



**MUERTE DIGNA Y AUTONOMÍA PERSONAL: UNA APROXIMACIÓN
JURÍDICA Y JURISPRUDENCIAL
MODELO DE CASO**

Carrera: Abogacía

Nombre de la alumna: María Agustina Stramucci

Legajo: VABG142556

DNI: 41.312.341

Fecha de entrega: 29/06/2025

Tutor/a: Dr. Nicolás Cocca

Año 2025

Tema: Derecho a una muerte digna

Autos: Expte SAC: 12077654 “S. O., R. M. y otros C/ Municipalidad de Córdoba - Amparo Ley 4915”

Tribunal: Tribunal Superior de Justicia de la provincia de Córdoba

Fecha de la sentencia: 2 noviembre 2023

Sumario

1. Introducción de la nota a fallo. 2. Reconstrucción de la premisa fáctica, historia procesal y descripción de la decisión del Tribunal. 3. Análisis de la *Ratio Decidendi* en la sentencia. 4. Análisis conceptual y de antecedentes doctrinarios y jurisprudenciales. 5. Postura de la autora. 6. Conclusión. 7. Listado de referencia bibliográfica.

1. Introducción de la nota a fallo

El tema de la muerte digna representa uno de los desafíos más complejos dentro del derecho constitucional, ya que pone en evidencia la tensión existente entre dos derechos fundamentales: por un lado, el derecho a la vida y por otro, el derecho a la autonomía personal y autodeterminación. Ambos principios poseen jerarquía constitucional, de manera que deberían tener la misma preeminencia y el mismo grado de protección. Sin embargo, en ciertas oportunidades, los principios constitucionales pueden entrar en contradicción, dado que la protección de uno puede implicar la desprotección del otro. Los avances científicos y tecnológicos han realizado innumerables aportes en el campo de la salud que han permitido aumentar la expectativa de vida, tanto en situaciones de salud irreversibles como permanentes; esa prolongación se torna artificial, penosa, gravosa, pero sobre todo indigna, al convertirse en un “encarnizamiento terapéutico”.

¿Qué relevancia jurídica tiene este tema? Se presenta un problema jurídico axiológico, de calificación o inclusión de los hechos en la hipótesis normativa (clasificación de Neil MacCormick, 2005). La prolongación de la vida humana en estado vegetativo merece ser analizada desde diferentes perspectivas; solo un enfoque panóptico del tema permitirá hacer un abordaje integral del fallo elegido.

2. Reconstrucción de la premisa fáctica, historia procesal y descripción de la decisión del Tribunal

2.1 Reconstrucción de la premisa fáctica

El caso bajo análisis se originó cuando los familiares de J.C.S. (hija, hermana y concubina) solicitaron al Hospital Municipal de Urgencias (HMU) hacer cumplir la Ley Provincial N° 10.058 vigente en la provincia de Córdoba -sobre declaración de voluntad anticipada (DVA) y muerte digna- y proceder al retiro del soporte vital (SV) (alimentación e hidratación) de un familiar que se encontraba internado desde hacía 3 meses, en estado vegetativo persistente y con muerte de su corteza cerebral, sin posibilidades de mejora. Pese al consentimiento brindado por los familiares, el nosocomio se negó a retirar el SV.

La familia solicitó un amparo judicial, que se resolvió a favor de los demandantes. La Municipalidad de Córdoba apeló la medida.

El Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de la provincia, en pleno, decidió no hacer lugar al recurso de apelación presentado, resaltando la importancia del respeto a la autonomía personal, la dignidad humana y el derecho de toda persona a no ser obligada a recibir tratamientos o procedimientos médicos sin su consentimiento.

