

**Casanova, María Paula**

*Algunas reflexiones a partir de la Ley de Muerte Digna*

Prudentia Iuris N° 74, 2012

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:

Casanova, M. P. (2012). Algunas reflexiones a partir de la Ley de Muerte Digna [en línea], *Prudentia Iuris*, 74.  
Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/algunas-reflexiones-ley-muerte-digna.pdf> [Fecha de consulta:.....]

## ALGUNAS REFLEXIONES A PARTIR DE LA LEY DE MUERTE DIGNA

MARÍA PAULA CASANOVA\*

El Senado Nacional sancionó recientemente una ley llamada “Ley de Muerte Digna”, la cual nos invita a hacer algunas reflexiones. La primera es llamar la atención justamente sobre el hecho de que la ley no trata de la muerte (como lo hace la Ley N° 24.193 sobre trasplantes de órganos que deja estipulado, entre otras cosas, cómo se debe constatar la muerte), sino de la vida de las personas cuya salud se encuentra seriamente comprometida y que en muchos casos, no siempre, se presupone que se encuentra próxima a la muerte.

En general podemos decir que la ley presenta algunos aspectos positivos, otros negativos y algunas ausencias. Entre los positivos encontramos que permite la expresión de directivas anticipadas donde el paciente, según sus creencias y convicciones, pueda anticiparse a situaciones, aceptando ciertos tratamientos, rechazando otros y disponiendo de sus restos una vez fallecido. Sin embargo, encontramos alguna dificultad al constatar que las concepciones de sí mismo que el hombre tiene en estado de salud en relación con lo que llegaría a desear si estuviera aquejado por una grave enfermedad o invalidez, no necesariamente se corresponde con los sentimientos y la forma de pensar que efectivamente se tienen en el momento en que dicho estado se hace presente. Además, las personas cambian, la medicina avanza y si bien la ley dispone que estas directivas puedan ser cambiadas o anuladas en cualquier momento, la persona en estado de inconsciencia, que no haya cambiado formalmente su declaración, quedará necesariamente sujeta a ella. En el caso, por ejemplo, del rechazo a la alimentación e hidratación, que una persona podría avalar en abstracto, sería razonable pensar que cuando está muriendo de una forma tan atroz, como lo es morir de sed, ya que todas las mucosas del cuerpo se secan y al desprenderse causan un gran dolor, cambiaría de opinión y si pudiera, lo comunicaría<sup>1</sup>.

\* Doctora en Teología. Directora del Instituto de Investigaciones Bioéticas (INIBIO) de la UCALP. Profesora pro-titular de teología y asociada de bioética, Facultad de Ciencias de la Salud, UCALP. Profesora de teología, Facultad de Derecho, UCASAL delegación Neuquén.

<sup>1</sup> Cf. G. DOLCE - M. QUINTIERI, *L'evoluzione dello stato vegetativo*, en C. NAVARINI (ed.), *Autonomia e autodeterminazione. Profili etici, bioetici e giuridici*, Roma, Editori Riuniti, 2011, 26.

Como personas que hemos recibido del Señor la vida, tenemos ante Él, ante nosotros mismos, ante nuestras familias y ante aquellos que nos quieren, “el derecho y el deber, en caso de enfermedad grave, de tomar las medidas necesarias para conservar la vida y la salud”<sup>2</sup>, pero esta obligación moral siempre se refiere a los medios terapéuticos ordinarios, mientras que aquellos considerados extraordinarios no son moralmente obligatorios. ¿Cuáles son los medios ordinarios y cuáles los extraordinarios? Si bien profundizaremos en estos aspectos más adelante, podemos adelantar que esto dependerá de “las circunstancias de personas, de lugares, de épocas, de culturas”<sup>3</sup>. Lo que para una persona es algo ordinario para otra puede ser extraordinario. Otro parámetro, si bien en el mismo sentido, es considerar si el tratamiento propuesto es proporcionado a los beneficios que para el paciente podrían aparejar o si, por el contrario, son desproporcionados. En estas difíciles situaciones, es importante recordar que la vida física es un bien fundamental de la persona, pero no es un bien absoluto, por lo que llegado el momento debemos aceptar su finitud y dejar partir a la persona amada, firmes en la esperanza del encuentro definitivo en la Vida que no termina.

Igualmente, podemos preguntarnos si es útil a este respecto la ley ya que el código deontológico de los médicos, la buena práctica clínica, la formación de los médicos y el sentido común prohíben las prácticas desproporcionadas y en el caso de que se realicen, ya sea por error, ya sea por nefandos intereses económicos, la existencia de la ley no será suficiente para evitarlo.

