>médico consultor</i> , que también evalúa al paciente: confirma diagnóstico, gravedad e incurabilidad y presenta un informe que también es notificado al paciente. El <i>médico tratante</i> puede <i>negarse a realizar</i> la eutanasia por considerarla no oportuna en un caso particular y deberá <i>derivar la situación a otro médico</i> . El <i>psiquiatra o psicólogo infantil</i> consultado en el caso de menores está <i>obligado a realizar evaluación</i> para verificar la capacidad de razón y criterio. Se crea una Comisión Federal de Control y Evaluación, que establece la utilización de registros para efectuar controlar las prácticas eutanásicas.

Conclusión Parcial

En el marco del Capítulo 3 se exploraron los principales antecedentes normativos y jurisprudenciales referidos a los derechos del final de la vida, surgidos en las últimas décadas en Uruguay, Colombia, Países Bajos y Bélgica; constituyen en sus regiones, referencias fundamentales en el estudio de la temática.

En el caso uruguayo, se analizó el instituto de la Voluntad Anticipada que faculta a los pacientes incurables a oponerse voluntariamente a recibir tratamientos médicos que causen un sufrimiento innecesario, definiendo los mecanismos administrativos y de control médico a seguir en dichas situaciones. El principio jurídico de la autonomía personal sobre el que se asienta la normativa, da fundamento también al derecho subjetivo a recibir cuidados paliativos y morir dignamente de acuerdo a los valores éticos y morales del enfermo y su familia. Grosso modo, más allá de ciertas especificidades en los criterios de definición y procedimientos, la legislación de Refutación Anticipada y voluntaria del Uruguay guarda estrechas similitudes con su par de Argentina; en ambos casos son sancionadas a fines de la primera década de este siglo y se apoyan en una visión extensa de los derechos humanos, que interroga y cuestiona el lugar pasivo del ciudadano- paciente asignado desde el discurso médico paternalista. Aunque también la eutanasia activa es considerada antijurídica, a

diferencia de Argentina, el antiguo Código Penal uruguayo releva de castigo a quien perpetrare un homicidio piadoso.

En Colombia se detallaron los antecedentes jurídicos y legislativos de la despenalización del homicidio por piedad y la reglamentación del derecho a la muerte digna. Solventada en una serie de principios constitucionales fundamentales (dignidad humana, autonomía e identidad personal, solidaridad de las personas y privacidad), la normativa examinada postula un amplio abanico de facultades para los pacientes graves con un cuadro físico, incurable y en fase terminal; desde la utilización de cuidados paliativos hasta el empleo voluntario de prácticas médico eutanásicas como modo de morir dignamente. La descripción de la experiencia colombiana permitió vislumbrar el papel fundamental desempeñado por la Corte Constitucional de aquel país en el tratamiento creciente de la temática; en particular desde 1997, a partir de sus pronunciamientos en favor de la despenalización del derecho a morir dignamente mediante procedimientos médico eutanásicos, en aquellas circunstancias donde el paciente en forma libre, consciente y voluntaria lo solicite. Asimismo, en su afán de defender los derechos constitucionales fundamentales, impugnó la acción descuidada de los funcionarios públicos y sanitarios al momento de atender y garantizar las necesidades personales de aquellos que quieren decidir libremente el cómo y cuándo morir; sin desconocer los avances legislativos logrados en el ejercicio de los derechos en el final de la vida, hoy en Colombia se discute socialmente de qué modo asegurar al conjunto de la ciudadanía la atención sanitaria, los cuidados paliativos y la muerte digna.

Respecto a los países europeos, la ampliación de los derechos en el final de la vida aparece estrechamente vinculada a transformaciones políticas, sociales y culturales; en el caso de los Países Bajos, se pasó revista a las principales resoluciones judiciales y parlamentarias referidas al permiso de la terminación voluntaria de la vida y la asistencia médica al suicidio. Como se observó párrafos atrás, en los años setenta ante la ausencia de legislación sobre la temática, fue la jurisprudencia del TS la que estableció los criterios legales de actuación tanto de los tribunales inferiores como del personal sanitario a cargo de los procedimientos de ayuda de terminación de la vida a pedido del paciente. El análisis de los fallos del alto tribunal, mostró que en principio los magistrados pusieron el acento en el accionar del *ayudante* a cargo de la práctica eutanásica a pedido; en la mayoría de los casos, justificaron sus dictámenes en el estado de necesidad exculpante, incorporando en sus considerandos la necesaria participación de un facultativo tanto en la información al paciente como en el procedimiento de finalización de la vida.

En los años noventa en cambio, el eje de los pronunciamientos del TS fue virando haciendo hincapié en los criterios objetivos y subjetivos de inclusión en la definición del caso pasible de recibir cuidados paliativos y asistencia eutanásica en el final de la vida: la figura de sufrimiento insoportable e incurable incluyó no sólo los desordenes físicos sino también los cuadros psiquiátricos graves; estos últimos, más allá de la manifestación de voluntad del enfermo, requerían de un examen médico legal exhaustivo al momento de definir el estado de necesidad y el tipo de ayuda profesional pertinente. Como se afirmó oportunamente, sin la jurisprudencia del TS y la actividad del Ministerio Público Fiscal, hubiera sido imposible pensar el posterior desarrollo legislativo ocurrido en el parlamento holandés durante los últimos veinte años; posibilitó la sanción de la Ley de terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio con asistencia médica.