2.2 Historia procesal

El paciente J.C.S. está internado desde hace 3 meses en estado de conciencia comatosa y con muerte cortical cerebral, condición declarada y confirmada como irreversible por los médicos del HMU. Familiares del paciente solicitan a las autoridades del hospital el retiro del SV. En un primer momento, los médicos efectivizan esta directiva y retiran el SV; sin embargo, cinco días después, y en contra del consentimiento firmado por los familiares, vuelven a suministrarlo y se niegan a retirarlo, bajo argumento que aún no había transcurrido el plazo legal de doce (12) meses (en vigilia, sin consciencia) exigido por la Ley provincial n° 10.058 (art. 5, inc. e). Con fecha 29/06/2023, los familiares del paciente interponen un recurso de amparo judicial.

Con fecha 28/09/2023, la Cámara Contenciosa Administrativa de 2ª Nominación (CCA-2ª) de la ciudad de Córdoba -Sentencia n° 72-, resuelve hacer lugar a la acción de amparo, declara ilegal y arbitraria la negativa del equipo médico de no retirar el SV, y ordena al HMU a cumplir la voluntad de los familiares en forma inmediata.

Con fecha 05/10/2023, el HMU apela la resolución de la CCA-2ª, cuyo agravio principal radica en que el paciente J.C.S no presentaba una situación médico legal irreversible, porque aún no se había cumplido el plazo exigido por la ley provincial (12 meses) para considerar que el estado vegetativo sea permanente. Interviene el TSJ provincial.

2.3 Descripción de la solución del tribunal

Con fecha 02/11/2023, el TSJ en pleno -presidente y seis (6) vocales- resuelve rechazar el recurso impetrado. En la Sentencia n°115, se observó que la tarea jurisdiccional se sustanció

en el marco de las directivas o reglas fijadas por el *corpus iuris* vinculado a la muerte digna, conformado por la Ley Provincial N°10.058, la Ley Nacional N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el Código Civil y Comercial (CCyC) en sus arts. 59 y 60; y a nivel internacional, la Declaración Universal de los DD.HH. y el Pacto de San José de Costa Rica, entre otros instrumentos internacionales invocados.

3. Análisis de la *Ratio Decidendi* en la sentencia

Precisar con rigurosidad la *ratio decidendi* es fundamental para otorgar coherencia al *stare decisis* o a cualquier método orientado a avalar la seguridad jurídica y la igualdad ante la ley, partiendo de la unidad del ordenamiento jurídico.

En la sentencia (Expte SAC: 12077654) se destacan dos conceptos jurídicos de carácter intangible como bases esenciales de la integridad moral de toda persona: la dignidad y la autonomía (p. 19, párrafo 2)

Respecto del primer término (*dignidad*), el TSJ refirió que la dignidad se presenta como el eje rector -y a la vez, habilitador- de todo el entramado en cuestión, el cual puede abarcar decisiones sobre el cuidado personal, el derecho a determinar cómo se desea vivir y con qué sentido, incluso en los momentos finales de la vida. “Esto conlleva que la dignidad del paciente -o, lo que es lo mismo, no infligirle humillaciones- debe ser el objetivo central e insoslayable del cuidado sanitario” (p.22, párrafo 2).

Respecto del segundo término (*autonomía*), alude a la capacidad de autodeterminarse -asumiendo las consecuencias- sin interferencias externas, en todo aquello que pertenece al ámbito personal. “... ese espacio conforma un “coto vedado personal, que es intransferible, invulnerable, infranqueable e indisponible sin el consentimiento del titular” (p.23, primer párrafo).

Ambas definiciones fueron el sostén del fallo por el cual el TSJ, en su mayoría absoluta, optó por no hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por el Municipio de la ciudad de Córdoba. Entre las razones esgrimidas se encuentran:

a) Analizados individual y en conjunto, para el TSJ, los argumentos de la apelación del HMU a la sentencia de la CCA-2ª referían un problema de federalismo: Aunque Córdoba cuenta con su propia ley de muerte digna (N° 10.058), era imprescindible interpretar correctamente las fuentes normativas, respetando su jerarquía con respecto a la Ley Nacional N° 26.742 y a los art. 59 y 60 del CCyC. El TSJ sostuvo que el plazo de 12 meses debe considerarse solo como un punto de referencia al momento de evaluar el referido estado clínico,

pero “en ningún caso puede exigir taxativamente ese tiempo como una condición imprescindible para el ejercicio del derecho sustantivo” (p.32, párrafo 3). Reafirmó que no es posible dismantelar las estructuras fundamentales establecidas por el CCyC, ya que sobre ellas se sustenta el principio de lealtad federal (p.32, penúltimo párrafo).

