

## **Consideraciones acerca del concepto jurídico de "muerte digna" (luego del fallo de la CSJN en el caso "Marcelo Diez")<sup>1</sup>.**

**Por Siro M.A. De Martini**

Tradicionalmente, la dignidad humana ha sido entendida como la expresión de la excelencia o valor exclusivo, único e incommensurable del ser humano. Como algo propio de su esencia o naturaleza. Así concebida, es lógico afirmar que no admite grados. Ninguna persona es más o menos digna. Por supuesto que esta fuente de la dignidad del hombre está fuertemente reforzada para quienes, por la fe, sabemos que el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios y luego redimido y elevado a la vida sobrenatural como consecuencia de la Encarnación del Hijo de Dios. Pero ciertamente no hace falta tener fe para concebir una misma dignidad en todo ser humano y a lo largo de toda su existencia.

Ahora, si la dignidad es algo inherente al ser humano, parece evidente que su vinculación primera es con la vida y no con la muerte. Es la vida humana la que puede ser calificada de "digna", y como esta dignidad permanece inalterable porque dice relación al ser, la muerte del hombre debe ser también manifestación de esta excelsa dignidad como debe serlo cada uno de los momentos de su existencia.

Sin embargo, en los tiempos modernos –entre filósofos, juristas y gente del común- se ha abierto camino una concepción del hombre que hace residir su dignidad en su autonomía personal<sup>2</sup>. Y, en algunos casos, en su exacerbación. Esto es, en la posibilidad de darse sus propias reglas, en ser dueño de su vida según sus propios gustos y valores. Y el Derecho, en el mundo occidental y en nuestro país, en especial en estos últimos años, ha seguido el camino de entronizar como norma esta concepción de la autonomía personal.

Ahora, ¿qué ocurre cuando esta concepción de la dignidad se encuentra con el tabú irremediable de la muerte? La muerte, como todos sabemos, es la única cosa cierta en esta

---

<sup>1</sup> En Anales de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires, Segunda Época, Año LX, Número 53, 2015. La Ley. 2016.

<sup>2</sup> No es, por cierto, que la autonomía en cuanto capacidad de autodeterminarse, de elegir y seguir libremente el bien que la recta razón nos indica, no deba ser considerada otra fuente de dignidad humana. En efecto, además del primer y radical fundamento de nuestra dignidad que arraiga en la excelencia de nuestro ser, hay un segundo fundamento vinculado con la excelencia de nuestras facultades y de las operaciones que de ellas pueden seguirse (como ocurre con nuestro desarrollo intelectual o la posibilidad de actuar libremente o de vincularnos con los demás). Pero esta segunda fuente de la dignidad humana tiene características distintas de la mencionada en primer término: por lo pronto, no todos la poseen en acto (personas antes de nacer y en los primeros tiempos de vida, personas con discapacidades mentales severas o en estado de coma, etc.), ni la poseen en el mismo grado. Por fin, esta segunda fuente de dignidad tiene límites intrínsecos y debe siempre subordinarse a la fuente primera, es decir, la libertad del hombre debe ser respetuosa de su ser.

vida. No hay otra certeza absoluta fuera de que nos vamos a morir. Pero a esta certeza la rodean tres incertidumbres: cuándo y cómo me voy a morir, y qué hay luego de la muerte. La respuesta a esta última incertidumbre depende totalmente de la fe que cada uno tenga. Pero las dos primeras, el cómo y el cuándo, son fuente de ansiedad y angustia. Entonces surge la apelación a la dignidad entendida como autonomía personal. Si no puedo evitar la muerte, al menos la puedo encarar con mis propias reglas y, así como soy dueño de mi vida, así también seré dueño de mi muerte. Esto es, ante la inminencia de la muerte seré yo quien decida el cómo y el cuándo<sup>3</sup>.

A la legitimación de esta posibilidad de decisión sobre el fin de la propia vida es a lo que en el mundo occidental suele llamarse “muerte digna”. Por ejemplo, uno de los primeros lugares en los que se legalizó el suicidio asistido<sup>4</sup> fue el Estado de Oregon, en EEUU. La ley lleva por nombre “Death with dignity act”<sup>5</sup>. La “Federación mundial de sociedades por el Derecho a Morir Dignamente” está integrada por 47 organizaciones de 26 países que promueven la eutanasia<sup>6</sup>.

Podríamos decir entonces, que en general se entiende por “muerte digna” el reconocimiento moral, social y/o legal de la autonomía personal respecto de la propia muerte.

Utilizada e interpretada de aquel modo, entonces, la noción de “muerte digna” parece una manifestación más de lo que se ha denominado “cultura de la muerte”. Vale decir, en palabras de Gonzalo Miranda, “de una mentalidad –plasmada en una serie de realidades sociales- que, habiendo perdido de vista el valor intangible de toda vida humana, la ve como un bien relativo y disponible para la libertad del individuo, de modo que considera la muerte como la solución mejor ante ciertos problemas y la opción por ella un derecho que la ley ha de reconocer al individuo”<sup>7</sup>.

Con esta carga ideológica llegó la locución “muerte digna” a nuestro país<sup>8</sup>.

---

<sup>3</sup> Vease Sgreccia, Elio: “Manual de Bioética”, BAC, Madrid, T I, 2009, p. 853/860.

<sup>4</sup> Sobre las diversos modos de eutanasia y el suicidio asistido Lafferriere, Jorge N.: “La eutanasia y la justicia en el final de la vida”, en Julio César Rivera (h) y osts.: “Tratado de los Derechos Constitucionales”, AbeledoPerrot, TI, 2014, p. 834/843.

<sup>5</sup> El mismo nombre recibe en el Estado de Washington.

<sup>6</sup> En su página WEB expresa que “La Federación defiende que los individuos deben tener derecho a tomar sus propias decisiones sobre la forma y el momento adecuado de su propia muerte”. En [www.dmd.org.co/dmdweb2015/.../federacion-mundial-de-sociedades-por-dm](http://www.dmd.org.co/dmdweb2015/.../federacion-mundial-de-sociedades-por-dm).

