

**De Janon Quevedo, Lenin**

*La ley 26.742, así llamada de “muerte digna”, y algunas consideraciones ético-asistenciales*

VI Jornada Académica de Actualización en Farmacia Hospitalaria, 2012  
Asociación de Farmacéuticos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

De Janon Quevedo, Lenin. “La ley 26.742, así llamada de “muerte digna”, y algunas consideraciones ético-asistenciales” [en línea]. Jornada Académica de Actualización en Farmacia Hospitalaria, VI, 3 noviembre 2012. Asociación de Farmacéuticos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en:  
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/ley-muerte-digna-consideraciones.pdf>

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

## LA LEY 26.742, ASÍ LLAMADA DE “MUERTE DIGNA”, Y ALGUNAS CONSIDERACIONES ÉTICO-ASISTENCIALES.

Autor: Lenin DE JANON QUEVEDO<sup>1</sup>

[ldejanonquevedo@uca.edu.ar](mailto:ldejanonquevedo@uca.edu.ar)

### RESUMEN:

La relación entre el paciente que padece una enfermedad irreversible, incurable o terminal, y el equipo de salud, incluye el “principio del intercambio”. Ello inscribe al reconocimiento del “otro” y a la demanda de lo “suyo”, materializados en la consideración del *otro como fin en sí mismo* y en la exigencia de los *debidos medios que le sean necesarios*. La traducción práctica sería el respeto de la voluntad de la persona y el cuidado del paciente. La ley 26.742 concreta condiciones sanitarias que contemplan la dignidad merecida por la persona moribunda. En este contexto el equipo de salud debe recordar su *compromiso de preocuparse y ocuparse* del paciente, el cual, incluye un mínimo de cuidados o de “imprescindibles asistenciales” que constituirán la propuesta que se someterá a la decisión del paciente, de su familia o del subrogante.

### PALABRAS CLAVE:

Bioética, muerte digna, cuidados del moribundo, cuidados paliativos, hidratación enteral, soporte vital, derechos del paciente.

León Tolstoi solía decir que “lo importante no es la cantidad del conocimiento, sino su calidad. Se puede saber mucho, sin conocer lo más necesario”. Para no abusar de los 15 minutos que dispongo, en estas líneas pretenderé compartir con Uds. muy sucintamente lo que la experiencia en el trabajo como médico intensivista (basado en el estado del arte) me ha llevado a concluir como “necesario”; y como bioeticista reflexionaré en voz alta buscando conexiones con la ley 26.742, misma que se refiere a ciertas condiciones en torno a la dignidad de la persona que atraviesa el proceso de morir.

Sin ánimo de agobiar con las estadísticas, es pertinente saber que uno o dos de cada diez pacientes que atraviesan las puertas de las UCI no van a sobrevivir; uno de cada cuatro fallecerá después del alta de la Terapia (incluso aún estando

---

<sup>1</sup> Médico. Magíster en Ética Biomédica. Docente e Investigador del Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Médico de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital “Francisco Santojanni” de la Ciudad de Buenos Aires.

internado en el hospital), y otros tantos ni siquiera ingresarán a los cuidados críticos para quedarse a morir en la sala general.<sup>2-3</sup> En todos estos años de asistencia (entiendo la asistencia como «*ad- sistere-*», es decir, estar al lado del paciente) he llegado a concluir que existe un conjunto de “imprescindibles” que el equipo de salud no puede obviar.

