



# UCA

Pontificia Universidad Católica Argentina  
Santa María de los Buenos Aires

## Biblioteca Digital



**Magnante, Dinah**

*Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente*

**Vida y Ética. Año 11, N° 1, Junio 2010**

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:

MAGNANTE, Dinah, “Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente”, *Vida y Ética*, año 11, n° 1, Buenos Aires, (junio, 2010).

<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/tratamiento-estado-vegetativo-persistente.pdf>

Se recomienda ingresar la fecha de consulta entre corchetes, al final de la cita Ej: [Fecha de acceso octubre 9, 2001].

# TRATAMIENTOS PROPORCIONADOS Y DESPROPORCIONADOS EN EL ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

## Mgt. Dinah Magnante

- Abogada
- Magíster en Ética Biomédica, Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas (UCA)

### Palabras clave

- Estado vegetativo
- Tratamientos proporcionados - desproporcionados
- Tratamientos ordinarios - extraordinarios
- Encarnizamiento terapéutico
- Derecho y jurisprudencia

### Key words

- Vegetative state
- Proportional - disproportional treatment
- Ordinary - extraordinary treatment
- Therapeutic obstinacy
- Right and jurisprudence

## RESUMEN [1]

Los pacientes en estado vegetativo permanente representan un dilema ético en términos de atención médica. El problema está instalado en la sociedad desarrollando un importante dilema que implica la justicia, la religión, la economía y la familia.

En el presente trabajo se analiza esta problemática de acuerdo con el "principio de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de conservación de la vida", desarrollado por el profesor M. Calipari. Se presentarán varios casos clínicos que serán analizados a través de esta teoría complementada con aspectos médicos y judiciales, según la legislación argentina.

## ABSTRACT

Patients in permanent vegetative state pose an ethical dilemma in terms of health care. The problem is present in society and it has aroused an important dilemma which involves justice, religion, economy and family. The present work analyzes this issue following Professor M. Calipari's "principle of ethical adequacy in the use of means of preserving life". Several clinical cases are presented and then analyzed through this theory which is complemented with medical and judicial considerations, according to Argentine legislation.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los cuidados intensivos, en especial de la ventilación mecánica y de las técnicas de neurointensivismo, ha logrado disminuir la mortalidad de los pacientes con lesiones neurológicas graves pero ha generado un nuevo tipo de pacientes cuya condición es definida con el nombre de estados vegetativos (EV). Más adelante en este

trabajo se definirá en extenso esta situación, pero podríamos concretarla como la falta de respuestas de la corteza cerebral a los estímulos internos o necesidades externas, que liberan el control del funcionamiento del organismo al sistema nervioso vegetativo o autónomo.

Este estado clínico ha despertado el interés de médicos, filósofos, teólogos y hasta del propio papa Juan Pablo II,

---

[1] El presente trabajo es una síntesis de la tesis realizada por la autora para obtener el título de Magister en Ética Biomédica que dicta el Instituto de Bioética, de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCA, defendida el 22 de diciembre de 2009. La versión completa puede consultarse en el Instituto de Bioética de la UCA.

generando diversas teorías que van desde considerar al paciente en estado vegetativo como "un muerto en vida" [2] hasta definir que se trata de un ser con alma sobre el que "se posa la amorosa mirada de Dios". [3]

Otros autores, como Diego Gracia, [4] tratan de categorizar a este tipo de pacientes. Por el hecho de no cumplir con los criterios de muerte cerebral ni los de muerte cardiopulmonar, hay que considerarlos vivos. Pero, como la pérdida de conciencia es irreversible y su expectativa de vida supera ampliamente la de un año, tampoco se los puede considerar **terminales**. Es decir que deben estar incluidos dentro de la categoría de **crónicos**. Desde el punto de vista ético, esta categoría se caracteriza por la obligación de poner todos los medios terapéuticos y de cuidado a disposición. Por ejemplo, si un enfermo en EV sufre un paro cardiorrespiratorio, puede ser reanimado. El problema que se plantea es si es obligatorio o no, lo que para el autor conduce a "paradojas insufribles".

Luego de examinar este punto de vista, se nos plantea el interrogante respecto de la necesidad o no de categorizar a estos pacientes en estado vegetativo como terminales o crónicos. La respuesta es que no se los puede considerar como enfermos terminales ya que su condición puede prolongarse de forma estable durante períodos muy largos y sí se los debe considerar como enfermos crónicos. Como lo expresa el P. Mgt. Alberto Bochatey, O.S.A.: "Con toda la complejidad que tiene el estado vegetativo, es una enfermedad crónica, una patología que va a acompañar al que la padece hasta la muerte, cuando llegue". [5]

Y como toda enfermedad crónica no curable, necesita de cuidados. El paciente en estado vegetativo tiene derecho a ser asistido, pero en la práctica se presenta la dificultad para establecer los límites a los tratamientos que se deben realizar debido a las complicaciones originadas por su situación de postración.

[2] VEATCH, R. M., "The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmode Philosophical Formulation", *J Thanatol*, (1975), n. 3, p. 13.

[3] JUAN PABLO II, *Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso sobre "tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"* [en línea], 20 de marzo de 2004, disponible en: <[http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/speeches/2004/march/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20040320\\_congress-fiamc\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_sp.html)>.

[4] GRACIA, Diego, *Ética de los confines de la vida*, Santa Fe de Bogotá, D. C., Editorial El Búho, 1998, pp. 341-342.

[5] BOCHATEY, Alberto, "La muerte digna y su significación", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, Buenos Aires (2006), año 7, n. 2, p. 132.

El objetivo de este trabajo se centrará en definir el encarnizamiento terapéutico o tratamiento desproporcionado, diferenciándolo del tratamiento racional o proporcionado del paciente en estado vegetativo persistente o definitivo.

La importancia del problema está manifestada y sustentada en las controversias médicas y jurídicas alrededor de la suspensión de la nutrición e hidratación, así como de las complicaciones derivadas de la postración y ausencia de conciencia. A estas controversias "intelectuales" se agrega el contexto familiar y el deseo del paciente cuando se encontraba consciente.

Por ello, en estas situaciones que presentan gran complejidad como el estado vegetativo, para determinar o identificar cuándo nos encontramos ante un tratamiento desproporcionado, no podemos valernos de una sola ciencia, ya sea médica, deontológica, jurídica, filosófica o teo-

lógica. Entonces es la Bioética, que por su característica de *transdisciplinariedad* abarca una variedad de aspectos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones, la disciplina que proporciona las herramientas necesarias para tal fin.

En este trabajo se desarrollarán los aspectos médicos, éticos y jurídicos que se encuentran involucrados en esta temática, jerarquizando la teoría del "principio de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de conservación de la vida", que ha sido desarrollada por Maurizio Calipari.

## 1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Primeramente, nos abocaremos a definir el "estado vegetativo persistente" de acuerdo con las posiciones coincidentes de varios autores. [6]

[6] MULTISOCIETY TASK FORCE IN PVS, "Medical Aspects of the Persistent Vegetative State", *New England J Med*, (1994), 330, p. 1499.

JENNET, B. y PLUM, F., "Persistent Vegetative State after Brain Damage: a Syndrome in Search of a Name", *The Lancet*, (1972), n. 1, p. 734.

YOUNG, G. B., "Moph Syndrome of Impaired Consciousness", en: YOUNG, G. B.; ROPPER, A. H.; BOTTON, C. F. (ads), *Coma and Impaired Consciousness. A Clinical Perspective*, New York, Mc Graw-Hill, 1998, pp. 50-59.

LEINN, H. S.; EISENBERG, H. M., "Vegetative State after Head Injury: Findings from the Traumatic Coma Data Bank", en: LEINN, H. S.; BENTON, A. L.; MNIZELAAR, J. P.; Eisenberg, H. M. (ads), *Catastrophic Brain Injury*, New York, Oxford University Press, 1996, pp. 35-49.

JENNET, B., "Clinical and pathological features of vegetative survival", *The Lancet*, (1972), n. 1, pp. 3-13.

PREVIGLIANO, I.; HLAVNICKA, A., "Síndrome confusional y coma", en: SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (ed.), *Terapia Intensiva*, 3ra edición, Buenos Aires, Panamericana, 2000, pp. 287-295.

Los criterios para establecer este cuadro clínico han sido definidos por una coalición de sociedades científicas (Academia Americana de Neurología, Sociedad Americana de Cirujanos Neurológicos, Colegio Americano de Médicos de Emergencia) que generaron una "fuerza de tareas sobre el estado vegetativo persistente".

Esas características son:

1) Ausencia de conocimiento de sí mismo y del medio que lo rodea y falta de habilidad para interactuar con otros.

2) Ausencias de respuestas, de comportamiento voluntario, con propósito, reproducibles y sostenidas frente a estímulos visuales, auditivos, táctiles o dolorosos.

3) Ausencia de comprensión o expresión con lenguaje.

4) Despertares intermitentes, manifestados por la presencia de ciclos de sueño-vigilia.

5) Conservación de funciones autonómicas hipotalámicas y de tronco cerebral como para permitir la sobrevida con cuidados médicos y de enfermería.

6) Incontinencia vesical (urinaria) e intestinal (fecal).

7) Preservación de variados reflejos de los nervios craneales (pupilar, oculcefálico, corneano, óculo-vestibulares y succión) y de la médula espinal.

Es decir que, el estado vegetativo es la condición patológica de un ser viviente que mantiene sus funciones autónomas (respiración, actividad cardíaca y de otras funciones cerebrales). Se encuentran despiertos pero sin conciencia, simplificando: mira pero no ve y oye pero no escucha.

Asimismo, consideramos oportuno en este punto, referirnos al término "vegetativo". Como bien dice Juan Pablo II: "Ante un paciente en esas condiciones clínicas, hay quienes llegan a poner en duda incluso la permanencia de su 'calidad humana', casi como si el adjetivo 'vegetal' (cuyo uso ya se ha consolidado), simbólicamente referido a un estado clínico, pudiera referirse en cambio al enfermo en cuanto tal, degradando de hecho su valor y su dignidad personal (...). Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido en el ejercicio de sus funciones más elevadas, es y será siempre un hombre; jamás se convertirá en un 'vegetal' o en un 'animal'". [7]

Tengamos siempre en cuenta que lo que se está adjetivando es un "estado" de la persona y no la persona misma.

El estado vegetativo persistente, ha sido definido como "un estado vegetati-

[7] JUAN PABLO II, *Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso...*, op. cit.

vo prolongado por un mes luego de un agudo daño cerebral traumático o no traumático". Asimismo, se considera que el estado vegetativo persistente no implica irreversibilidad. [8]

También de acuerdo con Multisociety Task Force in PVS, [9] se considera esta lesión como permanente cuando los signos clínicos persisten luego de tres meses para lesiones hipóxico/anóxicas y luego de doce meses de lesiones traumáticas.

Un año después de una lesión traumática, raramente recobren la conciencia y los que se recobraron, generalmente lo hicieron a un estado de gran incapacidad. Es razonable que después de ese periodo se juzgue "permanente" en adultos y niños. [10]

En relación con el diagnóstico de este estado, la doctrina médica [11] expresa al respecto que, desafortunadamente, la conciencia no puede ser medida objetivamente por una máquina, requiere la interpretación de varios signos clínicos. Muchos sistemas han sido desarrollados

para la cuantificación y estandarización de la evaluación de la conciencia.

Esta evaluación clínica debe ser realizada por profesionales muy capacitados y de forma permanente, de modo que se pueda llegar a tener un diagnóstico certero. Este estado también debe diferenciarse del estado de mínima conciencia y del síndrome de enclaustramiento.

El punto en común de estas secuelas, definidas como secuelas graves, es la necesidad de cuidados médicos y paramédicos especiales, a pesar de los cuales los pacientes en este estado van presentando mayores complicaciones clínicas en razón de su estado de postración, además del gran deterioro físico.

Ahora bien, en relación con estos cuidados en el estado vegetativo se plantea el dilema ético-médico respecto de poder diferenciar y determinar qué es un cuidado ordinario y necesario y cuál resulta desproporcionado de acuerdo con la situación en particular, que constituye el objetivo de esta tesis.

---

[8] ZEMAN, Adam, "Persistent Vegetative State", *The Lancet*, (1997), vol. 350, p. 796.

[9] MULTISOCIETY TASK FORCE IN PVS, "Medical Aspects of the Persistent Vegetative State", *New England J Med*, 1994, 330, p. 1499.

[10] Cfr. ídem. ZEMAN, Adam, "Persistent Vegetative State", op. cit.

[11] Ídem.

## 2. ANTECEDENTES

Desde Karen Ann Quinlan, se sucedieron varios casos resonantes referidos a estados vegetativos persistentes (EVP), entre ellos Nancy Cruzan, Terry Schiavo y, más recientemente, el caso de Eluana Englaro. El primero se hizo conocido por la solicitud de los padres de Karen ante la Justicia a los efectos de que se le quitara el respirador artificial. En los otros tres se solicitó autorización para quitarles la sonda que las alimentaba. El fundamento ético en todos los casos fue el "sostén artificial de la vida".