Finalmente en Bélgica, se examinaron las leyes relativas a la despenalización de la eutanasia, los cuidados paliativos y derechos del paciente, concibiendo dichas prácticas como sistema de apoyo integral en el final de la vida. También afincados en los principios jurídicos de autonomía personal de la voluntad y la autodeterminación, los derechos a recibir cuidados paliativos integrales y a morir dignamente, implementando a solicitud las prácticas eutanásicas, se instituyeron como facultades personales para todo tipo de enfermos graves, incurables y en fase terminal; más allá de su edad y siempre a pedido de éstos. Así en la legislación belga, la muerte por eutanasia es certificada como muerte natural y considerada por las aseguradoras.

Es así que en los países examinados, en particular en Colombia y Países Bajos se observó en mayor o menor medida, el papel fundamental desempeñado por los altos magistrados al momento de sentar jurisprudencia sobre la cuestión, haciendo hincapié en la protección de los derechos fundamentales; en general a *posteriori*, las cámaras legislativas se abocaron a la discusión y elaboración de las leyes especiales. En particular en los países europeos, el proceso de legislación de los derechos personales al final de la vida, se vio acompañado de intensos debates públicos, participando activamente los distintos actores sociales; en los países latinoamericanos en cambio, producto de condiciones políticas, culturales y sociales diferentes, la participación ciudadana en este tipo de problemáticas, parecería más restringida.

Retomando una vez más la pregunta principal de este escrito, el aspecto que exhibe mayor consenso en la legislación y jurisprudencia en Argentina y en el resto de los países analizados es el concerniente a los cuidados paliativos y el derecho a la muerte digna cuando se trata de pacientes con enfermedades físicas, incurables y en fase terminal. Sin embargo,

aún cuando todas las normativas se sustentan en similares principios fundamentales, se observa un alcance diferencial en el tratamiento de la temática; mientras Argentina y demás países latinoamericanos muestran avances equivalentes, los países europeos se destacan en la profundización conceptual y en el campo de aplicación de los derechos en el final de la vida; por ejemplo, el alcance legislativo a problemas vinculados al sufrimiento mental, menores de edad, cansancio vital, entre otros. El detalle normativo y conceptual más audaz de la cuestión, parece estar dado por la definición de la muerte por eutanasia como muerte natural, alcanzando incluso la legitimación de otros derechos civiles y económicos.

Conclusiones Generales

La investigación jurídica aquí desarrollada tuvo como hilo rector el siguiente interrogante: ¿La normativa argentina referida al instituto de muerte digna, posibilita la ampliación de los derechos personales en el final de la vida, tal como se verifica en la legislación de otros países? En base a ello el objetivo general consistió en indagar si la legislación argentina referida al instituto de muerte digna permite la ampliación de derechos de las personas en el final de la vida; tal como se constata en otras naciones. En línea con lo anterior, la hipótesis de trabajo formulada consistió en: los alcances del instituto de muerte digna en el ordenamiento jurídico argentino -receptado en la Ley 26529, su modificatoria 26742 y en los artículos 51, 59 y 60 del CCCN-, son acordes con la legislación más avanzada existente en otros países latinoamericanos y europeos; sin embargo, la ampliación de los derechos personales en el final de la vida, está condicionada a la resolución de tensiones y conflictos de índole moral, cultural y social existentes en la sociedad.

En base al recorrido analítico realizado a lo largo del escrito, los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada. Así, de acuerdo con las conclusiones parciales de cada capítulo, en este último apartado se profundiza en el examen de los componentes de la problemática que justifican la confirmación de la hipótesis. Para tal fin, se realiza una sintética comparación de los avances legislativos en los diversos países analizados (Argentina, Bélgica, Colombia, Países Bajos y Uruguay), poniendo el acento en los aspectos afines y en aquellos que denotan mayor disparidad en el enfoque legal sobre el tema de nuestro trabajo.

Una primera particularidad observada refiere al periodo temporal donde surgen las primeras discusiones o regulaciones en la materia. En este sentido, Países Bajos se erige como el primer escenario en el cual una multiplicidad de actores e instituciones sociales dan inicio a la discusión sobre los cuidados paliativos y la eutanasia voluntaria, en torno a las décadas del `60 y `70 del siglo pasado; momento socio histórico, en absoluto casual, caracterizado por una diversidad de luchas y movimientos sociales que cuestionan las formas tradicionales e instituidas de Poder, las relaciones de sometimiento, los acontecimientos bélicos y de violencia en general. Holanda no sólo se destaca por ser pionera en el abordaje del tema y por disponer de la legislación más progresiva, sino también por las particularidades institucionales con que se avanzó en la producción normativa en torno a la muerte digna y eutanasia voluntaria. Es decir, a diferencia de los otros países bajo observación, en los Países Bajos el proceso de institucionalización de los derechos del final de la vida se inicia con la acumulación sistemática de jurisprudencia a cargo del Tribunal Supremo y no necesariamente desde la discusión parlamentaria de proyectos de ley ni sanciones legislativas; constituye el

plafón con legitimación judicial, a partir del cual surge a posteriori la formulación de legislaciones que terminan de establecer y regular el ordenamiento jurídico sobre el tema.