b) No es posible ignorar o entorpecer las decisiones tomadas por el paciente (p.24, párrafo 3). Ese significativo derecho ha provocado un cambio en la relación médico-paciente, particularmente cuando el mismo se encuentra ante una situación clínicamente irreversible o equivalente. El TSJ se pronunció en términos del alcance del art.3 de la Ley provincial N° 10.421/16 (modificatoria de la Ley N° 10.058) en el que se reconoce el derecho de las personas a manifestar, mediante una DVA, su voluntad ante la ausencia de la capacidad natural o la existencia de condiciones clínicas que le impidan otorgar consentimiento.

c) Vinculado con los dos argumentos anteriores, en este sentido el TSJ expresó que si el paciente -ya sea personalmente o a través de sus representantes- manifiesta su deseo de no ser sometido a determinados procedimientos/prácticas que únicamente prolongarían artificialmente su vida, dicha instrucción debe ser respetada. En consecuencia, los profesionales están obligados a suspender el SV y ajustar a su mínima expresión el esfuerzo terapéutico. De ello se desprende que los médicos tampoco pueden reanudar los tratamientos sin la autorización expresa del paciente; por ejemplo, a través de la revocación de la DVA (art. 60 del CCyC, art.19 de Ley N° 10058), porque siempre debe prevalecer su voluntad (art. 8 Ley N° 10058).

d) El TSJ determinó que no existía oposición por parte de ningún familiar dado que la pareja, la hermana y la hija del paciente habían ejercido válidamente la representación legal del Sr. J.C.S. en el HMU y bajo esa condición promovieron también la presente acción de amparo. Asimismo, sostuvo que para reconstruir la voluntad del paciente no era necesaria la manifestación de todos sus hijos -incluso uno de ellos privado de libertad- quien coincidió con la familia en la solicitud del retiro de SV a su padre.

4. Análisis conceptual y de antecedentes doctrinarios y jurisprudenciales

4.1. Análisis conceptual

Un sujeto muriente es aquél que atraviesa la etapa final de su vida en situación de muerte inminente. Desde una perspectiva bioética, el paciente que se encuentra en situación de muerte inminente es siempre la figura más relevante, debe conocer claramente cuál es su diagnóstico y su pronóstico, así como las alternativas terapéuticas existentes y las disponibles, las tasas de éxito y posibles complicaciones; con toda la información sobre su estado de salud, le

corresponde a él decidir sobre la aceptación o rechazo de los cuidados médicos y sobre la calidad de vida que a él le parece adecuada (Hottois, 1999).

En el pasado, el modelo de salud paternalista dictaba que era el médico, unilateralmente, quien decidía qué era “lo mejor para el paciente”. En el modelo de salud autonomista, vigente en algunos países, el sujeto muriente es reconocido como un agente jurídico y moral, con capacidad de decidir sobre cómo quiere finalizar su propia vida; no se trata de un paciente en el sentido clínico-médico, sino un ser humano que conserva su dignidad, autonomía e identidad, incluso en la agonía.

Actualmente, la adecuación del esfuerzo terapéutico, entendida como la omisión, suspensión o no aplicación de ciertos tratamientos médicos, representa una manera ética de respetar a los pacientes que rechazan determinados cuidados; fuera de situaciones de incapacidad manifiesta o pérdida de discernimiento, el médico no puede contradecir el deseo del paciente a no ser tratado (Valerga & Trombetta, 2022).