<sup>7</sup> Miranda, Gonzalo: “Cultura de la muerte: análisis de un concepto y de un drama”, en Pontificia Academia para la Vida (Director Ramón Lucas Lucas): “Comentario interdisciplinar a la Evangelium vitae”. BAC, Madrid, 1996, p. 241.

<sup>8</sup> Cuando el Congreso sancionó la ley 26.742, llamada “ley de muerte digna”, el diario Clarín, por ejemplo, tituló: “Argentina se suma a una pequeña lista de países que permiten la muerte digna”. La elección del verbo ya puede llamarnos la atención: permitir. Si se permite es porque antes no se podía hacer. Es decir, hubo una conciencia –o se buscó generar una conciencia- de que se estaba ante algo nuevo, que las personas enfermas tenían ahora nuevos derechos con relación a su muerte. Pero aún más llamativo es el resto del título y consiguiente contenido del artículo: Argentina se sumaba, de este modo, a una pequeña lista de países. El diario los enumera: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, tres estados de EEUU... Es decir, los lugares del mundo en que está legalizada la eutanasia o el suicidio asistido. El hecho es particularmente

2.¿Qué camino siguió Argentina? En el año 2009 se sancionó la ley 26529 llamada de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”.

En su artículo 2º, inciso e), bajo el título de “Autonomía de la Voluntad”, la ley establece: “El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”.

En una norma de gran importancia, el art.11, al tratar sobre las directivas anticipadas, dispone que las directivas “que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas... se tendrán como inexistentes”. En su interpretación de los derechos del paciente la Corte Suprema dijo que “no fue intención del legislador autorizar las prácticas eutanásicas, expresamente vedadas en el artículo 11 del precepto, sino admitir en el marco de ciertas situaciones específicas la "abstención" terapéutica ante la solicitud del paciente (caso M.A.D., considerando 13). Con lo cual se fija todo un criterio interpretativo de cualquier posible aplicación que se quiera hacer del texto relativo a los derechos del paciente (incluido su derecho a una “muerte digna”): si la aceptación o rechazo de cualquier terapia o procedimiento médico o biológico o el retiro de medidas de soporte vital, sea cual fuere la situación del paciente, puede considerarse eutanásica, entonces está prohibida y no debe ser aceptada o cumplida por el médico.

En el año 2012 se sanciona la ley 26.742 que modifica la anterior, mediante el agregado de nuevos textos a los ya establecidos. Es por el siguiente agregado que se le ha dado a la ley el nombre de “muerte digna”: “En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”.

El primer supuesto contemplado por la ley es el conocido como encarnizamiento terapéutico<sup>9</sup>. Relativamente sencillo de comprender en el plano de los conceptos puede ser, sin embargo, sumamente complejo en su discernimiento práctico y, en particular, a la hora de tomar decisiones en las que está en juego la propia vida o, más comúnmente, la de algún ser querido. Se trata, como la misma ley indica, de situaciones en las que se intenta u ofrece “someter al paciente terminal a tratamientos dolorosos, invasivos, fastidiosos, muchas

---

notable porque la ley de derechos del paciente prohíbe expresamente la eutanasia, lo que ha sido confirmado por nuestra Corte Suprema, en el caso Diez, de un modo que no puede dejar lugar a dudas.

<sup>9</sup> Sobre el concepto de encarnizamiento terapéutico y la distinción entre medios desproporcionados y extraordinarios, ver Calipari, M.: “Curarse y hacerse curar”, EDUCA, Buenos Aires, 2008.

veces con importantes costos económicos, que no tienen efecto curativo, de modo tal que por esa vía se prolongue por medios artificiales y desproporcionados su vida<sup>10</sup>”.

Desde el punto de vista moral, el tema ha sido ampliamente estudiado por el magisterio de la Iglesia Católica. Así, en la encíclica *Evangelium Vitae*, Juan Pablo II escribía que de la eutanasia “debe distinguirse la decisión de renunciar al llamado « ensañamiento terapéutico », o sea, ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o, bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia « renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Ciertamente –continúa el documento- existe la obligación moral de curarse y hacerse curar, pero esta obligación se debe valorar según las situaciones concretas; es decir, hay que examinar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte”<sup>11</sup>.

En rigor, normalmente tendrían que ser los propios médicos quienes deberían abstenerse de utilizar –y aún de proponer- medios que suponen un encarnizamiento terapéutico y que, en muchos casos, podrían considerarse supuestos de mala praxis profesional. Pero, como puntualiza Elena Lugo, hay una realidad cultural que dificulta las decisiones al final de la vida: por un lado, la existencia de una compleja tecnología, capaz de sostener y extender las funciones de los órganos del cuerpo humano; por el otro, la negación de la muerte y su consiguiente consideración como un fracaso de la medicina. Es posible, entonces, que ya por temor a juicios por mala praxis (que en este caso serían objetivamente infundados), ya por tratar de satisfacer expectativas poco realistas de la familia del paciente, el médico incurra en un uso desproporcionado de las técnicas a su alcance<sup>12</sup>.

Al describir el estado del paciente enfrentado con la posibilidad del encarnizamiento terapéutico, la ley dice “que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal”. La utilización de la conjunción disyuntiva “o”, en tanto denota alternativa entre diversas situaciones, en lugar de una más razonable “y”, puede llevar a interrogarse acerca de cuantas situaciones prevé la norma. Porque es evidente que hay enfermedades incurables e irreversibles y que, sin embargo, no ponen al paciente ante una situación de muerte inminente.

Al discutirse esta cuestión en el Senado, el miembro informante senador Cano, dijo que “en cuanto a la redacción, obviamente una enfermedad incurable es una enfermedad irreversible. Es decir, -agregó- en realidad las tres características que establece la ley con la

<sup>10</sup> Vázquez, Ezequiel: “Cuestiones jurídicas”, en AAVV: “Dignidad en el morir”. Grupo Uno, Bs.As., 2014, p.25.