Habrà que esperar hasta iniciada la década del '80 y, más especialmente la del '90 del último siglo, para que la discusión sobre los alcances de la muerte digna se inicien en Bélgica y en Colombia, con resultados finales algo dispares como veremos más adelante. De los países examinados, Argentina y Uruguay son lo que presentan un inicio más tardío sobre la discusión, sobre finales de la primera década del siglo actual; probablemente como efecto de la consolidación de los regímenes democráticos en la región y el consecuente ensanchamiento de los denominados derechos humanos de 3era y 4ta. Generación. La diferencia temporal observada en dos últimos casos, probablemente defina en parte el limitado avance en la temática, en comparación con los tres países restantes.

Sin pretensión de exhaustividad, dado que la legislación de Argentina y los demás países analizados ha sido descripta con suficiente detalle en los capítulos precedentes, interesa aquí reseñar de forma comparativa algunos aspectos centrales de la normativa en cada uno de ellos; en particular, con la finalidad de ubicar y comprender con mayor profundidad en qué punto regulatorio sobre la temática se encuentra nuestro país. Para ello, como se observó en el examen legislativo de cada país, se seleccionaron *siete dimensiones* que han permitido cumplir con el cometido propuesto por este estudio: 1) Título y descripción del instituto, 2) Principios Jurídicos y derechos que le dan sustento legal, 3) Alcances: Beneficiario o destinatario de la regulación, 4) Procedimiento médico legal en el final de la vida, 5) límites del instituto, 6) Eutanasia y homicidio piadoso, 7) Actuación del equipo médico y autoridades sanitarias.

Una primera particularidad que se deriva de la observación de las dos primeras dimensiones examinadas en los distintos capítulos –vinculadas a la descripción del Instituto y los Principios y derechos que le dan sustento legal–, es que la normativa que se regula en cada país implica alcances muy diferentes, que van: desde la posibilidad de *rechazar* diversos tratamientos médicos, procedimientos biológicos, y de sostén vital hidratación y/ o alimentación –según cada Nación–, en determinadas situaciones muy específicas (en general vinculadas a la imposibilidad de revertir un cuadro clínico orgánico incurable con pronóstico de Terminalidad y/o de sufrimiento severo), hasta la realización de prácticas de cuidados paliativos integrales que incluyen la ejecución de la eutanasia voluntaria y asistencia médica al suicidio. Lo que también se observa es que pese a dicha disparidad, los principios jurídicos y derechos personales que dan sustento a dicho instituto son prácticamente similares en los cinco países analizados: autonomía personal de la voluntad, dignidad y derecho a la muerte

digna, constituyen un trasfondo común sobre el cual se asienta la discusión y regulación normativa de la temática en el mundo occidental contemporáneo.

En otras palabras, se observa que pese a la igualdad de principios legales y derechos que dan fundamento a la regla de referencia, los alcances normativos son sustancialmente divergentes en cada país. Mismos principios de base, derivan en conceptos y avances normativos diferenciales entre los países respecto al alcance de lo que implica el instituto de muerte digna y los procesos del morir en general.

Otra particularidad en el alcance de la norma y que denota una diferencia sustancial entre los países examinados, lo constituye la inclusión del *sufrimiento psíquico en igualdad de importancia* respecto al cuadro *físico*, en la determinación de la muerte digna, cualquiera fuera la forma que éste último asuma en cada país. Ello implica que sólo en Bélgica y Países Bajos el sufrimiento proveniente de problemas graves de salud mental, y ante el carácter irreversible e incurable de éstos, también es incorporado al instituto que regula el tema de nuestro interés. Sin lugar a dudas, el resto de los países parecería hallarse en un estadio normativo aún incipiente en el examen de esta cuestión, al no otorgar validez y fundamento suficiente al sufrimiento (padecimiento) psíquico o mental en circunstancias donde, incluso, no hay riesgo de muerte inevitable o inminente.

Por ende, el alcance de la norma también resulta diferencial entre los países. Mientras que en Argentina, Colombia y Uruguay se exige la presencia de un cuadro Terminal, o bien, de carácter irreversible en términos biológicos, Países Bajos y Bélgica incluye, además de cuadros clínicos orgánicos, población con problemas de salud mental; entre otras, las adicciones, la depresión y la demencia.