Estos imprescindibles del final de vida son la encarnación del “principio del intercambio” sobre el cual, según el antropólogo Lévi-Strauss, se funda la sociedad humana.<sup>4</sup> Este intercambio se expresa cuando el equipo de salud se convierte en depositario de la confianza del paciente en aliviar su padecer, y el paciente (incluida su familia) del compromiso del equipo en ofrecer todo lo que está a su alcance para preocuparse y ocuparse de él. El intercambio relacional al cual me refiero sería imposible sin el reconocimiento del otro y lo suyo de un modo que no sea estrictamente “objetual”, sino más bien, “subjetal”: al otro lo entiendo no como “otro que yo”, sino, “otro yo”, “yo persona”; situación que demanda la obligación de “dar a cada uno lo suyo” —esto es aplicar justicia— y se materializa en:

- El respeto del otro como *fin en sí mismo*, y
- La exigencia de los *debidos medios* que sean necesarios.<sup>5</sup>

Como vemos, los imprescindibles no se limitan al campo asistencial, sino que son también éticos. Sintéticamente, el entendimiento del otro como fin en sí mismo y la exigencia de medios se traducirían en los imprescindibles de:

- Respetar la voluntad de la persona que fallece, y
- Cuidar a la persona moribunda.

---

<sup>2</sup> RESCHE-RIGON M, AZOULAY E, CHEVRET S, “Evaluating mortality in intensive care units: contribution of competing risks analyses”, *Crit Care*, 10, 1(2005), p. 5.

<sup>3</sup> AZOULAY E, ADRIE C, DE LASSENCE A, POCHAR F, et al., “Determinants of postintensive care unit mortality: a prospective multicenter study”, *Crit Care Med*, 31 (2003), p. 428-432.

<sup>4</sup> JIMÉNEZ HERNÁNDEZ A, “La donación de sangre”, *Gazeta de Antropología*, 16, 17 (2000) [internet], disponible en: <[http://www.ugr.es/~pwlac/G16\\_17AntonioJose Jimenez Hernandez.pdf](http://www.ugr.es/~pwlac/G16_17AntonioJose Jimenez Hernandez.pdf)> [consulta: 26.09.2012].

<sup>5</sup> Cfr. IDOYAGA ZORROZA M, “Exigencia de justicia: el compromiso por el otro como persona”, en: BURGOS Juan, editor, *La filosofía personalista de Karol Wojtyła*, Palabra, Madrid, 2007, p. 184-192.

## El respeto de la voluntad de la persona que fallece

A la persona que fallece se la respeta desde su condición “humana” y su condición de “ser”. Alguien que “es” pero que se continúa haciendo y acabando desde sus acciones y desde el auto-reconocimiento de lo *humano* de ellas.<sup>6</sup> Los valores, creencias, anhelos, modos de vida e incluso proyecciones a futuro (aunque sean físicamente imposibles de ejecutar) no son otras que acciones de “ese” ser humano moribundo. Un ser anímico-corporal, como diría Xavier Zubiri, que se yergue sobre una estructura biológica —con la que los médicos hemos aprendido a tratar— desde la cual se traslada a otras estructuras, donde adquiere connotaciones psíquicas, sociales y espirituales.

La ley 26.742 deja entender que alguien “que presenta una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”, tiene una vida física próxima a finalizar. La ley lo concibe como “paciente o enfermo”, que a mi modo de ver es una visión un tanto reducida de la persona pero entendible, dado que apunta a los profesionales e instituciones de salud. La norma en cuestión contempla el respeto a la persona y lo manifiesta con el respeto de la voluntad autónoma. Una voluntad que le permite aceptar o rechazar propuestas; que puede ser expresada ya sea en ese momento (vía el consentimiento) o con antelación (vía directivas anticipadas); e incluso ser modificada (vía la revocación) en cualquier momento. Una voluntad que deberá ser obligatoriamente aceptada por el equipo de salud. Condicionantes para limitar un procedimiento, como por ejemplo “el sufrimiento desmesurado”, exhiben que se han considerado conceptos íntimamente relacionados con el patrón axiológico de quien fallece.

---

<sup>6</sup> *Idem.*

## El cuidado de la persona moribunda

En cuanto a los *imprescindibles* asociados a los cuidados, he concluido que el mínimo ético-asistencial (una redundancia consentida porque todo acto asistencial es consciente y voluntario, por lo tanto objeto de evaluación ética) consistiría en no dejar de ofrecer: agua, aire y tranquilidad.