<sup>11</sup> N° 65.

<sup>12</sup> Lugo, Elena: “Introducción a la Bioética Clínica”, Ágape, Bs. As., 2010, p. 241.

“o” forman una unidad”. Unidad, diríamos, que –más allá de la deficiencia gramatical- puede argumentarse a partir del final del texto en el que se hace referencia a “ese estadio terminal irreversible o incurable”<sup>13</sup>.

3. Debemos ahora detenernos en el segundo párrafo del agregado hecho por la ley de “muerte digna” al artículo 2º, inc. e de la ley 26529. Allí se establece: “También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”.

El texto suscitó desde un comienzo (y aún antes, durante el debate parlamentario) una serie de graves interrogantes, algunos de los cuales fueron tratados por la Corte Suprema en el caso “Marcelo Diez”.

¿Son la alimentación y la hidratación procedimientos médicos, medidas de soporte vital, o se trata de cuidados ordinarios que hay que brindarle a cualquier ser humano (enfermo o no)? ¿Se los puede considerar, en algún caso, desproporcionados o extraordinarios? ¿Puede afirmarse que, en algunos casos, el único efecto que producen es la prolongación en el tiempo de una enfermedad terminal? ¿Podría considerarse su rechazo por parte del paciente un caso de suicidio? ¿Constituye su retiro o suspensión un acto eutanásico o de suicidio asistido?

Comencemos entonces con el caso Marcelo Diez.

En 1994, Marcelo Diez quien entonces tenía 30 años de edad, sufrió en Neuquén un accidente automovilístico y quedó –durante veinte años- en un estado que fue calificado por los médicos locales como vegetativo permanente y que, al final del proceso, el Cuerpo Médico Forense, consideró un estado de conciencia mínima, variante minus.

Los cuidados que recibía eran hidratación y alimentación enteral, y el confort indispensable para una vida digna (higiene, paseos diarios). No estaba conectado a ningún medio tecnológico artificial. Residía en LUNCEC (Lucha Neuquina contra el Cáncer) y su cuidado no implicaba gasto alguno para su familia. Una vez muertos sus padres, sus hermanas solicitaron que se suprimiera la hidratación y la alimentación. Ante la negativa de los médicos, recurrieron a la Justicia. En primera y segunda instancia el pedido fue rechazado. El Tribunal Superior de Justicia provincial dejó sin efecto esta sentencia por considerar que la petición se encontraba comprendida en la ley de Derechos del Paciente y no hacía falta autorización judicial alguna. Interpuesto el recurso extraordinario la Corte Nacional, con fecha 7 de julio de 2015, confirmó la sentencia apelada con la aclaración de que “corresponde admitir la pretensión deducida a fin de garantizar la vigencia efectiva de

---

<sup>13</sup> Así lo hizo en el debate parlamentario la senadora Fellner (Sesión del 9/5/12). El decreto reglamentario de la ley 26529 opta por la corrección gramatical: “cuando padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación” (el subrayado es mío).

los derechos del paciente en las condiciones establecidas por la ley 26.529”. Es decir que la Corte autorizó expresamente que se suprimiera la hidratación y la alimentación enteral.

Pocas horas después de conocido el fallo, Marcelo Diez fallecía como consecuencia de una neumonía de la cual estaba siendo tratado.

El razonamiento que siguió la Corte en orden a la interpretación y sentido que debía darse a la ley de muerte digna en cuanto a la hidratación y la alimentación, fue aproximadamente el siguiente: a) partió de un dato de los informes del Cuerpo Médico Forense y del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro relativo a la probabilidad de reversibilidad del estado clínico de Diez: el primero dijo que la “probabilidad estadística es extremadamente baja”; el segundo, que las posibilidades de recuperación son excepcionales” (consid. 10); b) siguió luego con la conclusión de que Marcelo Diez “ha sufrido lesiones que lo colocan en un estado irreversible e incurable” por lo que su caso resulta encuadrado dentro de la ley de derechos del paciente; c) introdujo luego el argumento de autoridad de que, “en el marco de una situación como la que se encuentra M.A.D. existe consenso en la ciencia médica en cuanto a que la hidratación y la alimentación, en tanto brindan al paciente soporte vital, constituyen en sí mismos una forma de tratamiento médico, otro tanto ocurre en el campo de la jurisprudencia comparada (consid. 16 y 17, respectivamente); d) vienen luego variadas advertencias, para “evitar cualquier equivoco”, relativas a que se trata de “una persona en sentido pleno”, digna, que no debe ser tratada utilitariamente, que no se trata de discriminar “entre vidas dignas e indignas de ser vividas”, todo lo cual lleva a la afirmación de que “lo que este pronunciamiento procura es garantizar el máximo respeto a su autonomía y asegurar que esta sea respetada”(consid. 24 y 25); e) el resto de los argumentos apuntan a esta compleja cuestión de la autonomía personal y el modo de respetarla en un paciente que llevaba más de 20 años sin poder expresar su voluntad, lo cual trataré más adelante.

Como se ve, la Corte no menciona siquiera los principales problemas jurídicos y morales que estaban en juego. Su razonamiento se agota en considerar que, en razón de su estado clínico, el caso de Marcelo Diez estaba comprendido por la ley de muerte digna, y que la hidratación y la alimentación son tratamientos médicos lo cual, implícitamente, implica decir que no se trata de cuidados normales. Más allá de que es esta última una cuestión ampliamente discutida en el campo de la medicina y en el de la filosofía moral<sup>14</sup>, faltaba hacerse cargo de la más importante de las cuestiones: suprimir la hidratación y la alimentación de una persona es provocarle intencionalmente la muerte.