En este punto se introduce una nota particular respecto a la normativa de Argentina. Mientras que en las restantes leyes se especifican con bastante minuciosidad cuestiones vinculadas no sólo al estado de salud/enfermedad, sino también a la edad, estado de conciencia, etcétera de las personas o pacientes involucrados, en la regulación argentina la mención de ello resulta algo inespecífica o genérica. Existiría cierta vaguedad, por ejemplo, en relación con el proceder legal específico en casos que involucran a menores de edad o con algún tipo de retraso madurativo; se requiere plena capacidad para el otorgamiento de directivas anticipadas y cuestiones significativas relacionadas con la salud. Si bien en Bélgica y en Países Bajos, pese al avance normativo, aún la práctica de la eutanasia resulta controvertida en ciertas circunstancias en menores de edad y en personas de edad avanzada sin padecimiento, en Argentina ciertas imprecisiones del codificador implican, probablemente, no sólo la presencia de controversias (sin llegar al punto de la eutanasia, dado

que la normativa la da por inexistente en todos los casos), sino también un vacío legal. Con sus particularidades, también las legislaciones en Uruguay y Colombia adolecerían de imprecisiones que dificultan en los hechos, la instrumentación de la normativa y que son indicios de la necesidad de continuar *puliendo* la precisión de los procesos.

La inclusión de la eutanasia voluntaria y del suicidio asistido en Bélgica y en Países Bajos, de alguna forma relativiza la discusión sobre otras figuras jurídicas, tipificadas como delitos en los otros países, tales como el “homicidio piadoso” u “homicidio por piedad”. A medida que la legislación se orienta hacia la regulación de los cuidados paliativos integrales (que incluyen como opción la eutanasia y el suicidio médicamente asistido), el homicidio piadoso (o por piedad) pareciera perder sentido o importancia en el conjunto de la normativa. Es así que constituye, aún, una figura presente en la legislación uruguaya y en la colombiana y, de alguna forma, una *incógnita* en la argentina, en la cual no se hace ninguna mención al respecto salvo en el actual Anteproyecto de Reformulación del Código Penal. Posiblemente, en un sentido similar, podemos abordar la cuestión moral de la “objeción de conciencia” de los profesionales de la salud que participan en los procesos del final de la vida: es en los países de incipiente regulación normativa en la materia, donde se explicita la posibilidad de este recurso para los médicos tratantes y, al igual que en el caso anterior, en los países europeos, el planteo parecería ser más de orden técnico objetivo (pertinencia u oportunidad de realizar la práctica de la eutanasia), que de carácter moral subjetivo como en los primeros.

Un último punto sobre el cual resulta de interés detenerse, es el lugar que ocupan los Comités o comisiones (científicos o éticos) hospitalarios y ministeriales en los diversos países. Más allá de la denominación, distribución, conformación o especificidad de cada uno de ellos en cada país, pareciera haber un rasgo particular que diferencia por un lado a Uruguay y Colombia y, por otro, a Bélgica y Países Bajos. Mientras que en los dos primeros, estos comités o comisiones parecieran constituir un paso más, un posible *componente burocrático administrativo*, hacia la determinación de la suspensión de un tratamiento o proceso médico, constituyendo así un paso previo a la toma de decisión (con excepción de que se venza el plazo estipulado y éste no se haya pronunciado), en los dos países europeos examinados, actúan post decisión, cumpliendo un rol símil a una fiscalización o control y elaboración de estadísticas. Sólo ante sospecha de encontrarse ante algún procedimiento con irregularidades, se deriva al órgano competente (Fiscalía General, organismo de control ministerial, etcétera). Pero no forma parte de la toma de decisión sobre la culminación de la vida o la suspensión del tratamiento que recae centralmente sobre la solicitud del paciente y el equipo médico tratante acompañando dicha decisión. Este distingo en la intervención ministerial *ex ante* en algunos

casos y *ex post* en otros, podría expresar también formas distintas de entender y practicar la noción de autonomía personal y de derechos de los enfermos; en el primer caso, más restringida y tutelada donde la decisión personal aparece controlada por una serie de facultativos, autoridades hospitalarias y ministeriales y en el otro, en cambio, se plantea el ejercicio de una autonomía plena donde la fiscalización de las autoridades refiere al accionar del médico tratante y no de la decisión del paciente sobre su propia vida.

Para finalizar, se puntualizan dos cuestiones más que resultan de interés para delinear el punto del avance legislativo en el que se encuentra la Argentina. Por un lado, si bien todos los países estudiados le otorgan legalidad a los cuidados paliativos concebidos en general y pareciera estar por fuera la discusión sobre su legitimidad, los puntos de discrepancia se asentarían en: a) la incorporación en dicho concepto médico legal de cuidados paliativos integrales que incluyan el desarrollo de la eutanasia voluntaria y el suicidio médicamente asistido; y b) en que la decisión personal sobre el morir, aún no constituye un derecho pleno, en particular en Argentina, Colombia y Uruguay. De hecho, incluso, Países Bajos ya se encuentra discutiendo el derecho a decidir morir por *cansancio vital*, es decir, sin la necesidad de la existencia de sufrimiento psíquico o físico o irreversibilidad de cuadros médicos o psiquiátricos.

En segundo término, en referencia a la ley argentina, si bien resulta más afín a la normativa colombiana o uruguaya, exhibiría ciertas imprecisiones o vaguedades, tal como acontece con la falta de explícita mención al rol de la *objeción de conciencia* o al procedimiento específico en el caso de menores de edad o personas con retraso madurativo o, incluso hoy, desconoce el homicidio piadoso como forma de mitigar el castigo a quien obrare bajo tal fin.