Hay un problema central que tiene que ver con la autodeterminación y con las antropologías que se encuentran a la base de cada propuesta, y que especificará qué entiende la persona cuando apela a su derecho a autodeterminarse. Porque lo que hace posible una auténtica libertad de autodeterminación es la verdad, que fusionada con la sensibilidad le permite al hombre tener una experiencia de los valores. Solo partiendo de aquí se pueden tomar decisiones y hacer elecciones auténticas, donde la autenticidad es índice de realización de la libertad que depende de la certeza de la verdad. La integración por obra de la verdad es también medida de la trascendencia de la persona que actúa: cuando el hombre actúa únicamente apoyado en sus sentimientos, sin tener en cuenta los valores que están en juego en su actuar, queda limitado a la órbita de lo que simplemente ocurre en él y no es capaz de autodeterminarse. Porque muchas veces la autodeterminación y el autogobierno exigen que la acción se haga en nombre de la verdad desnuda sobre el bien, incluso si se debe realizar una acción en contra de los propios sentimientos actuales<sup>4</sup>.

El objeto de la autodeterminación, su finalidad, es la realización de la persona, que en términos metafísicos, se llama actualización. Siempre desde este punto de vista metafísico, la persona es al mismo tiempo sujeto (de sus propias estructuras y dinamismos) y objeto (es un alguien). Mediante la autodeterminación, el ego, que es el sujeto, se pone en el lugar del objeto y así realiza simultáneamente la objetividad

<sup>2</sup> S.S. PÍO XII, “Discurso sobre tres cuestiones de moral médica relacionadas con la reanimación. 24 de noviembre de 1957”, en H. OBLIGLIO - C. RAY, *Bioética de Pío XII a Benedicto XVI*, Buenos Aires, Educa, 2009, 151.

<sup>3</sup> S.S. PÍO XII, “Discurso sobre tres...”, ob. cit., 152.

<sup>4</sup> Cf. WOJTYLA, Karol, *Persona y acción*, Madrid, BAC, 1982, pág. 272.

del ego en la subjetividad. Por eso, la persona tiene experiencia de sí misma como sujeto y de cada una de sus voliciones y actos que la autodeterminan, por lo que se convierte con ello en un hecho totalmente subjetivo: “[...] la persona, el *ego* que actúa, experimenta también que *es él quien está determinado por sí mismo* y que *sus decisiones hacen que se convierta en alguien*, que puede ser bueno o malo”<sup>5</sup>.

En cambio, cuando la autodeterminación es interpretada como una autonomía total de la persona, sin referencia a los valores morales objetivos derivados de la naturaleza humana –ya sea porque se niegue la existencia de una naturaleza humana, ya sea porque se desconozca la relación entre naturaleza humana y valores morales–, representa una deformación del orden natural y por lo tanto de la libertad, asumiendo perspectivas que proponen la relatividad de los valores morales ya que estos no responderían más a la realidad humana en cuanto tal, sino a la libertad entendida como libre arbitrio.

Por eso, si bien la autonomía de las personas en cuanto autodeterminación posee un valor relevante en la ley, un rasgo muy positivo de ella consiste en su explícita negación a que en estas disposiciones se pueda incluir la eutanasia. Sin embargo, presenta algunos elementos que exceden la justa autonomía del paciente: nos referimos a la posibilidad de rechazar junto a tratamientos médicos desproporcionados, la nutrición e hidratación que no son, y no pueden ser considerados, un tratamiento médico, y que ante su suspensión, cuando se hace como dice la ley, “cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”, nos estaríamos encontrando ante un caso de eutanasia pasiva. Es menester aclarar que se comete eutanasia cuando la hidratación y alimentación se quitan indebidamente, por ejemplo, por los motivos esgrimidos por la ley, pero no siempre que se los retire, ya que el enfermo puede presentar determinadas condiciones y su administración puede resultar gravosa para él mismo, ya que el cuerpo ha perdido la capacidad de asimilarlos<sup>6</sup>. En este sentido, la ley presenta otra falencia muy importante que es la falta de contemplación de la objeción de conciencia tanto del médico como del resto del personal del equipo de salud y de las instituciones sanitarias.

Queriendo evitar el antiguo paternalismo médico y en nombre de la autonomía de las personas, la ley modifica sustancialmente la relación médico-paciente, dejando al primero a la merced de la voluntad del segundo y atentando contra la “alianza terapéutica” que permitiría una sana relación y que sin dudas repercutiría en el beneficio integral de la persona aquejada por la enfermedad y le permitiría al médico desarrollar su vocación de curar.

Otra falencia importante de la ley es, a nuestro entender, la falta de implementación de algún programa hospitalario para que los cuidados paliativos se encuentren a disposición de todos los pacientes que los necesiten. Si bien está dispuesto que en el consentimiento informado se le informe al paciente de su “derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su

<sup>5</sup> WOJTYLA, Karol, *Persona y acción...*, ob. cit., 132. El destacado es del autor.

<sup>6</sup> Cf. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Asistentes Sanitarios, *Carta a los agentes sanitarios* n° 120, LEV, Ciudad del Vaticano, 1995.

enfermedad o padecimiento”, sin embargo no dispone que estos servicios estén obligatoriamente, y por lo tanto efectivamente, disponibles en los hospitales o centros de salud.