Por otra parte, ¿podía considerarse a Marcelo Diez comprendido dentro de las previsiones legales? Nuestro Tribunal Supremo, sin justificar su decisión, optó por la única

---

<sup>14</sup> Distintos aspectos y puntos de vista en Craig, Gillian M.: “On withholding artificial hydration and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues”. En *Journal of Medical Ethics*, 1996; 22: 147-153; y Prat, Enrique H.: “Decisiones prudentiales ante enfermedades terminales. El caso de la hidratación y alimentación artificial”. Jornada de Bioética, Pamplona, 23 de mayo de 2009. En [www.unav.es/cdb/prat1.pdf](http://www.unav.es/cdb/prat1.pdf)

interpretación del texto legal carente de razonabilidad, esto es, considerar que para rechazar la hidratación y la alimentación basta con que el paciente se encuentre en un estado irreversible e incurable aunque este estado no sea terminal. En efecto, ante la deficiente redacción del artículo en su comienzo caben dos únicas posibilidades: considerar que tanto el rechazo del encarnizamiento terapéutico como el de la alimentación e hidratación requieren la existencia de un estado terminal, o considerar que sólo el rechazo de la hidratación y la alimentación requieren un estado terminal incurable e irreversible. Porque en este caso, la exigencia inequívoca del estadio terminal surge de la letra de la ley.

De lo que se sigue que la posibilidad de que el paciente no se encuentre en un estadio terminal de su dolencia, podría argumentarse sólo para un supuesto de empleo de procedimientos o tratamientos médicos o de medidas de soporte vital que sean extraordinarios o desproporcionados. Lo que no ocurre nunca con la hidratación y la alimentación<sup>15</sup>, salvo algunos casos que pueden presentarse en los estadios terminales de algunas enfermedades y ya ante la proximidad de la muerte. Es decir, que la Corte ha actuado fuera de las previsiones de la ley.

Por fin, la ley habla de “rechazar” no de suprimir la alimentación e hidratación, como se trataba en este caso. La diferencia no es poca porque para “suprimir” siempre hace falta la intervención de un tercero. Diré algo más sobre esto a propósito de la cuestión de la autonomía personal.

5) Más allá de lo que la Corte ha dicho (o ha resuelto sin fundamentar), permanece la cuestión más relevante de la ley de muerte digna argentina: cuál es el significado, alcance y recta interpretación del párrafo relativo a la potestad de “rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”.

Conviene comenzar por el final.

Las enfermedades irreversibles e incurables son enfermedades crónicas no transmisibles. La OMS las define como enfermedades de larga duración y que por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles más frecuentes son las enfermedades cardiovasculares (accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma); y la diabetes. En los países de ingresos bajos y medios cerca del 75% de las muertes son causadas por estas enfermedades<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Cfr. Sambrizzi, Eduardo A.: “Disquisiciones en torno a lo que se entiende por muerte digna”, en Anales de la Academia nacional de Derecho y Ciencias Sociales, segunda época, año LVIII, N° 51, 2013, p. 314/15.

<sup>16</sup> OMS: [en línea], disponible en: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> > [consulta: 04 de octubre de 2015].

El concepto de “estadio terminal”, por su parte, se desarrolló en el siglo pasado para hacer referencia a los enfermos de cáncer cuando se encuentran en la fase final de la enfermedad. Sin embargo, en la última década, se han incorporado algunas enfermedades no oncológicas en su etapa avanzada (enfermedad pulmonar; insuficiencia cardiaca; enfermedad hepática: cirrosis hepática; enfermedad renal crónica avanzada; demencias y enfermedades cerebrovasculares). La Sociedad Española de Cuidados Paliativos caracteriza el estadio terminal por los siguientes elementos: a) presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable; b) falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; c) presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; d) gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y e) pronóstico de vida inferior a 6 meses. Este breve plazo de expectativa de vida se repite en otros documentos y legislaciones<sup>17</sup>.

Por su relevancia para el caso Diez, hay que decir que una persona en estado vegetativo mantiene sus funciones cardiovasculares, respiratorias, renales, termorreguladoras y endocrinas, así como la alternancia sueño-vigilia, pero no muestra ningún tipo de contacto con el medio externo y ninguna actividad voluntaria. El adjetivo persistente añade una connotación temporal que lo diferencia de estados vegetativos transitorios. En general, se acepta que 1 mes es el tiempo requerido para que un estado vegetativo se considere persistente. Si el estado continúa luego de transcurrido un período de tiempo que, según las patologías oscila entre tres meses y un año, se lo califica de “permanente”<sup>18</sup> lo que no supone, por tanto, un diagnóstico distinto.

En cambio, el estado de mínima conciencia se ha definido como la "condición neurológica en que existe grave compromiso de conciencia, sin embargo, se observan claras y reproducibles evidencias de conciencia de sí mismo o de su entorno". Entre los posibles indicadores de este estado se encuentran: “... Actos con propósito en relación a un estímulo de ambiente y no meramente reflejo”<sup>19</sup>. En el caso de Marcelo Diez había testimonios como el del Obispo de Neuquén quien, en un comunicado explicaba: “Sus reacciones se leen en su rostro, que se ilumina al escuchar música, o que manifiesta cansancio cuando algo lo aturde”<sup>20</sup>. Terminemos puntualizando que los estados vegetativo y de mínima conciencia no son enfermedades sino discapacidades severas.

---

<sup>17</sup> En [www.secpal.com](http://www.secpal.com). Por ejemplo, la legislación de Seguridad Social del Reino Unido incluye esta característica de que la muerte, como consecuencia de la enfermedad, pueda razonablemente ser esperada dentro de los seis meses. La American Cancer Society habla de un “near future”.

<sup>18</sup> Grau Veciana, J.M.: “Estado vegetativo persistente. Aspectos clínicos” en Medicina Intensiva, Revista de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Vol 28. Núm 3. Marzo 2004.