Ahora bien, como se afirmó párrafos atrás, el presente escrito indagó si la legislación argentina referida al instituto de muerte digna permite la ampliación de derechos de las personas en el final de la vida, tal como se constata en otras naciones; para tal fin, se examinaron antecedentes legislativos, doctrinarios y fuentes jurisprudenciales ligadas a la temática y se incluyó el análisis comparativo de la legislación Argentina con otras regulaciones actualmente instituidas en Uruguay, Colombia, Países Bajos y Bélgica. Dicho examen comparativo del problema, se centró esencialmente en la revisión de la jurisprudencia, la descripción de los debates parlamentarios y el análisis de las leyes sancionadas en cada país: la definición conceptual y los principios legales del instituto, las personas y circunstancias incorporadas por la legislación, las prácticas o procedimientos médicos autorizados o rechazados, el grado de autonomía personal y libertad individual de los

pacientes en la toma de decisiones al final de la vida, la regulación de directivas anticipadas, la ampliación de derechos personales, etcétera.

En este sentido, los países y sus marcos normativos exhiben similitudes, variaciones y francas diferencias entre sí. Dichas continuidades y contrastes normativos existentes entre las naciones analizadas, podrían ser pensadas ya no solamente como efecto del campo estrictamente jurídico legal, sino también como consecuencia de factores extrajudiciales o contextuales (dimensiones histórico- sociales, económicas y culturales), que en gran medida determinan la forma particular en que finalmente se configuran los derechos y decisiones al final de la vida. La temática de la muerte digna, histórica y colectivamente reconocida como problema, adquiere en un determinado momento visibilidad social e interés público, siendo incorporada diferencialmente en las agendas y debates legislativos de cada nación; su definición e implementación, se constituye en arena de conflictos y tensiones entre los distintos actores y discursos sociales: políticos, científicos, morales y religiosos. Justamente, las diversas iniciativas parlamentarias examinadas en este escrito, sus alcances y resultados legislativos, expresarían en última instancia el papel asignado en las distintas sociedades a valores bioéticos y morales (autonomía personal, dignidad y libertad individual, solidaridad, etcétera), los cuales abiertos a periódicos ajustes o transformaciones, son efecto de la dinámica relación de procesos y sujetos sociales en pugna; desde una perspectiva de derechos, terminan por concretarse en un marco legal específico.

En el caso particular de la legislación argentina, la denominada ley de *muerte digna* de 2012 fue discutida y sancionada en un contexto político de tinte progresista favorable a la ampliación de derechos de la ciudadanía, dando impulso a una serie de proyectos normativos que reclamaban el valor de la autonomía personal en la toma de decisiones de la sociedad; entre otras, sobre las relaciones afectivas (derechos sexuales, matrimonio igualitario), el propio cuerpo (identidad de género), etcétera. En dichos debates parlamentarios, además de incluirse a los legisladores, especialistas en bioética, expertos en cuidados paliativos, organizaciones médicas, jueces y representantes religiosos, también se incorporaron individualmente algunos pacientes y sus familiares; actores significativos, participaron activamente en la discusión pública y parlamentaria, dando visibilidad a sus reclamos. En ese marco político y social, la ley de *muerte digna* fue finalmente aprobada con amplio consenso de los legisladores de todas las bancadas, dando una señal clara a la sociedad de la necesidad de generar respuestas políticas concretas a problemáticas urgentes del colectivo; aquellas referidas a la gestión médica del final de la vida (Alonso, 2016; Alonso, Villarejo y Brage, 2017).

Ahora bien, como se mencionó en este escrito, la sanción de la ley en nuestro país significó un avance notable en la definición y regulación de los derechos de las personas en el final de la vida; indican las facultades de los enfermos incurables en la toma de sus decisiones, respecto al rechazo o suspensión de tratamientos médicos en circunstancias extremas que culminan con la muerte. En el terreno de la salud, la ley protege su autonomía y dignidad personal. Sin embargo, a diferencia de los países europeos descritos, los procedimientos médico- eutanásicos (eutanasia y suicidio asistido), siguen vedados por la normativa constituyéndose en un límite moral de las prácticas admitidas por la legislación vigente. Una posible interpretación del tratamiento diferencial de la cuestión, podría estar dado precisamente por *factores extrajudiciales*, políticos y culturales y prácticas sociales que dieron contextualmente lugar a marcos normativos desiguales; un elemento no menor, es la presencia en los países anglosajones y centro europeos (como los examinados aquí), de organizaciones civiles de defensa de los derechos de los pacientes y sus familias que respaldan y patrocinan colectivamente sus demandas. Participan activamente en los debates sociales y parlamentarios desde los años setenta del siglo anterior. Por el contrario en Argentina, al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos no existen este tipo de instituciones, quedando limitada la representación al accionar individual de los damnificados. Asimismo, la desigual intervención de diversas entidades religiosas y grupos de la sociedad civil (por ejemplo, asociaciones *pro derecho de los pacientes*), podrían también estar jugando un papel significativo en la explicación del tenor diferencial de las demandas y el tratamiento social y legislativo de la cuestión. En principio, en nuestro país ciertas temáticas vinculadas al principio de autonomía en el final de la vida, como son la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, no muestran suficiente visibilidad social como problemática, quedando fuera de la esfera pública y la agenda legislativa; no constituyen un reclamo social pasible de ser discutido y normatizado. En este sentido, en Argentina no se hallaron antecedentes jurisprudenciales referidos a demandas de autorización de procedimientos médicos eutanásicos, como sí ocurre en los casos de Colombia, Países Bajos y Bélgica.