4.2. Antecedentes doctrinarios

En este trabajo se acepta la expresión “antecedentes doctrinarios” como las ideas, teorías u opiniones expresadas por estudiosos, expertos o juristas sobre un tema específico -en este caso, la muerte digna-. Se refiere a los trabajos previos, investigaciones, análisis y comentarios que han contribuido a la comprensión y desarrollo de un campo de conocimiento o una disciplina, como puede ser el derecho (Confilegal, 2018). Así, la doctrina de la muerte digna merece ser analizada desde diversas doctrinas: médica, ética, socio-religiosa y cultural, y por supuesto, la jurídica. Sólo una perspectiva doctrinaria plural del tema permitirá hacer un abordaje integral del fallo elegido.

Desde la doctrina médica, es importante distinguir entre las definiciones de estado comatoso, vegetativo y vegetativo permanente. Particularmente, el estado vegetativo permanente es una alteración neurológica muy grave que compromete de manera irreversible a la corteza cerebral superior. En esta condición, la persona conserva las funciones vitales básicas (capacidad de respirar, mantener la circulación sanguínea, regular su temperatura y regular el ciclo sueño-vigilia) pero carecen de cualquier forma de conciencia, comunicación y/o emoción. Para permitir la muerte en un estado vegetativo permanente es necesario proceder al retiro del SV (alimentación e hidratación), y no otra cosa (Fustironi et al, 2020).

Desde la doctrina ética, la comprensión del concepto de "muerte digna" solo puede comprenderse si se reconoce el proceso de morir como un acto propiamente humano. La dignidad en este proceso se resguarda mediante principios morales relevantes como la veracidad, la proporcionalidad terapéutica, el doble efecto en el control del dolor, la prevención

y el no-abandono (Taboada-Rodríguez, 2016; Reascos-Chalacán et al, 2024). Coincidentemente, antes de la construcción de la *ratio decidendi* del fallo que se estudia en este trabajo, el TSJ analizó profusamente el respeto por la dignidad y autonomía de la persona, así como el derecho de finitud de la condición humana.

Desde la doctrina socio-religiosa y cultural, el concepto "morir con dignidad" en algunas religiones se permite asociarlo a la eutanasia y en otras (ejemplo: la judeo-cristiana) no se lo admite. Corresponde a la sociedad en su conjunto respetar el sentido que cada persona -se encuentre o no en estado vegetativo permanente- otorga a su vida y las decisiones que ello implica; incluso el rechazo a un tratamiento, aunque esta decisión pueda conducirlo a la muerte (Hordern, 2016; Choudry, 2018).

Desde la doctrina jurídica, la dimensión normativa del derecho es un producto humano multifacético que se (retro)alimenta del aporte de otras ciencias (psicología, sociología, biología, economía, etc.); así, el ordenamiento jurídico se erige sobre fundamentos provistos por otras disciplinas, adquiriendo especial significancia cuando lo que está en juego es la vida y la muerte (García-Ramírez, 2004).

Tanto la eutanasia activa como pasiva son temas discutidos a lo largo de la historia principalmente porque la vida es un concepto que va más allá de la biología. En Argentina, la eutanasia activa no es legal; pero desde la vigencia de la Ley N° 26.742/2012 se permite la eutanasia pasiva (conocida como muerte digna). Esta ley establece y ratifica el derecho de los pacientes con enfermedades terminales a rechazar un tratamiento que prolongue artificialmente sus vidas; pero quedan expresamente prohibidas las indicaciones que impliquen prácticas eutanásicas.

Consentimiento informado. La ley nacional N° 26.742 establece que la decisión del paciente o familiares del mismo debe quedar registrada en un acta acreditada por un escribano y/o un juez y firmada por escrito por todos los intervinientes presentes, tanto sea para aceptar o rechazar algún procedimiento para prolongar la vida. El paciente puede revocar la decisión tomada cuantas veces considere necesario.