El caso Quinlan ocurrió en 1975 y fue el presagio de lo que ocurriría de allí en más por el avance de la ciencia y la tecnología.

Hoy, siglo XXI, y a más de treinta años de ese hecho, se sigue discutiendo en los ámbitos de la Ética, la Medicina, la Justicia, y también en la misma comunidad, cuando ocurre un caso que adquiere publicidad.

Los resultados de la autopsia de Terri Schiavo [12] demostraron que su muerte no fue ocasionada por lesiones, y confirmaron que la mujer estaba en un estado

vegetativo persistente porque tenía un daño cerebral masivo e irreversible, y que estaba ciega.

Éstos son los casos más resonantes y que obtuvieron sentencias de distintos tribunales en diferentes países.

Lo cierto es que en el mundo hay muchos casos con estas características que no se conocen. Asimismo, se prevé que en razón del mismo avance tecnológico se incrementará el número de personas que, luego de esfuerzos por recuperarlas, quedarán en estado vegetativo persistente.

Ante este estado de situación, debemos tratar de ahondar un poco más en el conocimiento de esta temática. Quien se encuentra en este estado es un ser humano, una persona con toda su dignidad y con derechos que, en principio, parecieran colisionar el derecho a la vida, por un lado, y rechazar ciertos tratamientos que sólo prolongarían inútilmente la existencia, por el otro.

Frente a esta aparente contradicción se nos plantea la disyuntiva sobre cómo identificar cuáles **tratamientos son desproporcionados y, en el supuesto hecho**

---

[12] *Report of Autopsy* [en línea], disponible en: <<http://www.co.pinellas.fl.us/forensics>> y en: <[http://www.blogsforterri.com/.../5050439\\_autopsy%20report%20and%20supporting%20documents.pdf](http://www.blogsforterri.com/.../5050439_autopsy%20report%20and%20supporting%20documents.pdf)>.



de que así lo fueran, cómo llegar a una resolución de la situación. Siendo éste el objetivo del presente trabajo, trataremos de profundizar en los distintos aspectos que nos acercarán a determinar estas situaciones, sin intención de agotarlo.

### 3. DEFINICIÓN DE ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Juan Pablo II, en su encíclica *Evangelium vitae* (1995) en el tercer capítulo, dedicado a los delitos contra la vida, en los números 64-67, se expresa respecto de la eutanasia y específicamente en el número 65 propone el tema del "encarnizamiento terapéutico", y a continuación "la desproporcionalidad de los cuidados".

Anteriormente, esta enseñanza había sido desarrollada en la *Declaración sobre la eutanasia* por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, que no sólo reiteró la enseñanza tradicional sino que introdujo importantes puntos de profundización. [13]

En concordancia con lo expresado por esta declaración y la encíclica *Evangelium vitae*, comenzaremos por

definir qué es eutanasia, siguiendo la síntesis doctrinal realizada por Elio Sgreccia, [14] para luego llegar a definir el encarnizamiento terapéutico.

La definición de eutanasia, propiamente dicha, es la siguiente: "Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en su intención, procura la muerte, con el fin de eliminar todo dolor. La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos utilizados". [15]

Luego de precisar el término eutanasia, la declaración hace el juicio moral de la misma, rechazando y condenando la práctica, sosteniendo que es una violación a la ley divina, una ofensa a la dignidad de la persona humana, un crimen contra la vida, un atentado contra la humanidad.

Como lo expresa Sgreccia, esta declaración va más allá de fundamentar el rechazo de la eutanasia en razones de fe, como si sólo los creyentes tuvieran el deber de defender la vida humana. La vida es un bien y un valor laicos, que habrán de reconocer todos cuantos pretendan inspirarse en la recta razón y en la verdad objetiva. La vida es un derecho

---

[13] SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética. I. Fundamentos y Ética Biomédica*, Madrid, BAC, 2009, pp. 865-866.

[14] *Ibíd.*, pp. 866-878.

[15] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración "lura et bona" sobre la eutanasia*, 5 de mayo de 1980, n. 2.

fundamental del hombre, el primero de todos los derechos humanos. Se lo designa fundamental porque en él se basan todos los demás derechos. [16]

Entonces, de acuerdo con la definición de eutanasia, ésta se produce tanto por el hecho de colocar a un paciente una inyección con una sustancia que indefectiblemente causará su muerte, como quitar u omitir un medio que lo sostiene con vida. Podemos así considerar a estas acciones como métodos destinados a producir la muerte con la intención de eliminar todo dolor o sufrimiento.

Ahora, siguiendo la encíclica *Evangelium vitae*, Juan Pablo II se expresa respecto del encarnizamiento terapéutico y lo define del siguiente modo:

“De ella [la eutanasia] debe distinguirse la decisión de renunciar al llamado ‘encarnizamiento 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”.

De este párrafo surgen las siguientes conclusiones:

1) En primer lugar, distingue la eutanasia del “encarnizamiento terapéutico” considerando la situación particular del enfermo, es decir que se toman en cuenta las circunstancias. “De acuerdo con la moral católica tradicional, las circunstancias, delimitan los grados de moralidad de la actividad humana”. [17] Esto sin dejar de lado o poner en tela de juicio los fines y principios fundamentales.

2) Al calificar esas intervenciones médicas como desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar, toma el aspecto objetivo en sí, es decir el punto de vista técnico-médico. Además, como resultado del avance de la tecnología, se impone “otro criterio de referencia, basado no ya sobre el ‘medio terapéutico’, sino más bien el ‘resultado terapéutico’ que de él se espera”. [18]

3) “O bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia”: aquí se está refiriendo al aspecto subjetivo.

El Magisterio de la Iglesia expresa tanto el rechazo a la eutanasia como al encarnizamiento terapéutico. Se trata de dos extremos, denominados también eutanasia y distanasia.

[16] SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética*, op. cit., p. 869.

[17] BASSO, Domingo, *Nacer y morir con dignidad*, Buenos Aires, Editorial Depalma, 1993, pp. 433-434.

[18] SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética*, op. cit., pp. 870-871.

La eutanasia no respeta el valor vida y exagera el derecho a la muerte, mientras que la distanasia es el no dejar morir y exagerar desproporcionadamente el valor vida. La distanasia exagera el valor vida porque no respeta el valor muerte. [19]

Respetar al hombre en su fase final, quiere decir respetar el encuentro del hombre con Dios, excluyendo tanto el poder de anticipar la muerte (eutanasia), como el poder de impedir este encuentro con una forma de tiranía biológica (ensañamiento terapéutico). Más bien, lo que se debe procurar es una "muerte con dignidad". [20]

Para ello, es necesario determinar qué tratamiento resultaría proporcionado o no para un paciente en una situación particular. Este tema fue preocupación de muchos moralistas desde hace cinco siglos, los cuales sentaron las bases para continuar con el estudio del mismo; desde entonces era un dilema, más aún en los tiempos que transcurren.

El constante avance tecnológico y científico conduce a que, ineludiblemente, se siga evolucionando en el desarrollo de la doctrina de los medios ordinarios y

extraordinarios, tan necesaria para la toma de decisiones.

Uno de los estudios más recientes que tratan sobre este tema, ha sido abordado por Maurizio Calipari en su libro *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*, [21] ofreciendo una nueva propuesta respecto de la doctrina de los medios de conservación de la vida, en concordancia con la doctrina tradicional, pero atento a las nuevas exigencias éticas planteadas por el desarrollo de la ciencia y la aplicación de nuevas tecnologías.

El autor propone efectuar un juicio moral, que se realiza a través de un proceso evaluativo mediante una articulación en tres fases. En principio, podríamos decir que se trata de un método para determinar lo éticamente adecuado en el uso de un medio de conservación de la vida. En ese sentido, aclara que, la "evaluación ética" se refiere al "uso en situación" de un medio de conservación de la vida, no al medio en cuanto tal, considerado en sí mismo. Las cosas u objetos no tienen cualidad ética, sólo las acciones humanas pueden tenerla. Para ello se deben analizar factores objetivos y otros de tipo subjetivo, en un

---

[19] BOCHATEY, Alberto, "La muerte digna y su significación", op. cit., p. 131.

[20] SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética*, op. cit., p. 869.

[21] CALIPARI, Maurizio, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*, Buenos Aires, Editorial Educa, 2007, p. 219.

constante diálogo entre el paciente o sus allegados y el equipo médico.

La novedad de este trabajo radica en que ha utilizado los términos proporcionado y desproporcionado, como diferentes de los términos ordinario y extraordinario, sin suplantarlos, sino haciendo una articulación de los mismos.

La primera diada, **proporcionados-desproporcionados** se reserva a los efectos de realizar una **evaluación objetiva**. Esa evaluación indicará lo adecuado o inadecuado del uso de un medio de conservación de la vida desde un punto de vista **técnico-médico** en relación con el logro de un determinado objetivo de salud o conservación de la vida.

Esta proporcionalidad deberá ser evaluada por el médico y el equipo tratante. Para ello se deberán comparar y tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) La disponibilidad concreta o la posibilidad plausible de hallar el medio.
- 2) La actual posibilidad técnica de usarlo adecuadamente.
- 3) Las expectativas razonables de "eficacia médica" real.
- 4) Los eventuales efectos colaterales, perjudiciales para el paciente.

5) Los previsibles riesgos para la salud/vida del paciente eventualmente implicados en el uso del medio.

6) La posibilidad actual de recurrir a alternativas terapéuticas de igual o mayor eficacia.

7) La cuantificación de los recursos sanitarios (técnicos, económicos, etc.) necesarios para el empleo del medio. [22]

Respecto de la eficacia, el autor propone utilizar el término "eficacia médica" para indicar los efectos saludables objetivos que el empleo de un medio de conservación de la vida produce, en relación con un preciso objetivo médico; y el término "eficacia global" en referencia a la obtención de efectos saludables que resulten ser realmente significativos para la vida del paciente, según su evaluación personal, en el contexto general de su existencia y sobre la base de la escala axiológica adoptada por él. [23]

El autor de esta propuesta define la **proporcionalidad técnica** de un medio del siguiente modo: "Un medio es **proporcionado hasta el momento en que se demuestra fácticamente capaz de alcanzar la finalidad que le es propia, sin causar daños o riesgos excesivos para la salud del paciente**". [24]

[22] *Ibid.*, p. 199.

[23] *Ibid.*, p. 198.

[24] CALIPARI, Maurizio, "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, Buenos Aires (2004), año 5, n. 2, p. 121.

La segunda diada, por su parte, **ordinarios-extraordinarios**, se refiere a aquéllos que toman en consideración **aspectos subjetivos**, más estrechamente dependientes de la subjetividad del paciente. Teniendo en cuenta que el valor en juego es la vida física humana, se puede afirmar que un medio de conservación de la vida debe ser siempre considerado como ordinario, a menos que el uso en situación implique para el paciente, según su propio juicio prudente, por lo menos un elemento significativo de extraordinariedad.

Los factores que pueden volver extraordinario el uso de un medio surgen del análisis de la doctrina elaborada por los moralistas tradicionales. La característica principal está representada por **cierta imposibilidad, física o moral para su empleo**. Esta "imposibilidad" debe asumir para el paciente mismo un grado tal que constituya un agravio excesivo respecto de sus recursos humanos actuales. [25]

Factores que pueden causar tal imposibilidad:

- 1) Un esfuerzo excesivo para hallar y/o usar el medio.
- 2) Experimentar un dolor físico enorme o insoportable, que no pueda ser suficientemente aliviado.

3) Costos económicos; que los medios sean muy gravosos para el paciente o su familia.

4) Experimentar un tremendo miedo o repugnancia en relación con el empleo del medio.

Junto a estos elementos también se pueden agregar otros tres factores que vuelvan extraordinario un medio, aunque no representen para el paciente una causa de imposibilidad:

1) Una probabilidad razonablemente alta de que ocurran graves riesgos para la vida o la salud del paciente, ligados al uso del medio, evaluados por él mismo en relación con la gravedad de su condición clínica actual.

2) Un bajo índice de "eficacia global" del medio, en relación con los beneficios razonablemente esperados por el paciente, evaluados según la escala axiológica adoptada por él.

3) La persistencia, luego del uso del medio, de condiciones clínicas tales como para impedir al paciente el cumplimiento de deberes morales más graves e impostergables.

Cruzando estas variables descriptivas, se obtienen las categorías descriptivas a las cuales les corresponde un deber ético en el orden del actuar; es decir, la calificación sobre la base de tres clásicas

---

[25] CALIPARI, Maurizio, *Curarse y hacerse curar*, op. cit., p. 205.

situaciones morales: **obligatoriedad**, **facultatividad** e **ilicitud**.