<sup>19</sup> Volaric, Catherine y Mellado Patricio: “Estado de Mínima Conciencia” en Cuadernos de Neurología, Universidad Católica de Chile, Vol.XXVIII, 2004. Otros posibles indicadores son: 1) Obedece comandos simples; 2) Respuesta afirmativa o negativa (gestual o verbal); 3) Verbalización inteligible.

<sup>20</sup> “El derecho a una asistencia básica”. Comunicado del Obispado de Neuquén (15 de agosto de 2012).

Es con relación a estos estados, (a propósito de los cuales muy probablemente se planteen otros casos de “muerte digna”), donde mayor influencia parecen tener sobre las posturas y decisiones las concepciones antropológicas de médicos, filósofos y juristas. Un buen ejemplo de esto es, en el caso Diez, el fundamento del dictamen de la Procuradora General. La Procuradora se hace eco de la opinión del Comité de Bioética del INCUCAI en el sentido de que “la hidratación y la nutrición es un tratamiento ordinario proporcionado para cualquier circunstancia médica que no sea absolutamente irreversible, como en este caso, donde se transforma en extraordinario y desproporcionado. La desproporcionalidad se evidencia en el empeñamiento de sostener con vida sólo a un cuerpo, aún a costa de la persona moral competente que [M.A.D] fue”. De ello, deducirá la funcionaria que “las normas buscan tutelar el derecho a la vida no como un mero hecho biológico, sino también como un conjunto de atribuciones que convierten en soberano a su titular”<sup>21</sup>. Se trata, como se ve, de una mirada reduccionista de la vida humana y de su dignidad dentro de la cual, la pérdida de la conciencia y de la consiguiente capacidad de autodeterminarse y relacionarse con los demás, implica la pérdida del ser persona. Lo que queda, entonces, en el ser humano en estado vegetativo, es un mero hecho biológico que no merece ser mantenido con vida.

Del otro lado, la Corte ha remarcado que “no está en discusión que M.A.D., es una persona en sentido pleno que debe ser tutelada en sus derechos fundamentales, sin discriminación alguna”, cuya dignidad radica en el “simple hecho de ser humano”. De allí que resulta inadmisibile-sostiene también el alto tribunal- discriminar entre vidas “dignas e indignas de ser vividas”, ni tampoco puede ser admitido que, con base en la severidad o profundidad de una patología física o mental, se restrinja el derecho a la vida”<sup>22</sup>.

Esta concepción ontológica de la dignidad humana –que sin dudas será un importante criterio para el análisis de futuras cuestiones jurídicas- se ve disminuida (y hasta tergiversada) en el caso concreto por la contradictoria introducción de una visión relativista y subjetivista de la dignidad humana<sup>23</sup> que le permitirá a la Corte ubicar la autonomía personal como norma suprema del orden jurídico, al punto de convalidar una presunta decisión de Marcelo Diez sobre su propia muerte.

---

<sup>21</sup> Puntos IV y X.

<sup>22</sup> Consid.24 y 25.

<sup>23</sup>La frase a la que me refiero es esta: “su modo personal de concebir para sí, antes de caer en este estado de inconsciencia permanente e irreversible, su personal e intransferible idea de dignidad humana” (consid. 22). Es evidente que si llamamos dignidad humana a la concepción que cada cual tiene de ella, el concepto de dignidad humana queda vaciado de contenido y se transforma en una cáscara vacía que puede llevar dentro y justificar cualquier cosa que a cada cual se le ocurra. Es extraño que el máximo tribunal no haya notado esta contradicción en su propio pensamiento y, la más grave contradicción aún, entre esta idea relativista e individualista de la dignidad, y los muchos documentos internacionales que hacen referencia a la “dignidad inherente al ser humano” en un sentido inequívocamente objetivo y universal (vgr. la Carta de las Naciones Unidas; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto de Derechos Civiles y Políticos; la Convención sobre los Derechos del Niño, etc.).

Si pasamos ahora al centro del tema, no tendría que hacer falta decir que el agua y el alimento son imprescindibles para la vida del ser humano. Cumplen con un fin fisiológico fundamental y son, por tanto, medios que nuestra misma naturaleza reclama. Son muchos los momentos de la vida, y muchas las razones, en los cuales la persona no puede proveerse por sí mismo alguno de estos medios. Es nuestra madre quien nos alimenta en los primeros nueve meses de nuestra vida; y quien esté a nuestro cargo luego de nacidos y por un tiempo aún más prolongado. Y si se trata de personas que han nacido o sufren luego alguna discapacidad severa esta necesidad del otro para ser alimentados e hidratados puede extenderse por muchos años o, quizás, por toda la vida. También tenemos esta experiencia de ser hidratados por otro cuando estamos convalecientes luego de ciertas intervenciones quirúrgicas.

¿Existe alguna diferencia esencial entre estas experiencias de la necesidad de ayuda para recibir agua y alimento, y la “hidratación y alimentación” en el caso de una persona que se encuentre en un “estadio terminal irreversible o incurable”, como dice la ley? Las diferencias básicas son el empleo de ciertos medios artificiales, es decir, creados por el hombre, y que el paciente se encuentra próximo a la muerte como consecuencia de una enfermedad. La proximidad de la muerte no modifica, en principio, el carácter natural, proporcionado y ordinario de dar agua y alimento al paciente. Porque estos cumplen la misma finalidad que han venido cumpliendo a lo largo de la vida. ¿Lo modifica el empleo de medios artificiales (hidratación y alimentación enteral o parenteral)? Acá tendríamos que plantearnos si la utilización de estos medios artificiales puede modificar la naturaleza del acto. Este consiste en proveer lo necesario para el cumplimiento de un fin fisiológico ordinario. La intervención de un médico y la utilización de una sonda ¿transforman la nutrición y la hidratación que han mantenido vivo a ese organismo hasta ese momento en un “tratamiento médico” como dice la Corte? Un tratamiento médico es un proceso que se lleva adelante para alcanzar la curación o el alivio de las enfermedades o los síntomas que una dolencia provoca. No es por cierto ninguna de estas la finalidad de hidratar y alimentar. En rigor, sólo podría considerárselos “tratamientos médicos” en caso de una persona deshidratada o desnutrida.