La propuesta se relaciona con paliar síntomas que de persistir haría imposible la existencia humana, punto del cual parte cualquier comprensión de dignidad de la persona; existencia necesaria incluso para aquel que desde su abatimiento por una condición precaria o penosa de vida, quiera expresar que *ha perdido su dignidad*.

La ley admite una vía de aplicación de estos cuidados como son los “cuidados paliativos integrales” que incluirían, acorde a lo sugerido por la OMS, el alivio no solo físico, sino también psíquico, social y espiritual.<sup>7</sup> El reconocimiento de este derecho plantea un desafío a nuestro sistema de salud, que en ocasiones olvida su responsabilidad subsidiaria y solidaria, y se imbuje de criterios economicistas que pretenden buscar productividad en personas de susceptibilidad exacerbada (usando un término de Miguel Kottow),<sup>8</sup> como es el moribundo.

Además, la ley considera que se “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”.

No cabe duda que en tales circunstancias no se podría obligar a nadie a usar medios que generen cargas exageradas, pánico o repugnancia; o que para evitar la muerte sean excesivamente costosos y rebuscados.<sup>9-10</sup> Sin embargo, al no especificar el rechazo del *tipo* de hidratación o alimentación, a mi entender, podría dar cabida a la interpretación unilateral por el equipo de salud y/o a la influencia subjetiva que éste tiene en la toma de decisiones, generando situaciones concretas de riesgo como ser la ubicación del acceso natural (enteral), al mismo nivel que el

---

<sup>7</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, “Definition of Palliative Care”, [internet], disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [consulta: 26.10.2012].

<sup>8</sup>KOTTOW M, “Anotaciones sobre vulnerabilidad”, *Red Bioética/UNESCO*, 2, 4 (2011), p. 91-95.

<sup>9</sup>CALIPARI M, “The principle of proportionality in therapy: foundations and applications criteria”, *Neuro Rehabilitation*, 19, 4 (2004), p. 391–397.

<sup>10</sup>CALIPARI M, *Curarse y Hacerse Curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*, EDUCA, Buenos Aires, 2007, p. 72.

artificial (parenteral). Una hidratación “a secas” podría verse igualmente agresiva como la reanimación cardio-pulmonar, la asistencia respiratoria mecánica o cirugías cruentas; todos medios que de ser desproporcionados podrían caer en el ensañamiento o distanasia, y, prolongar la agonía.

Vale aclarar que la hidratación o alimentación enteral no sustituye “la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación pone en peligro la vida”, característica que debe poseer el procedimiento o técnica para ser considerado como “soporte vital” (al menos si tomamos como referencia la definición de la SATI, a su vez en consonancia con opiniones de otras sociedades científicas).<sup>11</sup> Por tal motivo a la hidratación o alimentación enteral no le corresponde el mismo nivel que la reanimación cardio-pulmonar, la asistencia respiratoria mecánica, las cirugías cruentas, y demás procedimientos que incuestionablemente constituyen un soporte vital. Esto no significa que la forma de acceder al tubo digestivo (que habitualmente es mediado por un artefacto, llámese mamadera, cuchara, o pajita) deba de excluirse de la evaluación de lo proporcionado y de la decisión de lo ordinario de ese medio, pues no es lo mismo el artefacto sonda de gastrostomía, que el artefacto cuchara.

El agua por vía natural es uno de los mínimos imprescindibles para ofrecer, evitará el dolor asociado a la sed<sup>12</sup> y éticamente es, junto al aire y la tranquilidad, la aplicación de la regla del Buen Samaritano; regla que es la expresión del principio del intercambio recíproco, de lo que nos debemos unos a los otros. En nuestra cultura occidental este principio profundamente humano ha llegado hasta nosotros a través de la religión, pero no es exclusivo de ella. La enseñanza de ser “grande, sabio y compasivo” ya fue pensada por figuras como Confucio o Buda, siglos antes

---

<sup>11</sup>COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, “Pautas y Recomendaciones para la Abstención y/o Retiro de los Métodos de Soporte Vital en el paciente Crítico”, [internet], disponible en: [http://www.sati.org.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=59&Itemid=146](http://www.sati.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=146) [consulta: 20/08/2011]. Más información puede consultarse en las guías de The Society of Critical Care Medicine, The American Thoracic Society, The Society of Critical Care Medicine, del Council on Ethical and Judicial Affairs de la American Medical Association, el Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs de la American Medical Association.