Así, cuando un medio de conservación de la vida resultare "**proporcionado**" desde el punto de vista médico, lo que determinará el grado de deber moral es el juicio realizado en la segunda fase evolutiva, caracterizada por el examen de los elementos subjetivos, pertinentes al paciente. Entonces, cuando un medio resultare **proporcionado y ordinario**, el recurso de tal medio debe considerarse **obligatorio**. Cuando, por el contrario, resultare **extraordinario**, recurrir a él será **facultativo**, en principio. [26]

En cambio, si el medio de conservación de la vida resultare "**desproporcionado**", es decir, inadecuado desde el punto de vista médico, sobre la base del juicio que surge de la primera fase evolutiva, la opción de recurrir a ese medio resultaría un acto moralmente **ilícito**. En el caso que ese medio **desproporcio-**

**nado**, resultare **ordinario** para el paciente, esa **ilicitud** no debería dejar de subsistir. Aunque, excepcionalmente podría resultar **facultativo** en la circunstancia que el paciente quisiera recurrir a él a los efectos de cumplir con un deber moral gravísimo (de caridad o de justicia).

Pero tratándose de medios **desproporcionados**, para su facultatividad deberían darse dos presupuestos: su efectiva disponibilidad y que su adquisición no constituya una violación al principio de justicia distributiva, quitando a otros pacientes más necesitados, por gravedad o urgencia, los recursos sanitarios disponibles en ese momento. [27]

Cómo síntesis, la utilización de un medio de conservación de la vida se podrá adscribir a alguna de las cuatro categorías descriptivas a la que le correspondería un modo de obrar como se muestra en el siguiente cuadro:

Medios proporcionados y ordinarios	Modo de obrar: obligatorio
Medios proporcionados y extraordinarios	Modo de obrar: facultativo
Medios desproporcionados y ordinarios	Modo de obrar: ilícito
Medios desproporcionados y extraordinarios	Modo de obrar: ilícito

[26] *Ibid.*, p. 212.

[27] *Ibid.*, p. 214.

Cabe destacar, respecto a la propuesta, tal como lo expresa Ricardo Poblete en su trabajo referido al tema, que "resulta muy clarificadora, en el sentido que al poner en el centro de atención la persona del paciente, permite considerar la adecuación o no de los medios de conservación de la vida, teniendo en cuenta no sólo los aspectos médicos científicos, sino toda su realidad vital, la subjetividad de la persona enferma". [28]

Luego de este análisis sintético referido a la proporcionalidad y desproporcionalidad en el uso de los medios terapéuticos, para todos los medios en general, podemos concluir diciendo que estos criterios son perfectamente aplicables al tema que nos atañe: el estado vegetativo persistente.

Pero, como lo anticipáramos en párrafos anteriores, se trata de un paciente crónico caracterizado por la falta de conciencia, particularidad que hace más compleja la valoración de los medios. La aplicación de estos criterios a los efectos de determinar cuándo estamos ante un tratamiento extraordinario se dificulta, fundamentalmente por el hecho de que el paciente no puede expresar su voluntad y son sus familiares los que asumen

un rol importante en la toma de decisiones. Esta cuestión no es menor, ya que en general son dos o más familiares los que tienen un vínculo directo con el paciente y no siempre sus opiniones se dirigen en el mismo sentido, aunque deba prevalecer el juicio de lo que el propio paciente haría. Debemos tener en cuenta que son múltiples los factores que condicionan el juicio de los familiares, entre ellos la aceptación de esa realidad.

A ello debemos agregar que estos pacientes suelen estar bajo la tutela judicial luego de un juicio de insania que los declara "incapaces". En ese sentido, el criterio de estos juzgados, en la mayoría de los casos es la protección del "incapaz" procurando sólo mantener la salud del paciente y dejando de lado el análisis de lo que correspondería en cada caso en particular. Es decir que "se hace todo para mantener la vida y la salud del incapaz", pero se suele dejar de lado a la persona paciente.

En el desarrollo de los puntos que correspondan ampliaremos el tema con el análisis de casos reales, como así también nos referiremos a la administración de alimentos e hidratación por vías artificiales.

---

[28] POBLETE, Ricardo Augusto, "El principio de lo éticamente adecuado", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, Buenos Aires (2008), año 9, n. 2, p. 190.

#### 4. DERECHO Y JURISPRUDENCIA

En nuestro país, la posibilidad de rechazar tratamientos desproporcionados no está prohibida y ha sido admitida por nuestros tribunales.

El art. 19, inc. 3 de la Ley 17.132 que regula el ejercicio legal de la Medicina, para aplicarse únicamente en la Capital Federal, consagra como deber de los profesionales de la salud, **"respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse"** (con las excepciones previstas allí: inconciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativas de suicidios o de delitos); dispone asimismo que **"en las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo"**. A partir de este reconocimiento de la autonomía, se fundamenta lo que se conoce en doctrina como regla del consentimiento informado; además de ser acogido por esta ley, más concretamente se encuentra en la legislación referida a la ablación y trasplantes de órganos (Ley 24.193 y su reforma). [29] Esta consagración del derecho de autonomía tiene apoyatura en el art. 19 de

nuestra Constitución Nacional [30] que consagra el llamado "principio de reserva" y protege la esfera de la privacidad de la persona, su autodeterminación en las acciones que Bidart Campos denomina "autorreferentes" en la medida en que no afecten la moral pública ni derechos legítimos de terceros, como así también en los instrumentos del Derecho internacional con jerarquía constitucional reconocidos por el art. 75, inc. 22 de la misma Constitución. [31]

Respecto de la jurisprudencia, podemos citar la causa "Bahamondez", la más importante por tratarse de un fallo emitido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación del año 1993. Se trataba de un paciente perteneciente al culto Testigos de Jehová que manifestó su oposición a la realización de una transfusión de sangre, fundado en sus creencias religiosas que le vedaban aceptar dicha práctica médica. El paciente acudió a la Corte mediante recurso extraordinario y al momento de dictar sentencia, se certificó que el paciente ya se había recuperado sin que se le efectuara la transfusión, es decir que la causa se tornó en una cuestión "abstracta", no había ya obliga-

[29] HOOFT, Pedro Federico, *Bioética y derechos humanos. Temas y casos*, Buenos Aires, Editorial Depalma, 1999, p. 219.

[30] El art. 19 de la Constitución Nacional dice: *"Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados"*.

[31] HOOFT, Pedro Federico, *Bioética y derechos humanos*, op. cit., p. 109.



ción de resolver. No obstante ello, el Tribunal decidió pronunciarse al respecto a los efectos de sentar su criterio. Así, seis ministros del Tribunal coincidieron en que debe respetarse la voluntad del paciente, invocando el respeto por la persona humana, reconociendo el señorío sobre "su vida, cuerpo, identidad, honor, intimidad y creencias trascendentes", remarcando que en última instancia se trataba del "señorío a su propio cuerpo". [32]

Otro fallo es el dictado por el juez Pedro F. Hooft perteneciente al Juzgado en lo Criminal y Correccional N° 3 del Dto. Judicial de Mar del Plata, conocido como el "caso Parodi". En este caso se trató de un paciente que presentaba antecedentes de diabetes, afectado por una gangrena en miembro inferior izquierdo, que, de no ser operado, ponía en riesgo su vida. Ante la negativa del paciente a la amputación de su pierna, la dirección del hospital efectuó una presentación judicial. Luego de solicitar una serie de informes a la institución donde se encontraba internado, incluido el dictamen del Comité de Bioética del hospital y habiéndose constituido personalmente en el lugar, el juez determinó que la cuestionada operación mutilante ni

siquiera ofrecería una solución definitiva permanente para la salud del paciente de acuerdo con el informe pericial médico, y por lo tanto falló a favor del respeto de la decisión autónoma del paciente, sin perjuicio de las demás medidas terapéuticas adecuadas a su estado de salud y el resguardo del respeto debido a su condición de persona. [33]

El tema suscita inconvenientes cuando se trata de personas que no pueden expresar su voluntad respecto del rechazo de ciertos tratamientos, que es la cuestión que nos atañe. En ese sentido, los sistemas jurídicos pueden clasificarse entre aquellos que lo admiten expresamente, y los que no contienen disposiciones normativas específicas al respecto, aunque ello no significa negar tal posibilidad. Cuando se regula específicamente tal posibilidad, es común establecer normas para el llamado "testamento vital" o "directivas anticipadas".

En nuestro país, en noviembre de 2009 se promulgó la Ley 26.529 que reconoce las directivas anticipadas. Las provincias de Río Negro y Neuquén cuentan con una legislación específica de características similares.

---

[32] HOOFT, Pedro Federico, *Bioética y derechos humanos. Temas y casos*, p. 116. Ver también: CSJN, 6/04/93, BAHAMONDEZ, MARCELO, JA 1993-IV P. 555-67 [con nota de Germán Bidart Campos y Jorge Portela]. CSJN, 6/04/93, RIVERA, JULIO CESAR. JA 1993-IV P. 568-71.

[33] HOOFT, Pedro Federico, *Bioética y derechos humanos*, op. cit., pp. 222-229.

En la provincia de Buenos Aires, el Consejo Directivo del Colegio de Escribanos de esa provincia, el 23 de abril de 2004, aprobó la creación del "Registro de Actos de Autoprotección". En él se inscriben las escrituras públicas otorgadas por quienes, previendo una eventual incapacidad, hayan dejado consignado en el citado instrumento instrucciones concernientes a qué tipo de tratamiento desean recibir respecto de su persona y/o sus bienes. [34]

El equipo médico juntamente con los familiares más cercanos se encuentran en condiciones de determinar qué tratamientos ya no son beneficiosos para su persona, teniendo en cuenta los deseos del paciente.

Claro que la cuestión no es sencilla, máxime cuando existen divergencias entre los mismos familiares y de éstos con el equipo médico o dentro del mismo equipo médico, por lo que muchas veces

es la Justicia la que debe decidir por el paciente.

En ese sentido, la jurisprudencia en nuestro país se ha expresado en una sentencia dictada por la Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires, del 9 de febrero de 2005, [35] en una causa en la que se requería autorización judicial para suspender la alimentación e hidratación de una paciente en estado vegetativo persistente. Los jueces Kogan y Hitters, sostuvieron que "en principio la decisión corresponde al paciente pero que, en caso de incapacidad, la misma puede delegarse en los parientes más cercanos. El derecho así delegado debe ser ejercido de modo unánime por todos los titulares, y tiene las mismas limitaciones que el derecho original: sólo puede rechazarse el tratamiento cuando es, en el caso, desproporcionado". [36]

Asimismo, una sentencia dictada por el juez Pedro Hooft [37] menciona el

---

[34] DE BRANDI, Nelly Taiana y LLORENS, Luis Rogelio, *Derecho de autoprotección. Las directivas anticipadas y la Ley 26.066 (trasplante de órganos y tejidos. Modificación de la Ley 24.193)* [en línea], disponible en: <<http://www.revistapersona.com.ar/Persona52/52Taiana.htm>>.

[35] SCBA, 9/2/05, "S., M. d. C.", LLBA, 2005-171; LL, 2005-B-267 [con nota de Pilar Zambrano].

[36] Ídem.

[37] FAMA, María Victoria; HERRERA, Marisa y PAGANO, Luz María, *Salud mental en el Derecho de Familia*, Buenos Aires, Ed. Hammurabi, 2008, pp. 510-522.

JUZG. CRIM. Y CORR. TRANS. N° 1 MAR DEL PLATA, 25/07/05, "M", LL, 2005-E-363. En este caso, el marido de la señora M. que padecía una enfermedad progresiva, se presentó promoviendo acción constitucional de amparo tendiente a obtener tutela judicial efectiva referente a un "acto de autoprotección" (directiva anticipada), en el que su esposa mediante actuación notarial lo designó como mandatario para que en su nombre y representación realizara todas las gestiones necesarias para dar cumplimiento a su voluntad. El juez mediante su fallo garantizó a la señora M. que la decisión voluntaria, personal e informada iba a ser respetada.

fallo de esa Corte y señala la importancia de los votos de los ministros Roncoroni, Kogan y Soria, quienes coincidieron en reconocer la importancia de las denominadas directivas anticipadas -ausentes en ese caso- y resolvieron el rechazo de la petición.

Con respecto al Derecho internacional, la Suprema Corte Federal de Estados Unidos en la causa Nancy Cruzan de 1990, ha reconocido el derecho a rechazar tratamientos médicos (incluyendo la nutrición e hidratación artificial) por parte del paciente o de quienes tienen a su cargo su cuidado. La posición de la mayoría se basó en la doctrina del consentimiento informado y sostuvo: "La Constitución de los Estados Unidos no prohíbe a Missouri a requerir esa evidencia del deseo del incapaz para que el retiro del tratamiento de sostén de vida se encuentre probado mediante elementos claros y convincentes". Por lo que deja en manos de cada Estado la norma legal (escrita como directiva anticipada o en forma oral) que debiera requerirse para probar la preferencia del paciente cuando hubiera sido competente con anterioridad.