Todo esto no obstante, uno no puede dejar de plantearse si no estamos frente a una discusión sobre las palabras y no sobre las cosas. Porque, ¿cambia en algo la función del alimento y la bebida en su finalidad fisiológica porque lo llamemos cuidado ordinario o tratamiento médico?

Mucho me temo que con estas cuestiones verbales lo único que se pretenda sea escamotear la verdad de que cuando a un enfermo le suprimimos la hidratación y la alimentación lo estamos matando deliberadamente. Porque no hay otro efecto que se pueda seguir de esa supresión.

¿Puede, en algún caso, considerarse que la hidratación o la alimentación son desproporcionados y, por tanto, perjudiciales para el organismo? La respuesta es afirmativa

aunque de alcances muy limitados: ocurre, a veces, que en la proximidad de la muerte, el organismo no puede ya metabolizar, procesar y disponer lo que incorpora por lo que, para bien del paciente y dado que entonces la hidratación y la alimentación no cumplen ya un fin fisiológico normal ni terapéutico, puede moralmente suprimírselas.

Queda una cuestión que no hemos introducido hasta ahora y es el requisito legal de que –en el contexto de un “estadio terminal irreversible o incurable”- la hidratación o alimentación produzcan “como único efecto” la prolongación en el tiempo de ese estado. No es fácil discernir el significado de estas palabras: “como único efecto”. Por lo pronto, la hidratación y la alimentación tienen como efecto propio, y si se quiere único, cumplir una finalidad fisiológica que permite la continuidad de la vida. Pero esto es así en cualquier momento de la existencia y con cualquier estado de salud. Tal es su efecto y no otro. No son una terapia y, por tanto, no curan. Lo que sí tiene un fin distinto y más elevado es la continuidad de la vida hasta el punto de su culminación natural. Por lo pronto se trata de permitir que cumpla su condición de ser un don, un bien indisponible para el hombre. Y luego ¿cómo saberlo?, la posibilidad –que la ciencia no puede desmentir- de que en un estado de mínima conciencia e, incluso, en un estado vegetativo, haya una vida espiritual (en un sentido amplio del término) que la tecnología nunca podría captar. En este sentido, los “procedimientos de hidratación o alimentación”, al cumplir su función propia, tienen un efecto vinculado con el fin de la vida y su misterio y, por tanto, su efecto no es único sino que cumple la función de un medio para un fin. De lo que se sigue que cuando la hidratación y la alimentación no pueden cumplir su función propia, como señaláramos más arriba, tampoco están en condiciones de cumplir esa relación con la vida e incluso puede ocurrir que entorpezcan la llegada del fin de la vida de un modo digno. Quizás entonces podría decirse, con cierta impropiedad, que se agotan en un único e indeseado efecto.

5. El fundamento explícito de los derechos del paciente en materia de salud –lo cual incluye la muerte digna- es la autonomía de la voluntad. Autonomía sumamente compleja y difícil de alcanzar en esta materia. Médico y paciente están en la realidad en una situación de asimetría. El médico sabe y el paciente ignora. El médico está trabajando y el paciente está sufriendo, muchas veces atemorizado y en grado de altísima vulnerabilidad. La ley pone en sus manos resolver si acepta o no un tratamiento, si rechaza un acto médico por ser este desproporcionado con relación a sus posibilidades de mejoría, si rechaza incluso el ser hidratado y alimentado en la proximidad de la muerte y cuando estos medios ya no cumplen fin alguno. Pero para estar en condiciones de rechazar libremente todo lo que, dentro de los límites legales, puede considerar malo para sí mismo, el paciente tiene que saber. Y tiene que saber con anticipación.

Nuestra legislación (ley y CC y C ) exige el cumplimiento de una serie de requisitos para que el paciente esté debidamente informado y pueda, sólo entonces, prestar un verdadero consentimiento. Por ejemplo: parece difícil que un paciente pueda lúcida y libremente, ante

una situación concreta de futilidad de la alimentación o de la hidratación, rechazarla o pedir que la supriman. Normalmente será el médico quien le diga que estos medios ya no lo son, es decir, que no cumplen su fin específico. Y el paciente hará un acto de fe y de confianza en las palabras de su médico. Pero más comúnmente serán los familiares o personas cercanas al paciente quienes tomarán la decisión, en este o en otros casos complejos. Y lo harán en base a la información provista por el médico –a quien muchas veces pedirán consejo – y teniendo en cuenta lo que suponen es mejor para el enfermo. Con el riesgo natural de que confundan sus propios deseos, temores y sufrimientos con los del paciente. Todo esto ocurre habitualmente, y es razonable e inevitable que ocurra de ese modo. Pero ¿dónde queda, entonces, la autonomía del paciente?

En el caso Marcelo Diez la Corte insistió en que no debía confundirse la voluntad de las hermanas de Marcelo con la de éste ya que, ” lo que la norma exclusivamente les permite es intervenir dando testimonio juramentado de la voluntad del paciente con el objeto de hacerla efectiva y garantizar la autodeterminación de este” (consid. 26). Es decir, que debía garantizarse la existencia de una real y verdadera autonomía de la voluntad de Marcelo Diez. El accidente había ocurrido veinte años atrás. ¿Podía haberse él imaginado una situación como la que le tocaría vivir? ¿Podía razonablemente haberse planteado algo atinente a su propia alimentación e hidratación? ¿Podía, como exige con razón la ley, tener toda la información relativa a los efectos y consecuencias de la supresión de aquellas para, en base a dicho conocimiento haber hecho una ponderada manifestación de voluntad?