En el caso que el paciente esté incapacitado y/o imposibilitado de firmar el consentimiento, la norma establece que el mismo podrá ser dado por los familiares, respetando el orden de prelación establecido en la ley de trasplante de órganos y materiales anatómicos (ley 24.193), con los requisitos allí establecidos, que consisten en dar testimonio sobre la voluntad del paciente en pleno estado de lucidez; y si hubiere desacuerdos entre personas con el mismo nivel de prelación- por ejemplo, entre hermanos-, se asumirá por presunta la voluntad favorable a la donación.

4.3 Antecedentes jurisprudenciales

El primer debate público (y político) sobre la conducta médica en pacientes con muerte inminente, la dignidad del ser humano y quiénes y bajo qué condiciones se deben tomar decisiones para autorizar, mantener o suspender el SV del final de la vida, se instaló en 1975 con el caso de Karen Quinlan, una estadounidense de 22 años que quedó en estado vegetativo irreversible tras un accidente, motivo por el cual requirió asistencia mecánica respiratoria para ser mantenida con vida. Después de varios meses sin evidencia de mejoría, los padres solicitaron al Hospital la desconexión del respirador, pero el cuerpo médico rechazó tal petición. Recurrieron a la Corte de New Jersey y, ante otra negativa, apelaron a la Corte Suprema, quien sí validó el pedido. El Hospital procedió a retirar el respirador, pero no se suspendió el SV. En esas condiciones, Karen Quinlan vivió hasta su fallecimiento, en 1985.

En los años siguientes, otros casos de similares condiciones contribuyeron al debate, en todo el mundo: en Estados Unidos, Nancy Cruzan, Brittany Mainard (diagnosticada con un tumor cerebral -glioblastoma- terminal) y Terri Schiavo; en España, Ramón Sampedro, Inmaculada Echevarría y María José Carrasco; en Italia, Pergiorgio Welby y Eluana Englaro (esta joven pasó 17 años en estado vegetativo tras un accidente automovilístico); en Inglaterra, Tony Bland; en Francia, Vincent Lambert y Chantal Sébire... Todos, reavivaron el debate sobre la autorización a una muerte digna y a respetar la autonomía y dignidad del paciente.

En Argentina, la jurisprudencia refleja distintos pronunciamientos en materia de una ley de “muerte digna”. En 2005, la Corte Suprema de la provincia de Buenos Aires rechazó el pedido de retiro de SV de una mujer, quien dos años antes había quedado en estado vegetativo irreversible después del parto. Ese mismo año, un tribunal de Mar del Plata validó un consentimiento notarialmente realizado en vida por una paciente con una enfermedad degenerativa, donde expresaba su voluntad de no recibir tratamientos invasivos cuando su enfermedad progresara. En 2006, la justicia de Neuquén hizo lugar a la presentación preventiva que hicieron los padres de un niño de 11 años con una patología progresiva e irreversible, autorizando a que no se prolongara artificialmente su vida cuando alcanzase fases críticas. En esta cronología de jurisprudencia, resulta destacable la sanción de las respectivas llamadas leyes de “muerte digna” en Río Negro (2007) y Neuquén (2008), donde en ambas se reconoce el derecho a interrumpir/rechazar tratamientos en pacientes con enfermedades terminales. En 2009, se sancionó la Ley nacional N° 26.529 que facultaba a los pacientes a aceptar o rechazar procedimientos médicos, excepto aquéllas que implicasen prácticas eutanásicas.

A partir de esta sanción, dos casos más volvieron a instalar el tema en la agenda pública, pero esta vez haciéndose visibles en los medios de comunicación, coaccionando hasta la

sanción definitiva de la Ley nacional N° 26.742/2012: En marzo de 2011, Melina González, de 19 años, internada en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires solicitó a los médicos una sedación paliativa para sus dolores, producto de una enfermedad degenerativa avanzada. Los médicos explicaron que necesitaban una intervención judicial para dar curso al pedido. Melina optó por hacer público su pedido en un programa de televisión, reclamando mediáticamente, por un lado, que se le permita alguna medicación paliativa para sus dolores, y por otro, exigiendo una ley de muerte digna para casos similares. Pero casi en simultáneo, en agosto de 2011, la madre de Camila Sánchez también mediatizó el caso de su hija: una beba de dos años que se encontraba bajo asistencia mecánica respiratoria y en estado vegetativo permanente, producto de una hipoxia y paro cardiorrespiratorio neonatal. Los padres siguieron el recorrido usual: solicitaron a los médicos el retiro del respirador, éstos se negaron bajo argumento de limitaciones legales y la necesidad de contar con la autorización de un juez para tomar alguna decisión en ese sentido.