Queda como interrogante abierto a dilucidar en futuros estudios, los posibles efectos que la normativa actual de la *muerte digna* en nuestro país, puedan tener tanto en el terreno estrictamente jurídico legal –desplegada en la *judicialización* de la problemática, el probable aumento de nuevas acciones judiciales en los tribunales y en la producción de jurisprudencia-, como en el ámbito contextual o extrajurídico, generando nuevas relaciones sociales entre los profesionales y sus prácticas médicas, el saber bioético y la ciudadanía portadora de derechos.

Bibliografia

I. Doctrina

a) Libros:

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Editorial Paidós.

Han, B. Ch. (2017). *La sociedad de la transparencia*. Buenos Aires: Herder.

Luna, F. y Salles, A. L. (Ed.). (2000). *Decisiones de vida y de muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata; UNIPE Editorial Universitaria.

Singer, P. (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Thévoz, M. y Jaccard, R. (1993). *Manifiesto por una muerte digna*. Barcelona: Kairós editorial.

b) Revistas:

Alonso, J. P. (2016). Derechos en el final de la vida: el rechazo de tratamientos médicos en los tribunales argentinos. *Salud Colectiva*, 12(3). 383-396. doi.org/10.18294/sc.2016.989.

Alonso, J. P, Villarejo, A., Brage, E. (2017). Debates parlamentarios sobre la muerte digna en Argentina: los derechos de los pacientes terminales en la agenda legislativa, 1996-2012. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 24(4), 1031-1048. doi.org/10.1590/s0104-59702017000500010.

Andruet, A. S. (2001). Ley holandesa de Terminación de la vida a petición propia. Nuestra consideración acerca de la eutanasia. *Derecho y Salud*, 9(2), 169-199. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154873>

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, (2013). La experiencia de la ley de eutanasia en Bélgica. Apuesta por la eutanasia. *Revista DMD*, 64, 5-9. Recuperado 5 de mayo 2020 de <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/05/64-revista.pdf>

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2016a). Dossier sobre la Eutanasia. Países Bajos: Ley 26691/02. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2016b). Dossier sobre la Eutanasia. Bélgica: Ley de eutanasia completada por la ley del 10 de noviembre de 2005. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>

- Belli, L. F. y Maglio, I. (2013). Alcances de la nueva legislación sobre muerte digna. *RAMR*, 4, 212-216. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v13n4/v13n4a07.pdf>
- Benítez, R. (2015). Las voluntades anticipadas en Uruguay: reflexiones sobre la Ley 18473. *Revista IUS*, 9 (36), 135- 154. Recuperado 5 de mayo 2020 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472015000200135
- Brito- Alvarado, L. X. (2016). Los conceptos de lo Bio en los discursos antropológicos en pacientes con cáncer. *Rev. Bioética y Derecho*, 38, 25-35. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n38/articulo1.pdf>
- Bolívar- Góez, P. y Gómez- Córdoba, A. (2016). Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 1, 128- 153. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1444>
- Bustamante- Donas, J. (2001). Hacia la cuarta generación de derechos humanos: repensando la condición humana en la sociedad tecnológica. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad, e Innovación*, 1. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://www.oei.es/revistacts/numero1/bustamante.htm>
- Camargo- Bernal, D. (2015). Bioderecho Internacional. *Derecho y Realidad*, 26(13), 33-54. doi.org/10.19053/16923936.v13.n26.2015.7837
- Comisión de Bioética de la Fundación Femeba (2016). Actualización sobre muerte digna y ley 26742. *Folia Ética* 4: 1- 37. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://www.femeba.org.ar/documentos/download/1445-folia-etica1.pdf>
- Delgado- Rojas, E. J. (2017). Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. *Revista Justicia*, 31, 226-239. doi.org/ 10.17081/just.22.31.2608
- Díaz- Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho*, 40, 125- 140. Barcelona. Consultado 5 de mayo 2020 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n40/1886-5887-bioetica-40-00125.pdf>
- Gamarra, M. P. (2011). La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. *Rev. Horizonte Médico*, 11(1), 40-46. Recuperado 5 de mayo 2020 de http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizont/2011_1/Art6_Vol11_N1.pdf
- Jong. A. y Van Dijk, A. (2017). La eutanasia en los Países Bajos: el equilibrio entre la autonomía y la compasión”. *KNMG*. Recuperado 5 de mayo de:

[file:///C:/Users/miguel/Downloads/La%20eutanasia%20en%20los%20Pa%C3%ADses%20Bajos_paper%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/miguel/Downloads/La%20eutanasia%20en%20los%20Pa%C3%ADses%20Bajos_paper%20(5).pdf)