Sus hermanas dijeron que la solicitud respondía a la voluntad de Marcelo; luego, una de las peticionantes manifestó que estaba “representando a su hermano, que ella sabe cuál era su voluntad”, por fin –en oportunidad de contestar los traslados del recurso extraordinario donde el tema de la falta de manifestación de la voluntad fue planteado enfáticamente- la misma persona dijo que estaban “cumpliendo la voluntad explícita manifestada por él, en vida a una de sus hermanas ...” ¿Es esto una prueba de que Marcelo Diez había prestado su consentimiento debidamente informado para que, en caso de una enfermedad o un estado irreversible e incurable (pero no terminal), le suprimieran la hidratación y la alimentación y, como consecuencia de ello, muriera? ¿Puede decirse seriamente que la Corte Suprema ha respetado la autonomía de su voluntad?

Como ha comentado Nicolás Lafferrière , “todo ello nos permite afirmar que pretender ubicar la autonomía de la voluntad como fundamento de esta decisión constituye un exceso que desvirtúa los criterios de fondo que deben regir la relación médico-paciente. En los casos de personas imposibilitadas de expresar su voluntad, queda en evidencia la necesidad de contar con criterios objetivos más allá de la autonomía y que refieren al interés superior de la persona”<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Lafferrière, Jorge Nicolás y Pucheta, Leonardo L.: “El final de la vida y las paradojas del consentimiento por representación. Un comentario a la sentencia de la Corte Suprema en el caso "M. A. D.". En El Derecho, [264] - (08/09/2015, nro 13.807).

Lamentablemente, en éste y en otros muchos casos no tan excepcionales, la autonomía de la voluntad corre el riesgo de transformarse en una ficción e, incluso, en un recurso para justificar decisiones –buenas o malas- de médicos, familiares o jueces.

6. La Corte ha fundado la constitucionalidad de la presunta decisión de Marcelo Diez en orden a suprimir su propia hidratación y alimentación, en el artículo 19 de la Constitución Nacional. Lo ha explicitado con el reiterado argumento de que esa norma “otorga al individuo un ámbito de libertad en el cual puede adoptar libremente las decisiones fundamentales acerca de su persona, sin interferencia alguna por parte del Estado o de los particulares, en tanto dichas decisiones no violen derechos de terceros” (consid. 19).

No me parece un fundamento razonable. En primer término porque la resolución de la Corte involucra necesariamente a un tercero –ya que es un médico quien debe suprimir la hidratación y la alimentación- y, sin dudas, afecta el orden y la moral pública porque la acción que se le ordena al médico tiene el necesario efecto de provocar la muerte del paciente; y pocas cosas o ninguna afectan tanto los valores mencionados como el que una persona mate a otra. Que se haga descansar toda la responsabilidad de la decisión en el mismo paciente, y que se lo llame rechazo de un tratamiento médico, en nada cambia su naturaleza, ni sus consecuencias: más allá de lo que haya dicho la Corte, es un caso de eutanasia pasiva<sup>25</sup>.

En segundo lugar, porque como demostrara Arturo Sampay en un recordado artículo<sup>26</sup>, la distinción entre las acciones que están o pueden estar sometidas al juicio de los magistrados y aquellas que están “sólo reservadas a Dios”, implica un reconocimiento de Dios como legislador y juez supremo. Me parece que el olvido social y judicial de la soberanía divina no es razón suficiente para tergiversar el texto constitucional hasta el extremo de reemplazar a Dios por la voluntad libre del hombre. Nuestros constituyentes se limitaron a reconocer con sabiduría que en toda circunstancia la vida del hombre está regulada por alguna norma. Y cuando no lo está por la norma jurídica (y acá debería considerarse la vinculación de esta con la norma moral y, en última instancia con la ley eterna), su vida está regulada por la ley moral cuya fuente, según reconoce la Constitución Nacional, es Dios. Por supuesto que esto no implica negar la capacidad que tiene el hombre de autodeterminarse libremente, lo cual es un dato prejurídico que corresponde a la misma naturaleza humana.

---

<sup>25</sup> Vease Sambrizzi, Eduardo A.: “La supresión de la alimentación e hidratación constituye un acto de eutanasia”, en La Ley del 15/7/15; también lo considera un caso de eutanasia pasiva Gil Domínguez, Andrés: “Reafirmación de la autonomía de la persona y la vida digna”, artículo publicado en el mismo ejemplar de La Ley.

<sup>26</sup> Sampay, Arturo Enrique: “La filosofía jurídica del artículo 19 de la Constitución Nacional” en [www.juridicas.unam.mx](http://www.juridicas.unam.mx)

En fin, piense lo que se piense sobre la existencia de la norma divina y, por tanto, objetiva y universal, lo cierto es que el texto constitucional de ningún modo permite concluir que el artículo 19 sea una fuente de legitimación de la autonomía personal en sentido de libertad ilimitada<sup>27</sup>.

Tanto menos, por tanto, cuando lo que está en juego es el bien básico e indisponible de la propia vida. Hay que recordar que la vida no es sólo un altísimo bien, sino que es un bien jurídico protegido por la legislación. Así, el artículo 83 C.P. sanciona al que instiga o ayuda a una persona a suicidarse, lo cual implica reconocer el suicidio como algo ilícito.

Por último, no debe pasarse por alto la recomendación de la Corte en cuanto a la conveniencia de que las autoridades correspondientes elaboren protocolos para el planteo, por parte del personal sanitario, de la objeción de conciencia. En efecto, la previsión de la objeción de conciencia en una norma jurídica o en una resolución judicial, implica necesariamente el conocimiento y aceptación de que lo que se está ordenando es algo de naturaleza moral o religiosa; que es al menos discutible la bondad o legitimidad de la orden; y que lo ordenado afecta a una parte importante de la población hasta el punto de que haya muchas personas dispuestas a no cumplir la norma. Todas estas notas, suficientes para aseverar que no estamos frente a un acto privado.