Cabe agregar que los testamentos vitales tienen en los Estados Unidos tres décadas, pero en 1991, una norma fede-

ral, la *Patient Self-Determination Act*, convirtió en obligatorio para los médicos preguntar a todo enfermo que ingresa en un hospital si dispone o no de voluntades anticipadas y, en su caso, ofrecer la oportunidad de redactarlas. [38]

Para finalizar esta pequeña síntesis respecto del Derecho comparado, cabe señalar la nueva ley llamada "voluntad anticipada" que sancionó en marzo de este año el Congreso de Uruguay. La "voluntad anticipada" se otorga ante dos testigos; "también podrá manifestarse ante escribano público", y "deberá ser incorporada a la historia clínica del paciente", según la flamante ley. Esta voluntad "puede ser revocada en forma oral o escrita en cualquier momento". En el documento que la exprese, "se deberá incluir el nombramiento de una persona denominada representante, mayor de edad, para que vele por el cumplimiento de esa voluntad, en caso de que el titular se vuelva incapaz de tomar decisiones por sí mismo". Además, "en el caso de que el paciente, en estado terminal de una patología incurable e irreversible, no haya expresado su voluntad y se encuentre incapacitado de expresarla, la suspensión de los tratamientos o procedimientos será una decisión del cónyuge, concubino estable o familiares

---

[38] GIL, Carlos, *El panorama internacional de las voluntades anticipadas* [en línea], COMZ, 14/05/02, disponible en: <<http://www.institutodebioetica.org/casosbioetic/formacioncontinuada/testamentovital/cgil.pdf>>.

en primer grado de consanguinidad, a propuesta y con el aval del médico tratante", precisa la ley.

En todos los casos, "el médico deberá comunicarlo a la comisión de Bioética de la institución". La ley admite una posible "objección de conciencia por parte del médico tratante", en cuyo caso dispone "su subrogación por el profesional que corresponda". [39]

## 5. ASPECTOS MÉDICOS

### 5.1. Diagnóstico de estado vegetativo

El diagnóstico de estado vegetativo se constata cuando el paciente presenta las siguientes condiciones:

- a) Apertura ocular espontánea.
- b) Ausencia de contenido de conciencia caracterizado por la imposibilidad de obedecer órdenes simples y complejas.
- c) Respuesta a estímulos dolorosos con retirada, sin localización, puede acompañarse de mueca de dolor facial.
- d) Persistencia de reflejos de tronco cerebral (oculocefálicos, corneanos, tusígeno, deglutorio).
- e) Ausencia de reflejo de amenaza.
- f) Presencia de un ritmo circadiano de sueño y vigilia (conservación de la reac-

tividad de la conciencia, sistema activador reticular ascendente).

Se considera estado vegetativo persistente hasta los tres meses posteriores a una encefalopatía hipóxico/anóxica y hasta un año luego de un traumatismo de cráneo. Luego de ese tiempo la lesión se considera permanente o definitiva.

### 5.2. Tratamiento ordinario

El tratamiento ordinario del estado vegetativo incluye:

- a) Soporte nutricional mediante sondas nasointerales, gastrostomía o gastrostomía.
- b) Soporte de la función respiratoria mediante asistencia ventilatoria mecánica de diferente complejidad.
- c) Sonda vesical.
- d) Prevención de lesiones de decúbito (escaras) y posiciones viciosas.
- e) Prevención del tromboembolismo pulmonar y de la hemorragia digestiva alta.
- f) Prevención de la neumonía aspirativa, generalmente mediante la realización de traqueostomía.
- g) Actividades de rehabilitación respiratoria y motora.
- h) Estimulación multisensorial (musicoterapia, masoterapia, presencia de familiares, etc.).

[39] Ley 18.473 [en línea], Uruguay, disponible en: <http://200.40.229.134/leyes/TextoLey.asp?Ley=18473&Anchor=>>.

El mismo puede ser llevado a cabo en distintos ambientes, ya sea una unidad de cuidados intensivos o intermedios, una sala general o un centro de rehabilitación.

Es importante destacar que estos pacientes exigen una enfermera exclusiva o a lo sumo una cada dos camas. Desafortunadamente esta norma no se cumple en la mayor parte de los centros asistenciales de nuestro país, aún en los de mayor renombre, con lo cual es frecuente que se presenten complicaciones infecciosas intrahospitalarias como neumonías e infecciones del tracto urinario, así como las lesiones de decúbito (escaras sacras y trocantéreas) que posteriormente pueden infectarse.

### 5.3. Tratamientos desproporcionados: encarnizamiento terapéutico

Como bien lo ha definido Juan Pablo II y hemos enfatizado en párrafos precedentes, el "encarnizamiento terapéutico" está referido a "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".

Podemos decir que desde el punto de vista práctico, el encarnizamiento terapéutico se plantea en las siguientes situaciones:

- a) Paro cardiorrespiratorio.
- b) Infecciones intrahospitalarias por gérmenes multirresistentes.
- c) Necesidad de cirugías mutilantes para solucionar complicaciones infecciosas o médicas (amputaciones, desarticulaciones, colostomía, resección intestinal).
- d) Sustitución de la función renal (diálisis).
- e) Sustitución de la función respiratoria (reconexión a la ventilación mecánica).
- f) Intolerancia a la alimentación enteral (alimentación parenteral).
- g) Presión asistencial (familiar o institucional) para aplicación de medidas extraordinarias para preservar la función cardiorrespiratoria.

## 6. HIPÓTESIS

La hipótesis de esta tesis es la identificación de los medios desproporcionados en el tratamiento del estado vegetativo permanente.

Como se dijo en la introducción de este trabajo, la importancia del problema está manifestada y sustentada en las controversias médicas y jurídicas alrededor de la suspensión de la nutrición e hidratación, así como en las complicaciones derivadas de la postración y ausencia de conciencia. A estas controversias "intelectuales" se agrega el contexto familiar y el deseo del paciente cuando se encontraba consciente.

Por ello, en estas situaciones que presentan gran complejidad como el estado vegetativo, para determinar o identificar cuándo nos encontramos ante un tratamiento desproporcionado, no podemos valernos de una sola ciencia, ya sea médica, deontológica, jurídica, filosófica o teológica. Entonces, es la Bioética, que por su característica de *transdisciplinariedad* abarca una variedad de aspectos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones, la disciplina que proporciona las herramientas necesarias para tal fin.

En este punto no podemos dejar de citar el "modelo de los principios", utilizado primero en el *Informe Belmont*, [40] para la protección de los sujetos humanos de investigación, y que poco tiempo después sería sistematizado en el libro ya clásico de Beauchamp y Childress. [41] Los conocidos principios de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y justicia son los que generalmente se aplican en la resolución de los dilemas de la práctica médica.

- Principio de autonomía: en un sentido muy concreto, se entiende por auto-

nomía, como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa. Respeto a la autodeterminación de la persona racional y libre.

- Principio de beneficencia: han sido formuladas dos reglas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia: 1) hacer el bien; 2) extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

- Principio de no maleficencia: el principio de no hacer daño en forma intencional o con segunda intención.

- Principio de verdad y justicia: se refiere a los criterios éticos en la asignación y distribución de los recursos de salud.

Sin embargo, la utilización de estos principios suscita muchos interrogantes, como lo expresan autores de diferentes líneas de pensamiento. Para Sgreccia, [42] es necesario que entre los mismos principios se establezca una jerarquía, sobre todo entre el principio de autonomía y beneficencia, indica que el prime-

[40] THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMANS SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Informe Belmont* [en línea], 30 de septiembre de 1978, disponible en: <[http://www.unesco.org/uhp/bioethics/uploads/media/Informe\\_Belmont.pdf](http://www.unesco.org/uhp/bioethics/uploads/media/Informe_Belmont.pdf)>. Sienta los principios de Bioética respecto de la autonomía de las personas, beneficencia y justicia, y fija los requisitos básicos del consentimiento informado, la valoración de riesgos y beneficios y la selección de los sujetos.

[41] BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, OUP, 1979.

[42] SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética*, op. cit., p. 69.

ro se subordine al segundo; además sostiene que requieren de una fundamentación. Para Gracia, [43] se debe priorizar la no-maleficencia y la justicia sobre la beneficencia; esta última íntimamente relacionada con la autonomía y del mismo nivel. Asimismo, divide a los principios en dos niveles: uno privado (principios de autonomía y beneficencia), y otro público (no maleficencia y justicia) teniendo prioridad jerárquicamente éstos sobre aquéllos. Para Hooft, [44] por su parte, sería menester jerarquizarlos, pero se pregunta cómo establecer esa jerarquía. Entonces, sin dejar de lado el abordaje de los principios, en la búsqueda de soluciones, para este autor surge la necesidad del análisis y de una lectura en "clave de los derechos humanos" (normas y principios constitucionales, Filosofía constitucional, Derecho internacional de los derechos humanos).

Dicho esto, sin lugar a dudas ha sido el Magisterio de la Iglesia el que se ha expresado respecto de los tratamientos desproporcionados y que, como se dijo

anteriormente, ha sido desarrollado por los moralistas a través de quinientos años aproximadamente. Así es que los autores que se adscriben a diferentes líneas de pensamiento, invocan el discurso del papa Pío XII a los participantes de un Congreso de Anestesiología (24 de noviembre de 1957) cuando se trata de renunciar a ciertos tratamientos, inclusive a la alimentación y la hidratación de estos pacientes. [45] Como así también lo referido al encarnizamiento terapéutico expresado por Juan Pablo II en su encíclica *Evangelium vitae*.

Claro que en el tratamiento de estos temas tan delicados, el Magisterio de la Iglesia y la Bioética desde el punto de vista del Personalismo ontológico, parten de principios fundamentales como el respeto de la vida, así como su defensa y promoción. En el ámbito de la promoción de la vida humana se inscribe el tema de la defensa de la salud del hombre. Está la obligación de defender y promover la salud para todos los seres humanos en proporción a sus necesidades.

[43] GRACIA, Diego, *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*, Santa Fe de Bogotá, D. C., Editorial El Búho, 1998, p. 89-113.

[44] HOOFT, Pedro Federico, *Bioética y derechos humanos*, op. cit., p. 8.

[45] Cfr. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Alimentación e hidratación artificiales. Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense* [en línea], 1º de agosto de 2007, disponible en: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070801\\_risposte-usa\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_sp.html)>. Para los que argumentan a favor de la renuncia de la alimentación e hidratación de los pacientes en EVP, este documento expresa que: "Pero el principio formulado por Pío XII no puede ser interpretado, por razones obvias, como si fuera lícito abandonar a su propia suerte a los pacientes cuya atención ordinaria imponga una carga considerable para la familia, dejándolos morir. Este no es el sentido en el que Pío XII hablaba de medios extraordinarios".

Pero el deber de conservar la vida no es un deber absoluto, porque la vida misma no es un bien absoluto. Es por ello que el deber comprende generalmente el uso de medios que, consideradas todas las circunstancias, son ordinarios. Este es el otro principio que Pío XII señala a continuación de lo mencionado anteriormente, con estas palabras: "Pero no obliga habitualmente más que al empleo de medios ordinarios (de acuerdo con las circunstancias de personas, de lugares, de épocas, de cultura), es decir, medios que no imponen ninguna carga extraordinaria para uno mismo o para otro. Una obligación más severa sería demasiado pesada para la mayoría de los hombres y haría muy difícil la adquisición de bienes superiores más importantes".

Estos párrafos expresan una defensa de la vida humana, reconocida como un valor fundamental, pero también un rechazo al empleo de medios que impiden el proceso natural del buen morir.

## 7. DEMOSTRACIÓN

### 7.1. Encarnizamiento terapéutico

#### 7.1.1. Caso 1: *Causa Montes*

Las actuaciones que obran en el expediente correspondiente al juicio de insania, autos "Montes Luis Eduardo S/INSANIA" expte. N° 16251/98 acreditan

los hechos que seguidamente se expondrán.

El día 19 de febrero de 1998 en horas de la noche, Luis Eduardo Montes sufrió un trágico accidente de tránsito en la vía pública.

Inmediatamente, fue trasladado en estado de inconsciencia al Hospital Fernández, de esta ciudad, por el servicio de ambulancias del SAME, permaneciendo en estado de coma y con asistencia respiratoria como consecuencia de un severo traumatismo de cráneo.

A pesar de los esfuerzos realizados en la Unidad de Terapia Intensiva de ese Hospital, su evolución no fue favorable. Luego de varios estudios, los facultativos diagnosticaron su **estado vegetativo persistente** por lo que se le realizó una traqueostomía y una gastrostomía para alimentarlo artificialmente.

Fue internado en distintos centros de rehabilitación, donde se mantuvo el diagnóstico y en el mes de julio fue trasladado a un geriátrico a los fines de que recibiera la atención básica que se requiere en estos casos, permaneciendo en ese estado por más de tres años.

El paciente permanecía, sin lugar a dudas, en estado vegetativo permanente al momento que se sucedieron los hechos que se describirán en los siguientes



párrafos. En ese lapso fue hospitalizado en innumerables oportunidades y en diferentes instituciones, como consecuencia de infecciones, neumonías, complicaciones resultantes de su traqueostomía y de su alimentación artificial.

Todo ello sin dejar pasar por alto las significativas escaras que presentaba en su cuerpo, debido a su postración. Téngase en cuenta que los pacientes en estas condiciones van adoptando una posición caracterizada por hipertono flexor que remeda la "posición fetal". Esto requiere de una permanente atención, debiendo ser rotado en pequeños lapsos de tiempo y forma adecuada, para evitar que se produzcan las escaras. Esta cuestión, que no es menor, está directamente relacionada con lo que se expone seguidamente y a la medida solicitada ante la justicia.