En los años posteriores a la sanción de la norma nacional, otros casos siguieron sentando jurisprudencia. En 2014, el tribunal de la provincia de Neuquén mostró la falta de consideración a la debida jerarquía con respecto a ley Nacional 26.742 y a los art. 59 y 60 del CCyC con el caso M.A.D -paciente que estaba desde hace 20 años en estado vegetativo permanente-.Aun contando con el bagaje normativo nacional y también provincial, el Tribunal rechazó la solicitud de sus hermanas de la desconexión del SV. Esto obligó a los familiares del paciente a apelar a la Corte Suprema, quien se expidió autorizando la suspensión de SV, aunque el mismo día de la resolución de la Corte, el paciente falleció.

5. Postura de la autora

La Ley Nacional 26.742, sancionada después de un intenso debate ideológico, social y político, representó un avance significativo en Argentina al reconocer derechos de los pacientes murientes. La sanción de esta ley, en nuestro país constituyo un avance muy importante en la materia. Corresponde señalar que esta norma no despenaliza, bajo ninguna circunstancia, la eutanasia ni el suicidio asistido, delitos que se encuentran tipificados en nuestro Código Penal.

La autora del trabajo mantiene su postura a favor del cumplimiento de la muerte digna, siempre y cuando, *a)* se encuadre y transcurra exclusivamente en el marco jurídico, con la discreción necesaria de los intervinientes para evitar fatuos e inconsistentes escándalos mediáticos, y *b)* se aborde el caso de manera integral; considerando que el paciente se encuentra vulnerable, brindarle todos los medios y soportes necesarios para que él mismo (o en su lugar,

sus familiares), puedan tomar acertadas decisiones, lograr que el procedimiento legal sea lo más rápido posible y finalizar con el padecimiento.

6. Conclusión

Junto a la idea de morir con dignidad conviven doctrinas que están de acuerdo y en desacuerdo entre la voluntad del sujeto muriente y de quien tiene la responsabilidad de intervenir en su deceso.

En Argentina, con la promulgación de la llamada “ley de muerte digna” se ha permitido dilucidar esa borrosa y angustiante situación extrema -en proporciones diversas y a menudo oscuras- que dilató deseos y realidades durante muchos años, prolongándose el sufrimiento de forma penosa de toda persona que transitaba dicha acontecimiento.

Es de suma relevancia informar a la comunidad sobre los derechos existentes con los que los habitantes contamos, en caso de llegar a atravesar una situación tan extrema; no solo visibilizarlo para educar, sino también generar concientización sobre dicha temática, entender que no se parte de la idea de hacer juicios morales sobre la decisión que cada sujeto toma, sino sobre el derecho imperante que la ley resguarda, considerando que es una problemática compleja que merece ser estudiada e investigada objetivamente, sin prejuicios morales, éticos ni religiosos.

Comprender, a su vez, que los avances que la tecnología ha incorporado a la medicina generan posiciones contradictorias, en tanto que prolongar la vida cuando la situación es irreversible, genera no solo un alto costo emocional, sino también económico, debiendo así reflexionar los costos- beneficios del mismo.

Impera, además, que la comunidad médica y no médica de las instituciones de salud y por supuesto, la comunidad jurídica, estén al tanto de la vigencia de estas leyes y la protocolización correspondiente que les compete en tales situaciones, y que, a su vez, los resguarda. A nivel Estado, también corresponde que las autoridades provinciales y municipales garanticen una mayor publicidad y difusión de información, con el fin de evitar que estos casos se judicialicen, provocando tanto en el paciente como en su entorno familiar una situación angustiante y engorrosa.