7. En el concepto médico, moral y jurídico de una muerte digna, tienen un lugar preponderante los cuidados paliativos. La legislación a la cual hemos venido refiriéndonos, reconoce explícitamente “el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento” (art. 5º, inc.h). Y antes, luego de referirse a las conductas que integran la noción de muerte digna, la ley establece que “la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente” (art. 2º, inc.e).

En una primera caracterización se puede decir que “el Cuidado Paliativo debe su nombre a la palabra paliar, que significa aliviar, mitigar, dar alivio temporáneo sin intención de cura. Es el cuidado activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo. Se realiza el control de los síntomas (dolor, vómitos, disnea) y se intenta reducir los problemas sociales, psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos cognitivos) y existenciales (miedo a la muerte inminente, remordimientos, falta de esperanza, vida conflictiva). La familia está incluida en la unidad de tratamiento: los miembros no enfermos

---

<sup>27</sup> Hace notar Sampay (idem, p. 8) el sentido profundo que tuvo la elección de la palabra “será” en lugar de “estará”, en la segunda frase del art. 19. “No “estará obligado” obligado –escribe el constitucionalista- parece expresar que cualquier acción permitida por el Estado es legítima y, en cambio, cuando expresa “no será obligado” significa que la autoridad no impondrá ninguna conducta al margen de lo dispuesto por la ley, pero el legislador no descarta que otras normas obliguen en esos casos a cumplir determinadas acciones”

necesitan también asistencia para pasar la experiencia de tener un familiar enfermo y para manejar las emociones negativas que sufren. La filosofía de los Cuidados Paliativos es de alivio y confort: se ayuda al paciente a vivir sus últimos tiempos y a morir con el menor sufrimiento y con dignidad. El objetivo principal es posibilitar al paciente y a la familia la mejor calidad de vida posible por el mayor tiempo posible<sup>28</sup>.

Cristian Viaggio puntualiza los principios sobre los que se asienta esta rama de la medicina del siguiente modo<sup>29</sup>:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

Sin menospreciar la importancia que tiene el negarse a sufrir tratamientos médicos desproporcionados o extraordinarios como los del llamado encarnizamiento terapéutico, parece evidente que es en el desarrollo de los cuidados paliativos y de las instituciones Hospice<sup>30</sup> donde el hombre encontrará la posibilidad de llegar a la muerte con la dignidad propia de su naturaleza.

---

<sup>28</sup> *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Introduction, Second Edition, Edited by Derek Doyle, Geoffrey Hanks, and Neil MacDonald, October 1997, pp. 1-7, citado por Viaggio, Cristian en "Cuidados paliativos y Hospice: ética al final de la vida" en AAVV: "Dignidad en el morir", Ed. Grupo Uno, Bs. As. 2014, p.46.

<sup>29</sup> Viaggio, C.: op.cit., p. 47.

<sup>30</sup> Cristian Viaggio, op. cit., p.48/9: "La modalidad de atención Hospice se desarrolla de la siguiente forma:  
Ambulatoria: asistencia del paciente y la familia en consultorio y cuando el paciente no puede deambular, se lo seguirá en su domicilio, acompañándolo para que fallezca en su hogar junto a sus seres queridos.  
Hogar: lugar físico donde se alojan los pacientes para brindarles los cuidados paliativos. Dichos pacientes generalmente no cuentan con un grupo familiar para ser atendidos o no disponen de recursos. También se realizan alojamientos transitorios de pacientes cuyas familias han claudicado en el cuidado por diversas causas.

El Hospice es un modelo que complementa la asistencia que la red de salud ofrece, integrando al cuidado, las necesidades emocionales, espirituales, intelectuales y sociales del paciente y la familia.

El Cuidado de "Tipo Hospice" es llevado a cabo por un equipo integrado por voluntarios y profesionales de diversas áreas, que atienden las distintas dimensiones de la persona, brindando acompañamiento y cuidados competentes y compasivos, nacidos desde el amor y la caridad". Vease también, del mismo autor: "Solidaridad en el final de la vida". Edición del autor, Luján, 2015

## Conclusiones

1. A nivel mundial o, al menos, occidental, la locución “muerte digna” aparece íntimamente vinculada a la eutanasia y al suicidio asistido. Su fundamento suele ser la autonomía personal entendida como fuente del derecho a decidir el cuándo y el cómo de la propia muerte.
2. La prohibición legal de la eutanasia, destacada por la Corte Suprema en el caso Marcelo Diez, debe considerarse no sólo un límite sino el principal criterio de interpretación del concepto jurídico de “muerte digna” en Argentina.
3. El concepto jurídico de “muerte digna” en nuestro país incluye, como requisito relativo al estado de salud de la persona, que ésta se encuentre en el estadio terminal de una enfermedad irreversible e incurable o haya sufrido una lesión que la coloque en la misma situación.
4. Encontrándose en ese estado, el paciente puede lícitamente rechazar procedimientos quirúrgicos o de reanimación artificial o solicitar el retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado (encarnizamiento terapéutico).
5. La posibilidad de rechazar procedimientos de hidratación o alimentación tiene como principal exigencia que estos no puedan cumplir su finalidad fisiológica propia. Aún cuando a estos cuidados ordinarios se los calificara de tratamientos médicos, en nada cambiaría la exigencia: la supresión o rechazo de la hidratación y alimentación cuando estas cumplen su fin fisiológico normal implica necesariamente la muerte deliberada del paciente, lo que constituye un acto de eutanasia. Como además, en este supuesto no puede calificárselas de desproporcionadas o extraordinarias, no podrían ser consideradas encarnizamiento terapéutico.
6. Salvo las excepciones previstas por la ley, el único que puede rechazar los procedimientos mencionados en los dos puntos anteriores es el propio paciente debidamente informado del modo que lo establece la ley y el C.C. y C. Es probable que este requisito de lugar a manifestaciones de voluntad o consentimientos fictos.
7. Salvo los casos extremos tratados anteriormente, la dignidad en el morir descansa fundamentalmente en los cuidados paliativos entendidos en un sentido integral.