En razón de que se fue produciendo una escara en la rodilla del miembro inferior izquierdo, el médico y director del último geriátrico al que fue trasladado, llamó a los familiares para informar de la situación y de la necesidad de proceder a cortar los tendones a la altura de la cadera mediante una cirugía, a los fines de que las piernas permanecieran sueltas y derechas. Por ello es que les solicitaba autorización para realizar dicha intervención, previendo que, llegado el momento, se produciría una gan-

grena y habría que proceder a amputar el miembro. También explicó que era normal y de práctica habitual, que a estos pacientes se les fueran amputando los miembros afectados por efecto de las escaras.

Es muy importante aclarar que por los cuidados que el paciente requirió, se pagaron importantes sumas de dinero; en dos años se erogó la cantidad de U\$S 200.000 (doscientos mil dólares). Cabe señalar que esta suma se pagó por la atención en establecimientos de internación permanente, que no eran de alta tecnología ni mucho menos.

Retomando el tema principal de este caso, los familiares se opusieron a la solicitud de cirugía que realizaron los profesionales, es decir, el corte de los tendones, porque consideraban que luego de tantos años con un ser querido en esas condiciones, a su consecuente y paulatino deterioro, se sumaría una técnica invasiva más.

No obstante ello, como el paciente estaba bajo la custodia de la Justicia, el curador, un abogado de la matrícula, solicitó la autorización al Juzgado donde tramitaba el juicio de insania. La Secretaría de ese Juzgado autorizó sin más trámite la cirugía. En este espacio de tiempo, el paciente fue derivado de forma urgente por el director de ese establecimiento a una clínica con terapia

intensiva, a los efectos que se procediera directamente a la amputación del miembro inferior izquierdo.

Ante esta situación, la esposa del paciente, juntamente con otro familiar (hijo del causante) y el médico de confianza que había atendido al paciente en el hospital, se presentaron en la clínica y expresaron a los médicos tratantes la negativa al procedimiento quirúrgico porque consideraban que estaban ante un exceso de tratamientos.

Así las cosas, al día siguiente fue presentado el escrito con la medida cautelar de prohibición de innovar, suscripto por la esposa abogada y sus dos hijos, ante el Juzgado a cargo del incapaz. El paciente estuvo internado en terapia por un día y luego fue llevado a una habitación común. La clínica no procedió hasta no tener la certeza de que la Justicia autorizaba tal intervención.

A continuación desarrollaremos los fundamentos que fueron expuestos en las presentaciones judiciales.

Primeramente, se definieron las características del EVP, a lo que se agregó el certificado médico que acreditaba ese estado en el paciente luego de más de tres años en dicha situación. El certificado fue extendido por el Dr. Ignacio Previgliano, quien fue uno de los médicos que lo asistió en el Hospital

Fernández y que le diagnosticó el estado vegetativo.

Seguidamente se definió lo que es un "encarnizamiento terapéutico" con las citas de la encíclica *Evangelium vitae* y demás documentos de la Iglesia Católica que se expresan en tal sentido. Asimismo, se tomaron las citas del R. P. Basso en su libro *Nacer y morir con dignidad*.

Se expusieron los principios bioéticos de **autonomía, beneficencia y justicia**, y se relacionaron con el caso en particular. Al respecto se plantearon los siguientes interrogantes:

- ¿Existe algún tratamiento beneficioso para E.? ¿Cuáles son los límites terapéuticos, basándose en principios morales, éticos, religiosos, científicos y legales en este caso?
- ¿Es posible un tratamiento que le devuelva a E. en parte y al menos algo de su vida normal?
- ¿Cuál es el propósito final de las innumerables intervenciones médicas a las que fue, es y posiblemente será sometido? ¿No se habrá convertido en un prisionero pasivo de la tecnología médica?
- La prolongación artificial de la vida, sabiendo que no hay posibilidades de recuperación ¿es defender la vida humana?
- Se está protegiendo a E. "incapaz", pero, ¿se están protegiendo los derechos de E. persona?

- ¿Se lo está sometiendo a prácticas ofensivas para su dignidad humana? ¿Es víctima de una conducta abusiva?

- Y finalmente, ¿qué es lo que E. quería para sí mismo?

En coincidencia con su religión, no estaba a favor de la eutanasia, pero en esas condiciones no deseaba recibir tratamientos que prolongaran precaria y penosamente su vida. Esto había sido manifestado en conversaciones con sus amigos y allegados en distintas oportunidades, quienes fueron presentados como testigos en la medida cautelar interpuesta.

Lo expresado en estos párrafos está referido al principio de **autonomía**, que se encuentra amparado por nuestra Constitución en su art. 19.

En este caso en particular, estando el paciente privado de su conciencia y por consiguiente imposibilitado de deliberar sobre su situación, se deben respetar y considerar las manifestaciones realizadas antes sus familiares, amigos y allegados con anterioridad a su accidente y su voluntad expresada en su declaración de fe.

El hecho de que el paciente sea ahora incapaz, no lo priva de sus derechos fundamentales. [46]

Calipari expresa que en estos casos puede intervenir un legítimo representante del paciente; pero para que la tarea de ese representante sea moralmente correcta no debe imponer al paciente su propio juicio, sino que tiene que representar el juicio del paciente. Representa la elección del paciente, si hay elección; si no hay elección, la única manera de evaluar esta situación es ver si hay evidentes elementos de extraordinariedad, pero siempre evaluados en estricta relación con el paciente en cuestión. [47]

Cabe agregar que los familiares directos son los que están en mejores condiciones de saber lo que el paciente hubiera querido. En este caso, si bien estaba bajo la tutela de un Juzgado y con un curador, los familiares fueron llamados a una reunión con el director y los profesionales que procederían a intervenir quirúrgicamente en el corte de tendones para que, justamente, prestaran el consentimiento. Todos se opusieron a dicha intervención.

---

[46] HOOFT, Pedro Federico, *Bioética y derechos humanos*, op. cit., p. 88.

[47] CALIPARI, Maurizio, "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", op. cit., p. 124.

Luego se hizo referencia al principio de **beneficencia**, es decir, al aspecto objetivo del caso en concreto. Por este principio, se debe tener en cuenta que todo tratamiento médico debe ser analizado desde la óptica del beneficio potencial para el paciente.

Finalmente, el principio de **justicia**, referido a los criterios éticos en la asignación y distribución de recursos de salud.

En el caso, la atención que demandaba el paciente llegaba a un costo de entre 6000 y 8000 dólares mensuales, en un lugar "común", es decir, sin tecnología. Ello, sin dejar de tener en cuenta las cargas que este tratamiento imponía al paciente y a sus familiares. Llevaba más de tres años en esa situación, su cuerpo había sufrido un progresivo y penoso deterioro, además de afecciones como neumonía, tuberculosis, infecciones, complicaciones con su alimentación artificial. Por ello, los familiares consideraban que era desproporcionado en relación con los resultados esperables. Estaban ante una asignación no equitativa de los recursos.

Seguidamente, se dejó en claro el valor "dignidad". Se expuso que sin duda la vida constituye un valor trascendente

y susceptible de máximo respeto; como tal, importa concluirla lo más dignamente posible. El hecho de prolongar innecesariamente su agonía atentaba contra el valor dignidad.

La vida humana y su consecuencia natural, la muerte, son derechos de la personalidad que el orden jurídico ampara junto con la integridad física, la salud, el honor, sus secretos. Derechos contemplados también por la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y La Declaración Universal de Derechos Humanos, los cuales desde 1994 gozan de jerarquía constitucional.

A la vida humana como valor jurídicamente protegido, le corresponde consiguientemente, el derecho a morir con dignidad. [48]

El respeto a la dignidad de la persona está reconocido y protegido por nuestra Carta Magna a través de los art. 29 y 33.

Lemon, por su parte, dice: "Ante la falta de una expresa disposición, interpretando la Ley de Leyes, pienso que hay un derecho individual -no enumerado- que surge implícitamente del enunciado

---

[48] LEMON, Alfredo, "La más secreta intimidad", *La Ley*, Buenos Aires, (1993), E-826, pp. 829-849.

del art. 33 de la Constitución Nacional, a morir naturalmente y sin mecanismos artificiales que puedan prolongar inútilmente la vida (...) es menester reconocer el derecho a la intimidad, como parte integrante del derecho a la personalidad (y al propio cuerpo), sin olvidarse del derecho a la dignidad mencionado, ya que consideramos que denigra y lesiona la condición humana, prolongar *sine die* una agonía irreversible". [49]

Finalmente, en el petitorio, los familiares dejaron sentado que no autorizaban ninguna intervención quirúrgica ni la mutilación de ninguno de sus miembros; y solicitaron que no se le administraran antibióticos u otra medicación, como tampoco ningún otro tratamiento que tuviera el fin de prolongar su agonía o que impidiera que su dolencia siguiera el proceso normal y natural.

Presentada la medida cautelar, los familiares fueron llamados a una audiencia junto con la representante del Ministerio público y el curador, en la cual se le solicitó a la jueza que para una mejor resolución consultara a un Comité de Bioética.

El 7 de septiembre de 2001, se dictó la sentencia que autorizó la práctica quirúr-

gica. Esta decisión se fundamentó en dos puntos principales: 1) la familia de ninguna manera puede asumir la elección por el incapaz si no hay claras y convincentes evidencias del deseo del paciente. Se consideró que no estaban acreditadas las manifestaciones del paciente a su familia y amigos, y si algo surgía claramente para la jueza era la "firme voluntad de seguir luchando" del paciente. Asimismo, se indicó que la prueba presentada sólo hacía referencia a su eventual voluntad de morir con los santos sacramentos; y 2) de acuerdo con el informe del Cuerpo Médico Forense que exponía "que la cirugía propuesta tiene indicación...", dado el estado en que se encontraba el causante y que el peligro de muerte inminente se debía al riesgo de septicemia y no al estado de salud en que se encontraba desde el accidente, no interpretó esta amputación como un "encarnizamiento terapéutico", sino como un modo de volver al paciente a la situación de homeostasis en su salud con las limitaciones que tuviere. Consideró que no era justo ni equitativo privarlo de esta oportunidad y permitirle la posibilidad de que si avances tecnológicos y científicos lo permitieran, pudiera tener la chance de aprovecharlos para mejorar su situación. Fundamentó su resolución en el derecho a la vida y la salud.

---

[49] Ídem.

Respecto del primer punto, referido a las manifestaciones y deseos del paciente, la jueza, teniendo las facultades para hacerlo, y en un caso tan delicado como el que se presenta, en ningún momento citó a los testigos propuestos por la parte a los fines de ratificar los dichos. La declaración presentada por los familiares no fue tomada como un deseo de buen cristiano de aceptar la muerte como algo natural y como un arte del buen morir, sino como un deseo de recibir sólo los sacramentos.

En cuanto al segundo punto, sólo tuvo en cuenta el informe del Cuerpo Médico Forense, que en su párrafo final dice textualmente: "Debe declararse además que tal intervención es necesaria dado el peligro de vida que corre, aunque en nada mejorará su estado neurológico clínico basal". En este caso, también teniendo las facultades para hacerlo, no solicitó ningún dictamen de un Comité de Bioética como la familia se lo había solicitado en audiencia.

Surge del informe de dicho Cuerpo Médico, que sólo tomó en cuenta los hechos médicos y por consiguiente un valor único: la salud. Se dejaron de lado

otros valores y principios para el caso en concreto.

Se le dio preeminencia al valor vida por sobre cualquier otro valor. Pero éste, si bien es un bien fundamental, no es un valor absoluto sino relativo. En ese sentido, cabe destacar las palabras de Juan Pablo II en su discurso en la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Paliativos: "El rechazo del ensañamiento terapéutico no es un rechazo del paciente y de su vida. En efecto, el objeto de la deliberación sobre la conveniencia de iniciar o continuar una práctica terapéutica no es el valor de la vida del paciente, sino el valor de la intervención médica en el paciente (...). La decisión de no emprender o interrumpir una terapia será éticamente correcta cuando ésta resulte ineficaz o claramente desproporcionada para sostener la vida o recuperar la salud. Por tanto, el rechazo del ensañamiento terapéutico es expresión del respeto que en todo momento se debe al paciente". [50]

La resolución fue apelada por los familiares. Al escrito, se agregó un dictamen del Comité de Bioética del Centro Oncológico de Excelencia, presidido por

---

[50] JUAN PABLO II, *Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Paliativos* [en línea], 12 de noviembre de 2004, disponible en: <[http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/speeches/2004/november/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20041112\\_pc-hlthwork\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/november/documents/hf_jp-ii_spe_20041112_pc-hlthwork_sp.html)>.

el Prof. Dr. José Alberto Mainetti. Dicho comité, con unanimidad de sus miembros, recomendó suspender el tratamiento para facilitar el buen morir del paciente, conforme a la "Declaración de fe", instrumental en la causa, que testimonia la voluntad y mejores intereses de aquél como su "*ars moriendi*". Por otro lado, en dicho dictamen se expresa que la suspensión del tratamiento quirúrgico y farmacológico para dejar que el curso de la biología lleve al paciente al encuentro con su propia muerte, no encontraría reparos éticos ni jurídicos.