<sup>12</sup> FARRELL M, EGAN G, ZAMARRINA F, SHADE R, et al. “Unique, common and interactign cortical correlates of thirst and pain”, *Proccedings of the National Academy of Sciences*, 14, 103 (2006), p. 2416-2421.

de que se escribiera el Nuevo Testamento.<sup>13</sup> Es más, el polémico filósofo secularista y neuro-científico Sam Harris ha reconocido —desde la crítica religiosa— que la felicidad personal crece tan pronto ésta se hace más amorosa y compasiva, es decir más ética; máxima que ha sido demostrada durante milenios desde una variedad de tradiciones espirituales. Este racionalista concluye que el amor y la compasión son indudablemente buenos, porque nos conectan en profundidad con los “otros”, y desde ahí, a sentirse bien con uno mismo; por lo tanto, el preocuparse por la felicidad de “otros” pareciera ser una manera racional —y comprobable en el laboratorio de la vida— de incrementar la propia felicidad.<sup>14</sup>

Para finalizar, me gustaría referirme a la manera de declarar la voluntad anticipada, misma que “deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”. Mi temor en este aspecto es que la formalidad de “acto jurídico” que toma esta decisión moral —por cierto merecida— no vaya a atarla al cumplimiento de una formalidad burocrática que pudiera implicar trámites y gastos, no tan sencillos para pacientes solos y/o con escasos recursos económicos; en cuyos casos, las diligencias de la asistencia social o judicial tienen tiempos que no necesariamente coinciden con los biológicos y expondrían al paciente al arbitrio de los extremos del equipo de salud: *el no hacer o el no parar de hacer*. Por otro lado la ausencia de detalles en el texto de la ley en referencia a la “revocación” comparada con la “directiva anticipada”, permite que me cuestione si dos formas del mismo valor moral, pero con diferente formalidad de expresión, ¿no generarían algún tipo de inequidad en su acceso?

---

<sup>13</sup> MAY P, “Testing the Golden Rule”, artículo publicado en el Newsletter of the European Leadership Forum, 2010, [internet], disponible en: <http://www.bethinking.org/bible-jesus/testing-the-golden-rule.pdf> [consulta: 25.10.2012].

<sup>14</sup> Cfr. HARRIS S, *The End of Faith. Religion, Terror and The Future of Reason*, Norton & Company Inc., New York, 2005, p. 190-192.

## CONCLUSIONES

En conclusión —y siguiendo el consejo de Antón Chejov que decía que “el arte de escribir, es el arte de abreviar”— la ley es un avance en el respeto a la persona del paciente, de sus valores, de su historia y proyecciones de vida, que también incluyen las circunstancias en las que anhela morir. Desde el reconocimiento del derecho, hace posible los cuidados paliativos integrales y permite que tengamos una herramienta para demandar al sistema de salud su responsabilidad subsidiaria y solidaria de ocuparse de la persona moribunda. La imprecisión en cuanto al tipo de hidratación y/o alimentación que puede ser rechazada, expone al riesgo de interpretación unilateral o inducción subjetiva por parte del equipo de salud, no obstante, esto podría salvarse con el conocimiento de la responsabilidad de ofrecimiento de medios que tenemos los que trabajamos en salud, de manera tal que sea la persona que padece, su familia o el subrogante, quien decida cuán ordinaria es nuestra propuesta, siempre hecha por sobre los mínimos imprescindibles.