7. Referencias

a) Leyes y Acuerdos internacionales

- Ley Nacional N° 26.529/2009. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- Ley Nacional N° 26.742/2012. Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859>
- Ley Provincial N° 10.058/2012. Derecho a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos que prolonguen de manera indigna la vida. Provincia de Córdoba. <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/0/FE22D008EC51664803257A1E00777949?OpenDocument&Highlight=0,10058>
- Ley Provincial n° 10.421/2016. Declaración de Voluntad Anticipada - Muerte Digna. Consentimiento informado. Modificación de la Ley 10.058. Provincia de Córdoba. https://www.saij.gob.ar/10421-local-cordoba-declaracion-voluntad-anticipada-muerte-digna-consentimiento-informado-modificacion-ley-10058-lpo0010421-2016-12-21/123456789-0abc-defg-124-0100ovorpyel?utm_source=newsletter-mensual&utm_medium=email&utm_term=mensual&utm_campaign=ley-provincial
- Pacto de San José de Costa Rica (1984). https://archivo.consejo.org.ar/Bib_elect/BD_Agosto/documentos/pactosanjose.htm

b) Artículos y libros

- Confilegal (4 de Junio de 2025). ¿Cuál es la diferencia entre jurisprudencia y doctrina? <https://confilegal.com/20180813-la-diferencia-jurisprudencia-doctrina/>
- Choudry, M.; Latif, A.; Warburton, K. G. (2018). An overview of the spiritual importances of end-of-life care among the five major faiths of the United Kingdom. *Clinical medicine (London, England)*, 18(1), p.23–31. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.18-1-23>
- Fustironi, O.; Barone, M.E.; Ellim, J.R.; Gonorazky, S.E.; Martínez Perea, M.C.; Rotta Escalante, R. (2020). Suspensión de soporte vital en el estado vegetativo permanente y muerte digna. *MEDICINA (Buenos Aires)* 80, p.48-53.
- García Ramírez, Sergio. (2004). Una reflexión jurídica sobre la muerte. *Bol Mex Der Comp*, 37(11), 861-918. <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v37n111/v37n111a03.pdf>
- Hordern, Joshua. (2016). Religion and culture. *Medicine (Abingdon, England: UK ed.)*, 44(10), p.589–592. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.07.011>
- Hottois, Gilbert (1999). *El paradigma bioético: Una ética para la tecnociencia* (reimpresión). Rubí (Barcelona), Arthropos Ed, 208 p. ISBN. 84-7658-308-7.

- MacCormick, Neil. (2016). *Retórica y Estado de Derecho. Una teoría del razonamiento jurídico*. Ed. Palestra, 466 p. ISBN. 978-612-4218-56-9. Traducción de José Ángel Gascón de: *Rhetoric and the Rule of Law: A Theory of Legal Reasoning* (2005).
- Reascos-Chalacán, M.; Enríquez-Grijalva, M.; Suaste-Pazmiño, D. (2024). Consideraciones éticas acerca de la retirada del soporte vital: análisis de un caso. *Revista Finlay* 14(2). Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1393> (Consultado el 06/04/2025)
- Taboada-Rodríguez, P. (2000). El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioethica*, VI(1), 89-101. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726569X2000000100007&script=sci_abstract
- Taboada-Rodríguez, P. (2016) Dimensión ética del morir. *ARS Médica* 29(1):17. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v29i1.348>
- Valerga, M., Trombetta, L. (2022). Algunos conceptos sobre eutanasia, muerte digna y medicina paliativa. *Revista AMA-Med* 135(2):4-6 https://ama-med.org.ar/uploads_archivos/2520/Rev-2-2022_pag-6-8_Algunos-conceptos-sobre-eutanasia-muerte-digna-y-cuidados-paliativos_Valerga-Trombetta.pdf