Mientras la apelación se encontraba en la Sala M de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, y en el mismo día que se esperaba su resolución, 14 de septiembre de 2001, el paciente fallece en la madrugada, sin que se le hubiera realizado ninguna intervención quirúrgica.

El caso se tornó abstracto por el hecho de carecer ya de objeto y, por lo tanto, la Cámara no emitió su fallo.

**Análisis del caso a la luz de los criterios expresados en "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de conservación de la vida"** [51]

Como se expuso ampliamente, se trataba de un paciente en estado vegetati-

vo permanente por más de tres años y con un grave deterioro físico, que ya llevaba varias internaciones en centros más complejos por distintas afecciones. En la mayoría de las intervenciones se lo ingresaba a las unidades de Terapia Intensiva para recomponer su estado clínico. En ningún momento mostró algún signo de recuperación de su conciencia a pesar de los esfuerzos realizados.

- **Primera fase: evaluación de la "proporcionalidad" - evaluación objetiva.**

En relación con el corte de los tendones a la altura de la cadera mediante una cirugía, a los fines de que las piernas permanecieran sueltas y derechas, surge de esta primera fase objetiva que, si bien el uso del medio resultaría proporcionado en cuanto a varios aspectos, debemos detenernos en lo referido a las expectativas razonables de "eficacia médica" real, lo cual constituirá uno de los principales factores para determinar su proporcionalidad.

Cabe indicar que la **proporcionalidad** de los medios será entendida como la previsión razonable de los efectos benéficos que éstos pueden procurar a un **paciente determinado** en una **situación clínica específica** y en relación con un objetivo médico preordenado. [52]

---

[51] CALIPARI, Maurizio, *Curarse y hacerse curar*, op. cit., p. 191.

[52] *Ibid.*, p. 200.

En este caso, el objetivo del médico director de la institución y del traumatólogo tratante era procurar que la escara originada en la rodilla no siguiera su curso. La cirugía propuesta flexibilizaría las piernas que habían tomado la posición natural en el estado vegetativo, es decir, la posición caracterizada por hipertonía flexora, que remeda la "posición fetal".

Así, el objetivo médico estaría cumplido y se podría decir que el uso del medio es proporcionado. Pero si la evaluación se hubiera realizado previendo los efectos benéficos que esa cirugía proporcionaría a este paciente en la situación clínica específica, indudablemente no se podría considerar como una práctica proporcionada.

- **Segunda fase: evaluación de la "ordinariedad" - evaluación subjetiva.**

En esta evaluación, como dijimos anteriormente, se deben tomar en consideración los aspectos dependientes de la subjetividad del paciente que, en este caso, se encontraba imposibilitado para expresar su voluntad. Ante esta situación, se solicitó la autorización a sus familiares directos.

Los familiares se opusieron a la intervención; ellos conocían los deseos de su

familiar, quien hubiera decidido en ese mismo sentido. Consideraron que ya había sido sometido a muchas prácticas invasivas.

En este punto también es importante tener en cuenta el aspecto referido al "bajo índice de 'eficacia global' del medio, en relación con los beneficios razonablemente esperados por el paciente, evaluados según la escala axiológica adoptada por él". [53]

En ese sentido, Calipari expresa que no siempre la entidad de un beneficio de salud objetivo, obtenible mediante el recurso a un medio de conservación de la vida, llega a representar para el paciente una ventaja tal que justifique el empleo del medio mismo. Es decir, aquellos beneficios realmente alcanzables, pero de tan pequeña entidad que equivalen casi a nada. Aquí estamos ante un factor que hace que el uso del medio sea extraordinario.

Claro que, de acuerdo con la enumeración de los factores de extraordinariedad, resulta difícil analizarlos desde el punto de vista de la persona que está inconsciente, pero en el hipotético caso de que el paciente hubiera podido expresar su voluntad, seguramente que en su evaluación se encontrarían más factores de extraordinariedad.

---

[53] *Ibid.*, p. 205.



- Tercera fase: síntesis clasificatoria y juicio de lo "éticamente adecuado" acerca del uso del medio.

En esta fase se deberán cruzar las variables propuestas.

En cuanto a la proporcionalidad, si el equipo médico hubiera evaluado la primera fase considerando las circunstancias del paciente, la cirugía propuesta sería desproporcionada, es decir, inadecuada desde el punto de vista médico y, por lo tanto, la opción a recurrir a ese medio debería haber sido considerada como un **acto moralmente ilícito**. Sin embargo el equipo médico la consideró proporcionada.

Asimismo, surge de la evaluación de esta fase que los familiares no consintieron la práctica, por lo que la resultante en el juicio moral debería haber sido la **facultatividad del empleo, pero nunca su obligatoriedad**.

Como se ha mencionado anteriormente, a los pocos días de la cirugía se internó al paciente en forma urgente a los efectos de amputar su pierna. Si utilizamos nuevamente este proceso de evaluación, concluimos que la mutilación de un miembro en las circunstancias en

las que se encontraba el paciente, hubiera sido absolutamente perjudicial y dañosa para su integridad física, afectando su dignidad de persona, por lo que debería haber sido considerada como un **acto moralmente ilícito**.

### 7.1.2. Caso 2: Enfermedad de Creutzfeldt Jakob (ECJ) [54]

Se trata de un paciente de 53 años que ingresó al Hospital Fernández el 11 de julio de 2004 por presentar síndrome cerebeloso y deterioro cognitivo, con diagnóstico presuntivo de encefalopatía espongiiforme, enfermedad de Creutzfeldt Jakob (ECJ). Realizados los estudios se clasifica al paciente como probable ECJ de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El paciente evoluciona en estado vegetativo y presenta: ausencia de respuesta a los comandos verbales, desviación conjugada de la mirada hacia la derecha, reflejos corneanos y óculocefálicos conservados, cuadriparesia flácida y arrefléctica. Profundiza las úlceras de decúbito con aparición de nuevas lesiones en dorso y escápulas, que son tratadas de acuerdo a las indicaciones del servicio de Cirugía Plástica.

[54] REUSSI, R.; MERCADO, J. y PREVIGLIANO, I., "La ética como ciencia en neurointensivismo", en: PREVIGLIANO, I. (ed.), *Neurointensivismo basado en la evidencia*, Rosario, Corpus Editorial, 2007, pp. 573-575.

Presenta múltiples complicaciones infecciosas que son tratadas por el servicio de Infectología a partir de los gérmenes identificados.

El 18 de julio de 2004 el paciente sufre una neumonía asociada al ventilador.

Pese a estos tratamientos persiste con síndrome febril, por lo que se sospecha osteomielitis trocantérea izquierda. Se realiza centellograma óseo con técnica específica y se comprueba dicho diagnóstico.

Habida cuenta de:

- El estado clínico del paciente.
- El diagnóstico de una enfermedad infectocontagiosa incurable por el momento (ECJ) que condiciona que su estado de postración y deterioro neurológico no puedan resolverse.
  - La magnitud del tratamiento quirúrgico que debe realizarse: resección de cabeza y 1/3 proximal de fémur izquierdo, plástica de músculo y eventual de piel.
  - La falta de seguridad en que estas medidas no deban progresarse con una amputación y desarticulación de la cadera izquierda.
  - Que este gesto terapéutico no implica un beneficio para el paciente y expone al personal médico y paramédico a un riesgo de contagio elevado.
  - Que se plantea una discrepancia de opinión entre los familiares directos del

paciente, sus hijos y la concubina del mismo.

Se realiza una junta médica el 31 de enero de 2005 en la que se decide no progresar las medidas terapéuticas y consultar con el Comité de Bioética por considerar que se trata de un caso de encarnizamiento terapéutico.

Analizado el caso y asentada la discusión en el libro de actas del Comité de Bioética, se concluye:

- Que se trata de un paciente con una enfermedad del sistema nervioso central (Creutzfeldt Jakob) de carácter terminal y carente de tratamiento, que no permitió que expresara su voluntad respecto de su vida futura (principio de autonomía).
- Que por esta razón no recuperará su estado de salud.
- Que cualquier medida terapéutica no le reportará beneficio (principio de beneficencia).
- Que por el contrario, las medidas necesarias para resolver la osteomielitis son mutilantes para su cuerpo y condición humana y no garantizan éxito (medidas fútiles o inútiles) (principio de no maleficencia).
- Que las medidas necesarias para resolver la osteomielitis someterían al personal médico y paramédico a un riesgo mayor de contagio, para una medida fútil (principio de justicia).
- Que por todo esto, la progresión de medidas configura, de acuerdo al análisis

ético en base a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, un caso de encarnizamiento terapéutico.

- Que por tal motivo coincide en mantener el soporte nutricional y las medidas tendientes a evitar dolor o sufrimiento innecesario como se ha realizado hasta el momento y no progresar en tratamientos quirúrgicos ni antibióticos.

- Que la concubina del paciente no acepta la enfermedad y el pronóstico de la misma, habiéndose roto el vínculo médico-familiar por las amenazas de acciones legales.

Por esta razón se decide solicitar a la Justicia, por los medios institucionales correspondientes, un recurso de amparo a favor del paciente y del personal de la institución.

Este dictamen se elevó al Departamento de Legales, con copia a Dirección Médica y a la hija del paciente, quien concordó con esta acción legal. La Justicia no se expidió nunca y el paciente falleció un mes después.

**Análisis del caso a la luz de los criterios desarrollados en este trabajo: "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de conservación de la vida"**

Este caso tiene similitudes con el caso que anteriormente analizamos,

pero la divergencia surge en los familiares.

- **Primera fase: evaluación de la "proporcionalidad" - evaluación objetiva.**

Aquí existían varios factores que tornaban desproporcionada la utilización del medio, es decir, la cirugía detallada en los párrafos anteriores.

En primer lugar, no había expectativas razonables de "eficacia médica" real, por la situación clínica en la que se hallaba el paciente y el poco beneficio que reportaría la práctica. Esta cirugía implicaría más efectos perjudiciales que benéficos.

En segundo lugar, otro factor de evaluación tenido en cuenta en este caso estaba referido a la cuantificación de los recursos sanitarios necesarios para el empleo del medio. En base a los principios de justicia distributiva y de solidaridad, la utilización del medio era absolutamente desproporcionada teniendo en cuenta el riesgo de contagio del equipo médico. Además, no resultaba justificado el uso de esa cantidad de recursos en relación con las posibilidades de mejoría del paciente, lo cual a su vez iría en desmedro de otros pacientes que seguramente necesitarían de los mismos.

El equipo médico consideró desproporcionado el uso del medio y lo mismo

dictaminó el Comité de Bioética del hospital.

- **Segunda fase: evaluación de la "ordinariedad" – evaluación subjetiva.**

En este caso el paciente tampoco estaba consciente y, por lo tanto, no podía expresar su voluntad, a lo cual se sumaba que los familiares no sabían de sus deseos.

Los familiares adhirieron a lo que el equipo médico consideró desproporcionado por el bajo índice de "eficacia global" del medio en relación con los beneficios que se obtendrían, por lo cual la práctica podía considerarse como un medio extraordinario.

No obstante ello, su concubina no aceptó esta situación, estimando que el medio a emplear sería el adecuado y, por lo tanto, ordinario.

- **Tercera fase: síntesis clasificatoria y juicio de lo "éticamente adecuado" acerca del uso del medio.**

El medio se consideró desproporcionado por el equipo médico tratante; por lo tanto, recurrir al uso del medio implicaba un acto moralmente ilícito.

Pero ante la oposición de un familiar y la ruptura de la relación médico-fami-

liar ante las amenazas legales, el caso debió ser llevado a la Justicia.

Como se dijo antes, el tema quedó sin resolver ante la muerte del paciente, que se produjo un mes después.

## 7.2. Nutrición e hidratación

El rechazo o suspensión de la nutrición e hidratación en los pacientes que se encuentran en estado vegetativo permanente es, sin lugar a dudas, el tema que más controversias ha generado, tanto en el plano internacional como en el nacional.

Recordemos que el suministro de alimentos en estos pacientes se realiza a través de una sonda nasogástrica, por gastrostomía o gastroyeyunostomía; estas últimas consisten en realizar una cirugía o una punción mínimamente invasiva en el abdomen para colocar un dispositivo a través del cual se introduce una sonda de alimentación.

En primer lugar se presenta la dificultad de decidir si la nutrición y la hidratación a través de una sonda o una gastrostomía, constituyen un tratamiento ordinario o un tratamiento médico. Juan Pablo II en el discurso del 20 de marzo de 2004 [55] sostuvo que "la administración de agua y alimento, aun-

[55] JUAN PABLO II, *Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso...*, op. cit.

que se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un **medio natural de conservación de la vida, no un acto médico**".