- Hasselaar, J. y Payne, S. (2016). Haciendo posible que los pacientes se queden en casa hasta que mueran: White Yellow Cross de Bélgica. *Los Cuidados Paliativos Integrados*. Países Bajos. Centro Médico Universitario de Radboud.
- Londa, P. S. y Barrio- Cantalejo, I. M. (2012). La eutanasia en Bélgica. *Rev. Esp. Salud Pública*, 1 (86), 5-19. Recuperado 5 de mayo 2020 de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/02_colaboracion_especial_1.pdf
- Maliandi, R. (2002). Ética y Biotecnología. Cuestión de principios. *Agora Philosophica, Revista Marplatense de Filosofía*, 5/6, 7- 38. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://www.agoraphilosophica.com/Agora5-6/agora5-6-Maliandi.pdf>
- Marcos del Cano, A. M. (2004). Cuidados paliativos y eutanasia: especial referencia a la legislación belga. *Aldaba. Revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, 32, 207-220.
- Miralles, A. A. (2007). Bioética, bioderecho y biojurídica (reflexiones desde la filosofía del derecho). *Anuario de Filosofía del Derecho*, 24, 63- 84. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2769929>
- Muñoz, A. A. (2017). Regímenes Internacionales de Derechos Humanos. Una matriz para su análisis y clasificación. *SUR* 25, 14 (25), 171-188. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rius/v11n40/1870-2147-rius-11-40-00159.pdf>
- Rodríguez- Almada, H., Curbelo, M. C., Pena, M. y Panizza, R. (2000). Eutanasia y Ley Penal en Uruguay. *Revista del Sindicato Médico de Uruguay*. Comisión de Derecho Médico y Legislación Sanitaria. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/dm/revistaDM/eut-uy.htm>
- Silva, F. M. y Nunes, R. (2015). Caso belga de la eutanasia en niños, ¿solución o problema? *Rev. Bioética*, 23 (3), 476-85. doi.org/10.1590/1983-80422015233084
- Tak, P. J. P. (2003). La nueva Ley sobre eutanasia en Holanda, y sus precedentes, en *Revista Penal*, 12, 109-125. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://www.cienciaspenales.net>
- Tomás y Valente, C. (1997). La regulación de la eutanasia en Holanda. *ADPCP*, 50, 293- 321. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://www.cienciaspenales.net>
- Trueba, J. L. (2007). La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio. *ASS. Navarra*, 30 (3), 57-70. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original4.pdf>

Valdez, E. (2015). Bioderecho, daño genético y derechos humanos de 4ta. Generación. *Boletín Mexicano de Derecho comparado*, 144: 1197- 1228. doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2015.144.4964

Vega Gutiérrez, J. (2007). La práctica de la eutanasia en Bélgica y la pendiente resbaladiza, en *Cuadernos de Bioética*, 18 (1), 71-87. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2258505>

II. Legislación

a) Internacional:

Bélgica

Ley relativa a la eutanasia (2002). Publicada en el *Monitor Belga (DO)* el 22 de junio 2002. Bélgica.

Ley relativa a los cuidados paliativos (2002). Publicada en el *Monitor Belga (DO)* el 26 de octubre 2002. Bélgica.

Ley que modifica la Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la eutanasia para ampliar la eutanasia a los menores (2014). Publicada en el *Monitor Belga (DO)* 17 de febrero 2014. Bélgica.

Colombia

Constitución Política de la República (1991). Poder Legislativo. Colombia

Decreto Ley 100 (1980). Código Penal. Publicado en el *Diario Oficial*, el 20 de febrero 1980. Colombia.

Ley 23 (1981). Por la cual se dictan normas de la ética médica. Publicado en el *Diario Oficial*, el 27 de febrero 1981. Colombia.

Resolución 13.437 (1991). Ministerio de Salud y Protección Social. Publicada en el *Diario Oficial*, el 3 de noviembre de 1991. Colombia.

Decreto 2493 (2004). Por la cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9° de 1979 y 73° de 1988, en relación con los componentes anatómicos. Ministerio de Salud y Protección Social. Publicada en el *Diario Oficial*, el 5 de agosto de 2004. Colombia.

Ley 1733 (2014). Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Publicada en el *Diario Oficial*, el 8 de septiembre 2014. Colombia.

Países Bajos

Ley 26.691 (2001). De comprobación de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio con asistencia médica y modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de funerales (WTL por sus siglas en neerlandés). Publicada en el *Boletín Oficial (Staatsblad)*, el 12 de abril 2001. Países Bajos.

Uruguay

Ley 18.473 (2009). Voluntad Anticipada. Publicada en el *Diario Oficial*, el 21 de abril 2009. Uruguay.

Código Penal. Ley 9.155. (1933). Imprenta Nacional, 1 de julio de 1934. Uruguay.

Código de Ética Médica. Ley 19.286. (2014). Publicada en el *Diario Oficial*, el 17 de octubre de 2014. Uruguay.

Organismos Internacionales

Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José de Costa Rica (1969). OEA. Adopción: 22 de noviembre de 1969. Entrada en vigor: 18 de julio de 1978. Costa Rica.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948). OEA. Adopción: 2 de mayo 1948. Colombia.

Declaración Ibero Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano (2001). Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética. 29 de agosto 2001. Chile.

Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948). ONU. 10 de diciembre de 1948. Ginebra.

Declaración Universal sobre el Genoma humano y los Derechos Humanos (1997). UNESCO. 11 de noviembre 1997. París.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005). UNESCO. 19 de octubre 2005. París.

Documento Cuidados Paliativos. Guía para el manejo clínico (2002). OPS. Washington.

Documento El derecho a la salud (2008) Folleto informativo 31. OMS, Junio de 2008. Ginebra.

Observación General número 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. Comité de Derechos Humanos (2017). ONU. 28 de julio 2017. Ginebra.

b) Nacional:

Constitución de la Nación Argentina. (1994). Buenos Aires: AZ editora.

Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.944 (2014). Publicada en el *Boletín Oficial*, 8 de octubre 2014. Argentina: Erreius.

Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179. Decreto 3.992 (1984). Publicada en el *Boletín Oficial*, el 16 de enero 1985. Argentina: Juristeca.

Ley 21541 (1977). Trasplante de órganos y material anatómico humano. Publicada en el *Boletín Oficial*, 18 de marzo de 1977. Argentina

Ley 24.193 (1993). Trasplantes de órganos y materiales anatómicos. Publicada en el *Boletín Oficial*, 26 de abril de 1993. Argentina.

Ley 26.061 (2005). Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Publicada en el *Boletín Oficial*, 26 de octubre de 2005. Argentina

Ley 26.529. (2009). Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud Publicada en el *Boletín Oficial*, 20 de noviembre de 2009. Argentina.

Ley 26.742. Modificase la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud (2012). Publicada en el *Boletín Oficial*, 24 de mayo de 2012. Argentina.

Resolución 275 (2010). Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo Nacional para Certificar el Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos. Publicada en el *Boletín Oficial*, el 16 de febrero 2010. Argentina.

III. Jurisprudencia

a) Internacional:

Colombia

Corte Constitucional. Sentencia C-239 (1997). Homicidio por piedad. 20 de mayo 1997. Colombia.

Corte Constitucional. Sentencia T- 970 (2014). Referencia: Expediente T-4.067.849. Muerte digna. 15 de diciembre 2014. Colombia.

Países Bajos

Tribunal del Distrito de Leeuwarden. 21 de febrero 1973, NJ 1973, núm. 183. Países Bajos.

Tribunal del Distrito de Alkmaar. 10 de mayo de 1983, HR 12 noviembre 1984, NJ 1985, núm. 106. Países Bajos.

Tribunal del Distrito de Rotterdam, 24 de noviembre 1984, NJ 1985, núm. 63. Países Bajos.

Tribunal Supremo. HR 21 junio 1994, NJ 199 4, núm. 656. Países Bajos.

Tribunal del Distrito de Haarlem, 30 octubre 2000, E/50 núm. AA 7962. Países Bajos.

b) Nacional:

CSJN. “Bahamondez, M./medida cautelar” 22 (1993) ED 153-254 [JA 1993-IV-558]. Juzg. Crim. Y Corr. De Transición N° 1. Mar del Plata. “M. s/ Acción de Amparo”. J.A. 2005-IV, Fasc. 7.

CSJN. Causa “Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas precautorias” 23, (2012) JA 2012-III [1/6/02, fallos 335:799. 1 de Junio 2012. Buenos Aires.

CSJN. "D., M. A. si declaración de incapacidad" 376 2013. 49-D/CS1. 15 de julio 2015. Buenos Aires.

Juzgado en lo Correccional 4 de Mar del Plata. "M. d. C. M. y N. A. A. s/amparo", 788 (2006). Provincia de Buenos Aires.-AR/JUR/10878/2006. LA LEY 2008-B, 373 con nota de Armando S. Andruet (h.) • JA 07/11/2007, 87 • JA 2007-IV , 409 • Sup. Const. 2008 (octubre), 35 con nota de Pilar Zambrano • LA LEY 2008-F, 168 con nota de Pilar Zambrano.

IV. Otros

Artículos periodísticos:

Un caso conmovedor. Murió Camila, la nena que fue símbolo de la muerte digna. *Diario Clarín*. 8 de Junio 2012. Argentina. Recuperado 5 de mayo 2020 de http://www.clarin.com/sociedad/Murio-Camila-simbolo-muerte-digna_0_715128546.html

Ferrer, I. (2017). Eutanasia: Holanda, donde bien morir es cotidiano, en *Diario El País* 3 de septiembre 2017. España. Recuperado 5 de mayo 2020 de https://elpais.com/internacional/2017/08/31/actualidad/1504197638_959922.

Mahieques, A. (2017). Eutanasia en Holanda: se reabre el debate. *Gaceta Holandesa. Cultura y actualidad de los Países Bajos en español*. 6 de junio 2017. Recuperado 5 de mayo 2020 de: <https://www.gacetaholandesa.com/eutanasia-en-holanda/>

Urwicz, T. (2019). La mitad de los uruguayos accede a una muerte digna. *Diario El País*. 15 de Abril 2019. Uruguay. Recuperado 5 de mayo 2020 de <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/mitad-uruguayos-accede-muerte-digna.html>