Quienes se han ocupado del tema, han hecho algunas apreciaciones al respecto. Así, Gómez-Lobo [56] ha explicado que la inserción de la sonda, la prescripción de las sustancias, el monitoreo del paciente y los eventuales efectos colaterales (aspiración, infección) son prerrogativas del médico. El procedimiento globalmente entendido debe considerarse como "tratamiento médico"; como ejemplo toma el hecho de que en un pueblito sin médicos la nutrición e hidratación artificiales en pacientes en estado vegetativo es imposible.

Asimismo, más adelante, cita la "nota informativa sobre el deber de proporcionar nutrición e hidratación" publicado en la Conferencia Episcopal Católica Australiana por la Doctrina y la Moral y por la Comisión para Asistencia Sanitaria.

En el punto cuatro de la misma, los obispos australianos hacen una distinción respecto de la inserción y el monito-

reo de una sonda para la nutrición y el acto de alimentación de una persona. El texto es clarificador: "Las declaraciones del Papa no afrontan la cuestión de si la nutrición artificial implique un acto o un tratamiento médico respecto de la inserción y el monitoreo de una sonda para la nutrición. Mientras que el acto de nutrir a una persona no es en sí un acto médico, la inserción de una sonda, su monitoreo y el del paciente, y la prescripción de las sustancias a suministrar, implican un cierto grado de habilidad médica y/o paramédica. Insertar una sonda para la nutrición es una decisión médica sujeta a los normales criterios de la intervención médica".

Como dice Gómez-Lobo, la clasificación como tratamiento médico no resuelve nada por sí sola, la cuestión moral más importante es si el recurso de la nutrición e hidratación artificiales es obligatorio o no.

En ese sentido, el dilema ético que se genera respecto de la suspensión de este soporte vital lleva muchas veces a sostener posturas antagónicas. Por un lado, están los que consideran que, teniendo

---

[56] Alfonso Gómez-Lobo es miembro del Consejo de Bioética del Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica y, además, es el profesor titular de la Cátedra Ryan de Metafísica y Filosofía Moral de la Universidad de Georgetown. Ver: GÓMEZ-LOBO, Alfonso, "Quality of Life and Post Coma Unresponsiveness", en: AA.VV., *Actas de la XI Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida Quality of Life and the Ethics of Health*, Ciudad del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 2005.

en cuenta la situación irreversible de la patología, el suministro de la nutrición e hidratación debe considerarse un tratamiento desproporcionado y por lo tanto se justifica su interrupción, y por el otro, están los que consideran que se trata siempre de una eutanasia por omisión.

Recordemos que "por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en su intención, procura la muerte, con el fin de eliminar todo dolor. La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos utilizados". [57]

En la eutanasia por acción, necesariamente existe un nexo entre la acción y la intención. Un médico que da una inyección letal a un paciente seguramente tiene como objetivo la muerte del paciente. El acto en sí no se habría cumplido de no ser por la intención del objeto agente. Dicha intención específica es condición necesaria para la realización de una acción que causa directamente los efectos deseados. [58]

Esto no es tan sencillo a la hora de evaluar cuándo una omisión constituye eutanasia. Ella no causa activamente la muerte, generalmente remueve un obs-

táculo para la realización de una causa diferente. Una omisión puede estar ligada a una específica intención, pero también puede no estarlo. [59]

En otro párrafo, Gómez-Lobo explica que la conexión entre la omisión y la intención es contingente; si fuera una condición necesaria, entonces el uso de todos los medios sería obligatorio. Un médico que interrumpiera la quimioterapia solicitada por el paciente podría ser acusado de homicidio asistido. Si un médico escrupuloso evaluase atentamente a un determinado tratamiento como inútil o gravoso o ambas cosas y decidiera a conciencia interrumpirlo con la intención de dejar morir al paciente por su enfermedad de base, sería una presunción acusarlo de querer causar la muerte del paciente y por lo tanto practicar la eutanasia.

En ese orden de ideas agrega que, lo mismo puede decirse para ciertos casos de estado vegetativo en cuanto a iniciar, continuar o interrumpir el tratamiento. Se pecaría de presunción si se condenara a un médico que, después de un largo período de tiempo y luego de haber evaluado la gravedad del paciente, junto con su familia y otros muchos factores (como

[57] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración "lura et bona"...*, op. cit.

[58] GÓMEZ-LOBO, Alfonso, "Quality of Life and Post Coma Unresponsiveness"..., op. cit.

[59] Ídem.

la falta de un seguro sobre su salud), sugiriera renunciar al soporte vital. Dice el autor que no podemos saber cuáles son sus reales intenciones, pero no sería correcto presumir la necesidad de que él desee la muerte del paciente. Su intención podría estar ligada a "dejar morir" por razones legítimas, porque podría haber evaluado una acción terapéutica como desproporcionada. La inutilidad y lo gravoso para el paciente, su familia y la comunidad serían las únicas razones legítimas para decidir.

Ahora, volviendo a las palabras de Juan Pablo II respecto de la nutrición e hidratación, expresa que "su uso se debe considerar, **en principio**, ordinario y proporcionado, y como tal, moralmente obligatorio, en la medida y hasta que se demuestre alcanzar su **finalidad** propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos".

De estas expresiones surge que existe un deber moral de alimentar e hidratar a los pacientes en estado vegetativo, pero que deja de ser obligatorio en ciertas circunstancias. Calipari explica que la finalidad propia de la alimentación e hidratación es el sustento orgánico de la persona y eso, en tanto que esté en grado

de abastecer los elementos nutritivos necesarios, sin causar daños significativos para la salud, se considerará médicamente proporcionado. [60]

En su teoría, la finalidad propia está relacionada con un factor necesario para evaluar la proporcionalidad desde el punto de vista técnico médico, que es la "eficacia médica" y que corresponde a la primera fase de evaluación. Cuando se demuestra que ya no cumple con su finalidad, la de nutrir e hidratar, porque el paciente ya no es capaz de asimilar ese alimento, el uso del medio es desproporcionado y debe considerarse moralmente ilícito. [61]

En este contexto pueden presentarse dos situaciones:

a) El paciente en estado vegetativo persistente (antes de 3 meses de una lesión hipóxica o del año de una traumática) que tiene intolerancia a la alimentación enteral ¿debe ser alimentado en forma parenteral? ¿Es la alimentación artificial desproporcionada cuando no sabemos a ciencia cierta cuál será la evolución de ese paciente?

b) El paciente en estado vegetativo permanente que no tolera la alimenta-

---

[60] CALIPARI, Maurizio, "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", op. cit., p. 123.

[61] *Ibid.*, p. 124.

ción enteral ¿debe ser alimentado en forma parenteral? ¿O es el mejor ejemplo de tratamiento desproporcionado?

En la segunda fase se debe evaluar la ordinariedad o extraordinariedad desde el punto de vista del paciente, quien en la situación en la que se encuentra no puede expresar su voluntad. En este caso, tiene que intervenir un legítimo representante que no debe imponer su juicio, sino que tiene que ser representante del juicio del propio paciente. Si no hay elección del paciente, la única manera es evaluar si hay evidentes elementos de extraordinariedad.

También los obispos australianos, en la nota mencionada en párrafos precedentes, en referencia al deber de suministrar este soporte vital, expresaron: "3) Sin embargo, en casos particulares, la nutrición y la hidratación dejan de ser obligatorios, por ejemplo si el paciente no estuviera en condiciones de asimilar las sustancias suministradas o si las mismas modalidades de suministro fueran causa de sufrimiento desproporcionado para el paciente o implicaran una excesiva gravedad para otros (...). 5) Cada vez que un tratamiento médico o el suministro de nutrición e hidratación son rechazados o interrumpidos por motivos legítimos (inutilidad, gravedad), no se puede hablar de eutanasia".

Terminan sus consideraciones con una serie de conclusiones: "En conclusión, el

discurso del Papa es una aplicación de la enseñanza católica tradicional y no afirma ni que la nutrición y la hidratación deban ser siempre suministradas, ni que nunca deban ser suministradas a pacientes inconscientes y/o incapaces. Más bien el Papa sugiere la presunción a favor del suministro de alimento e hidratación a todos los pacientes, aun con los medios artificiales, pero reconoce también que en casos especiales dicha presunción deba ceder el paso al reconocimiento que el suministro de nutrición e hidratación sería inútil y excesivamente gravoso".

Asimismo, en un documento que publicó la Congregación para la Doctrina de la Fe en respuesta a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense, en relación a la alimentación e hidratación artificiales, afirmó que suministrar alimento y agua es, en principio, moralmente obligatorio, pero su obligatoriedad puede ceder frente a ciertas situaciones. En ese sentido proporcionó algunas pautas de excepción: no excluye que, en alguna región muy aislada o extremadamente pobre, la alimentación e hidratación artificiales puede que no sean físicamente posibles, aunque permanece la obligación de ofrecer cuidados mínimos disponibles. Tampoco excluye que, debido a complicaciones sobrevenidas, el paciente no pueda asimilar alimentos y líquidos, resultando totalmente inútil suministrarlos. Finalmente, no se descarta la posi-



bilidad de que, en algún caso raro, la alimentación e hidratación artificiales puedan implicar para el paciente una carga excesiva o una notable molestia física vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado. [62]

Lo expuesto hasta aquí fundamenta la postura que sostenemos en cuanto a que la alimentación e hidratación artificiales en los pacientes en estado vegetativo es un medio terapéutico proporcionado mientras que no haya razones legítimas que justifiquen su interrupción. Cada caso en particular es el que debe ser evaluado con absoluta responsabilidad y en un acuerdo con los familiares directos.

En los casos que trascienden la esfera de privacidad y llegan a difundirse en los medios masivos de comunicación, se suelen tomar posiciones extremas -tanto en un sentido como en otro-, que muchas veces generan situaciones en las que se perciben expresiones de absoluto fanatismo. Lo cierto es que la realidad de los hechos, por la misma complejidad que éstos presentan, muy difícilmente pueda llegar a la sociedad de manera completa y acabada. Por lo tanto, resultaría arriesgado tomar una posición al respecto con elementos de tan difícil evaluación.

Por último, resulta inevitable preguntarse si en los años de permanencia en estado vegetativo se presentaron situaciones en las que algunos de los tratamientos podrían haberse considerado desproporcionados y, seguidamente, si se emplearon todos los esfuerzos necesarios para la contención de los familiares con el permanente apoyo de profesionales capacitados que ayudaran a conciliar a las partes o al menos a aceptar una realidad.

## 8. CONCLUSIONES

Luego de haber desarrollado los distintos aspectos que intervienen en el estado vegetativo, a modo de conclusión, podemos precisar los siguientes puntos:

1. El paciente que se encuentra en este estado es una persona. Por el hecho de que se encuentre privado de sus facultades más elevadas, no significa que no deba ser tratado como persona. Como dice Juan Pablo II, conservan toda su dignidad humana y tienen derecho a una asistencia sanitaria básica y a la prevención de las complicaciones vinculadas a su postración. Más aún, afirma el Pontífice, "la mirada amorosa de Dios se posa sobre sus hijos más desposeídos".

---

[62] Cfr. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Alimentación e hidratación artificiales. Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense*, op. cit.

2. El paciente debe ser evaluado por profesionales experimentados en el tema para poder determinar un diagnóstico cierto, que no equivale a determinar un pronóstico certero. Por ello, la evaluación debe realizarse en forma minuciosa y frecuente a los efectos de poder constatar algún tipo de evolución, debiéndose tener en cuenta varios factores que corresponde sean evaluados en forma concreta y en cada paciente en particular. Entre ellos, las causas que provocaron esa situación y la edad del paciente, que es también un factor importante, ya que las personas jóvenes tienen más posibilidades de recuperación que las mayores.

Recordemos que muchos pacientes han tenido una excelente evolución y en muchos casos se han recuperado totalmente. La evidencia científica ha demostrado que esta recuperación se ha manifestado siempre dentro de un período, que son tres meses en las lesiones hipóxico-anóxicas y de un año para los que han tenido lesiones traumáticas. En ese periodo es recomendable realizar todos los esfuerzos posibles, especialmente la rehabilitación. De esa manera podrá evitarse cualquier error de diagnóstico y, por lo tanto, lograr que ese paciente no pierda la chance de recobrar sus facultades.

Luego de ese tiempo -los tres meses y un año para lesiones hipóxico-anóxicas y traumáticas, respectivamente-, se consi-

dera al estado vegetativo persistente (diagnóstico) como permanente (pronóstico). En la bibliografía médica no hay evidencias respecto de que luego de ese tiempo las personas se hayan recuperado, salvo algún caso aislado, pero que sólo evolucionó hacia un diagnóstico de mínima conciencia. Este estado se define por la presencia de respuestas corticales sustentables y repetidas independientemente del observador, pero desde el punto de vista de la postración y la funcionalidad no es diferente del estado vegetativo.

3. Ya se han precisado en este trabajo los tratamientos ordinarios que deben proporcionarse a los pacientes en estado vegetativo y, seguidamente, las situaciones en que podrían considerarse desproporcionados ciertos tratamientos. Cabe aclarar al respecto que sólo se ha intentado suministrar una guía general con la finalidad de aportarle más claridad al tema. No olvidemos que cada caso debe ser evaluado, a través del tiempo, en forma concreta y cuidadosa.

En ese sentido, hemos comentado y analizado casos reales en los que se pudo constatar la desproporcionalidad de los tratamientos en forma concreta. Aunque esos casos fueron resueltos en su oportunidad, nos resultó interesante hacer una aplicación de la teoría desarrollada por Maurizio Calipari denominada "el principio de lo éticamente adecuado en el uso

de los medios de conservación de la vida”, demostrando así la operatividad de la misma en relación con las circunstancias de cada caso en particular.

En este orden de ideas, podemos decir que desde el punto de vista práctico, el encarnizamiento terapéutico en el estado vegetativo permanente se plantea en las siguientes situaciones:

- a) Paro cardiorrespiratorio.
- b) Infecciones intrahospitalarias por gérmenes multirresistentes.
- c) Necesidad de cirugías mutilantes para solucionar complicaciones infecciosas o médicas (amputaciones, desarticulaciones, colostomía, resección intestinal).
- d) Sustitución de la función renal (diálisis).
- e) Sustitución de la función respiratoria (reconexión a la ventilación mecánica).
- f) Intolerancia a la alimentación enteral (alimentación parenteral).
- g) Presión asistencial (familiar o institucional) para aplicación de medidas extraordinarias para preservar la función cardiorrespiratoria.

Teniendo siempre en cuenta cada caso concreto, estas situaciones pueden darse también cuando el estado vegetativo no se considera permanente y, por lo tanto, el tratamiento puede constituirse en un medio desproporcionado, o extraordinario, máxime cuando existen claras manifestaciones de voluntad

expresadas por el paciente con anterioridad al hecho.

4. La figura de directivas anticipadas no se encontraba legislada en nuestro país. Como se dijo anteriormente, este derecho ha sido reconocido en la Ley 26.529, (promulgada en noviembre de 2009). Si bien el tema merece un mayor análisis, éste no es el objetivo del presente trabajo, por lo cual sólo diremos que, dado los conflictos que se originan en relación con la voluntad presunta del paciente y la práctica de una medicina *defensista* que no pocas veces actúa en forma contraria a los deseos del paciente, consideramos que debe haber un marco legal que contemple diferentes modalidades, que logre cubrir un amplio espectro de situaciones, de manera tal que los derechos de los pacientes, en cuanto a sus decisiones personales referidas a la salud, se encuentren resguardados.

5. Por último, nos referiremos a la familia, que en estos casos tiene un rol más que importante. Ante la falta de conciencia del paciente, la familia es la que mantiene el diálogo con el equipo médico y cumple un papel fundamental en la toma de decisiones. Tampoco debemos olvidar que muchas veces es la que solventa económicamente el tratamiento o parte de los gastos que no son cubiertos por la obra social o la medicina pre-paga -en los casos en que se cuenta con

cobertura médica-. A ello, debemos agregar la implicancia psicológica y el sufrimiento de los familiares para sobrellevar la situación clínica de su ser querido.

Juan Pablo II, [63] ha tenido especial atención en cuanto a la situación de la familia, en ese sentido expresó: "Ante todo, es preciso sostener a las familias que han tenido a un ser querido afectado por esta terrible condición clínica. No se las puede dejar solas con su pesada carga humana, psicológica y económica". Agregó también: "La sociedad debe invertir recursos suficientes para la ayuda a este tipo de fragilidad, a través de la realización de oportunas iniciativas concretas como, por ejemplo, la creación de una extensa red de unidades de reanimación, con programas específicos de asistencia y rehabilitación; el apoyo económico y la asistencia a domicilio a las familias, cuando el paciente es trasladado a su casa al final de los programas de rehabilitación intensiva; la creación de centros de acogida para los casos de familias incapaces de afrontar el problema, o para ofrecer períodos de 'pausa' asistencial a las que corren el riesgo de agotamiento psicológico y moral".

En otro párrafo se dirigió a los profesionales que tienen a cargo la atención de estos pacientes: "La asistencia apro-

piada a estos pacientes y a sus familias debería prever la presencia y el testimonio del médico y del equipo de asistencia, a los cuales se les pide que ayuden a los familiares a comprender que son sus aliados y luchan con ellos (...). Os exhorto, como personas de ciencia, responsables de la dignidad de la profesión médica, a custodiar celosamente el principio según el cual el verdadero cometido de la medicina es **'curar si es posible, pero prestar asistencia siempre'**".

Creemos también que, dentro de esas responsabilidades y deberes morales, se encuentra incluido un valor fundamental, que es el de decir siempre la verdad. Es responsabilidad de las instituciones médicas y de los profesionales de la Medicina actuar con verdad y seriedad. Cuando se han realizado todos los esfuerzos necesarios para revertir esta situación clínica y que no ha dado ningún resultado favorable, es un deber moral no crear falsas esperanzas en los familiares. Por el contrario, el deber moral será el de procurar a esos familiares la contención y la información necesaria para aceptar una realidad, la finitud de la vida física.

En otro párrafo, Juan Pablo II, dice: "En estas situaciones reviste, asimismo, particular importancia el asesoramiento

---

[63] Cfr. JUAN PABLO II, *Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso...*, op. cit.

espiritual y la ayuda pastoral, como apoyo para recuperar el sentido más profundo de una condición aparentemente desesperada".

Así, Juan Pablo II, con gran sabiduría y en pocas palabras se ha referido a los múltiples factores que intervienen en estas situaciones tan dramáticas y, por lo tanto, ha hecho un llamado a la comunidad toda y a los profesionales que se dedican a estas patologías, a brindar la ayuda necesaria a estas familias.

En ese sentido queda mucho por hacer, la buena voluntad es un valor fundamental para procurar esa ayuda, pero no es suficiente a la hora de actuar. La capacitación y la información adecuada son el complemento necesario para que se materialice de forma concreta y eficiente. Para ello, creemos que debe profundizarse en la investigación, principalmente en referencia a las familias de estos pacientes y a los profesionales de la salud. La obtención de datos ciertos es la que puede dar luz en cuanto a las acciones que deben realizarse con el fin de llevar el alivio y la ayuda necesaria.

Concluimos el tema con las palabras del Evangelio que empleó Juan Pablo II en ese discurso: "En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis" (Mt 25, 40).

Juan Pablo II, fiel a sus enseñanzas, en los últimos momentos de su vida terrenal pidió que no lo conectaran a la asistencia respiratoria y que no utilizaran ningún otro medio que prolongara su agonía e impidiera su encuentro con Dios.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

BASSO, Domingo, *Nacer y morir con dignidad*, Buenos Aires, Editorial Depalma, 1993.

CALIPARI, Maurizio, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*, Buenos Aires, Editorial Educa, 2007.

FAMA, María Victoria; HERRERA, Marisa y PAGANO, Luz María, *Salud mental en el Derecho de Familia*, Buenos Aires, Ed. Hammurabi, 2008.

GAFO, Javier, *La eutanasia. El derecho a una muerte humana*, Madrid, Ed. Temas de Hoy, 1989.

GHERARDI, Carlos, *Vida y muerte en Terapia Intensiva*, Buenos Aires, Ed. Biblos, 2007.

GÓMEZ-LOBO, Alfonso, "Quality of Life and Post Coma Unresponsiveness", en:

AA.VV., *Actas de la XI Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida Quality of Life and the Ethics of Health*, Ciudad del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 2005.

GRACIA, Diego, *Ética de los confines de la vida*, Santa Fe de Bogotá, D. C., Editorial El Búho, 1998

GRACIA, Diego, *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*, Santa Fe de Bogotá, D. C., Editorial El Búho, 1998.

HOOFT, Pedro Federico, *Bioética y derechos humanos. Temas y casos*, Buenos Aires, Editorial Depalma, 1999.

LEINN, H. S. y EISENBERG, H. M., "Vegetative State After Head Injury: Findings from the Traumatic Coma Data Bank", en: LEINN, H. S.; BENTON, A. L.; MNI-ZELAAR, J. P. y EISENBERG, H. M. (ads.), *Catastrophic Brain Injury*, New York, Oxford University Press, 1996, pp. 35-49.

PREVIGLIANO, I. (ed.), *Neurointensivismo basado en la evidencia*, Rosario, Corpus Editorial, 2007.

SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética. I. Fundamentos y ética biomédica*, Madrid, BAC, 2009.

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (ed.), *Terapia Intensiva*, 3ra edición, Buenos Aires, Panamericana.

YOUNG, G. B.; ROPPER, A. H. and BOTTON, C. F. (ads), *Coma and Impaired Consciousness. A Clinical Perspective*, New York, Mc Graw-Hill, 1998.

### Documentos de la Iglesia

JUAN PABLO II, *Carta Encíclica "Evangelium vitae"*, 25 de marzo de 1995, AAS 87 (1995).

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración "lura et bona" sobre la eutanasia*, 5 de mayo de 1980.

JUAN PABLO II, *Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso sobre "tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"* [en línea], 20 de marzo de 2004, disponible en: <[http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/speeches/2004/march/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20040320\\_congress-fiamc\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_sp.html)>.

JUAN PABLO II, *Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Paliativos* [en línea], 12 de noviembre de 2004, disponible en: <[http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/speeches/2004/november/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20041112\\_pchthwork\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/november/documents/hf_jp-ii_spe_20041112_pchthwork_sp.html)>.

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Alimentación e hidratación artifi-*

ciales. *Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense* [en línea], 1º de agosto de 2007, disponible en: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070801\\_risposte-usa\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_sp.html)>.

### Artículos en revistas

BOCHATEY, Alberto, "La muerte digna y su significación", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, Buenos Aires (2006), año 7, n. 2, pp. 125-134.

CALIPARI, Maurizio, "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, Buenos Aires (2004), año 5, n. 2, pp. 117-126.

CALIPARI, Maurizio, "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, Buenos Aires (2008), año 9, n. 2, pp. 163-174.

HOOFT, Pedro Federico y MANZINI, Jorge Luis, "El Caso Cruzan: ¿Eutanasia, Ortotanasia o Encarnizamiento Terapéutico? El estado vegetativo persistente y los tratamientos de soporte vital:

Interrogantes Éticos y Jurídicos", *El Derecho*, t. 149, pp. 947-957.

JENNET, B. y PLUM, F., "Persistent Vegetative State after Brain Damage: a Syndrome in Search of a Name", *The Lancet*, (1972), n. 1, p. 734.

LAUREYS, Steven; OWEN, Adrian M. y SCHIFF, Nicholas D., "Brain Function in Coma, Vegetative State, and Related Disorders", *The Lancet, Neurology*, (September 2004), vol. 3, p. 538.

LEMON, Alfredo, "La más secreta intimidad", *La Ley*, Buenos Aires (1993), E-826.

MONTOYA, Mario Daniel, "El Derecho Constitucional a morir. Principios establecidos por la Corte de Justicia de los Estados Unidos en el 'caso Cruzan'", *La Ley*, Buenos Aires (1991), A 1064-1069.

MULTISOCIETY TASK FORCE IN PVS, "Medical Aspects of the Persistent Vegetative State", *New England J Med*, (1994), 330, p. 1499.

POBLETE, Ricardo Augusto, "El principio de lo éticamente adecuado", publicación del Instituto de Bioética, UCA, *Vida y Ética*, Buenos Aires (2008), año 9, n. 2, pp. 187-193.

VEACH, Robert, "Terri Schiavo, Son Hudson, and 'Nonbeneficial' Medical

Treatments", *Health Affairs*, (july/august 2005), vol. 24, n. 4, p. 976.

VEATCH, R.M., "The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: an Outmode Philosophical Formulation, *J Thanatol*, (1975), 3, p. 13.

ZEMAN, Adam, "Persistent Vegetative State", *The Lancet*, (1997), vol. 350, p. 796.

### Páginas web

DE BRANDI, Nelly Taiana y LLORENS, Luis Rogelio, *Derecho de autoprotección. Las directivas anticipadas y la Ley 26.066 (trasplante de órganos y tejidos. Modificación de la Ley 24.193)* [en línea], disponible en: <<http://www.revistapersona.com.ar/Persona52/52Taiana.htm>>.

GIL, Carlos, El Panorama Internacional de las Voluntades Anticipadas [en línea], COMZ, 14/05/02, disponible en:

<<http://www.institutodebioetica.org/casosbioetic/formacioncontinuada/testamentovital/cgil.pdf>>.

FRANCESCA, Abel y TERRIBAS, Nuria, *El caso de Terri Schiavo* [en línea], editorial de la revista Bioética & Debate. Tribuna Abierta del Instituto Borja de Bioética, de enero-marzo 2005, disponible en: <<http://www.bioetica-debat.org/article.php?story=44>>.

### Fallos

CSJN, 6/04/93, BAHAMONDEZ, MARCELO, JA 1993-IV P. 555-67.

CSJN, 6/04/93, RIVERA, JULIO CESAR. JA 1993-IV P. 568-71.

JUZG. CRIM. Y CORR. TRANS. Nº 1 MAR DEL PLATA, 25/07/05, "M", LL, 2005-E-363.

SCBA, 9/2/05, "S., M. d. C.", LLBA, 2005-171; LL, 2005-B-267.