También nos han surgido algunas preguntas en relación con la aplicación concreta de la ley: cuando se opta por un tratamiento que podríamos considerar desproporcionado, por lo general, son decisiones tomadas por la familia del enfermo que no se resigna a la pérdida, y no en solitario por los médicos. Por eso, aquí nos surge una duda con respecto a las directivas anticipadas: ¿quién será el garante de que los deseos expresados por la persona enferma se cumplan, si el mismo se encuentra inconsciente y la familia pretende hacer todo lo técnicamente posible para mantenerlo en vida, sin considerar y sin hacer presente al personal médico las directivas dispuestas? De hecho, en sí mismo el rol del tutor en estos casos se presenta conflictivo: muchas veces el deseo del paciente y la interpretación que de él hace el tutor no es del todo concurrente, por eso, algunas legislaciones, como ser la de Australia, limitan las posibilidades de decisión de los tutores<sup>7</sup>.

Además, nos preguntamos, ¿qué ocurrirá en los casos en los cuales los médicos se encuentren ante una situación límite, inesperada, como puede ser un accidente de tránsito? Porque en estos casos, si fuera necesario una reanimación, y el médico de la ambulancia no la ejecutara, estaría realizando un abandono terapéutico y podría ser demandado por abandono de persona. Al contrario, si lo reanima y la persona había dejado expresamente dispuesto que se negaba a ello, ¿puede el paciente o sus familiares iniciar acciones legales contra el médico? Creemos que este es un vacío importante de la ley.

\*\*\*

Después de haber analizado en general la reciente ley, nos proponemos analizar más detalladamente dos aspectos que consideramos cruciales: por qué no se puede considerar que la hidratación y la alimentación administradas por sonda sea un acto médico y si los casos de pacientes en estado vegetativo persistente son contemplados cuando la ley autoriza la eutanasia pasiva en algunos enfermos.

### **Estado vegetativo persistente y la hidratación y alimentación artificial**

Este punto de la ley ya está siendo debatido en los tribunales de Neuquén, donde la familia de un paciente en estado vegetativo persistente a la cual con anterioridad a la promulgación de esta ley se le había negado el permiso para realizar el acto eutanásico (con una sentencia de la Cámara de Apelaciones Civil y Comercial de Neuquén del 6 de septiembre del año pasado, confirmatoria de la de primera instancia), amparada ahora por la nueva ley, ha solicitado una vez más que se le retire la alimentación e hidratación.

<sup>7</sup> Cf. C. NAVARINI, *Natura e valore dell'autonomia: riflessioni sul testamento biologico*, en C. NAVARINI (ed.), *Autonomia e autodeterminazione. Profili...*, ob. cit., 56.

En relación con este caso, y frente a la contradicción manifiesta en la ley y la imposibilidad de comprender cuál es el “espíritu de la legislación”, debemos buscar una correcta interpretación “conforme con la continua enseñanza de la Corte Suprema en cuanto a que ‘las leyes deben interpretarse teniendo en cuenta el contexto general y los fines que las informan (*Fallos*: 284:9 y 293) y de la manera en que mejor se compadezca(n) con los principios y garantías constitucionales (*Fallos*: 256:24)”. Así pues, en esta materia en la que se halla en juego una vida humana y, más aún, el concepto en sí mismo de lo que es vida humana en cuanto a su existencia, extensión y fin de ella, y a su tutela jurídica, aquella contextualidad general y finalidades, en la ciencia jurídica, no pueden estar dadas más que por los conceptos que al respecto sustentan las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos incorporadas a nuestro Ordenamiento Jurídico Supremo en el Artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, en tanto que, entre las garantías y principios constitucionales, no hay ninguno que supere el superlativo del “derecho a la vida”: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente [...]” (Artículos 4° y 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica). Por lo demás, la discrepancia interna de la norma citada ha de juzgarse también en consonancia con otro dispositivo de la misma Ley N° 26.742, como lo es su Artículo 6°, que modifica el 11 de la Ley N° 26.529: porque, amén de todo ello, la duda en la interpretación de la ley entraña aquí la disyuntiva vida-muerte y, ante ella, el médico como el jurista han de inclinarse a favor de aquélla, el primero, a partir de su juramento hipocrático, mas en todo caso (por ende, también el jurista) por el imperio de las citadas Convenciones Internacionales de DD. HH.<sup>8</sup>

Pero analicemos qué dice al respecto la ley: “En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”.

Como hemos visto en el párrafo anterior la ley autoriza el retiro de la alimentación y la hidratación en dos supuestos: cuando “sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado”, y cuando “los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”. Por eso, después de especificar quiénes son los pacientes que se encuentran en un EVP, analizaremos su situación desde la perspectiva de los dos supuestos antes mencionados.

<sup>8</sup> L. SILVA ZAMBRANO, en *Nota de opinión del diario Río Negro*: <http://www.rionegro.com.ar/diario/vida-digna-muerte-digna-933725-9539-nota.aspx>.

### Estado vegetativo persistente (EVP)

Los pacientes en EVP son aquellos a los cuales se les reconoce que han salido del coma, presentan un ciclo de sueño-vigilia pero no muestran evidencias clínicas de interacción cognitiva con el medio ambiente ni consigo mismos, que presentan la función cardiorrespiratoria preservada y con función parcial o completa del hipotálamo y de las funciones vegetativas del tallo cerebral.

Las principales características clínicas de estos pacientes son que presentan períodos prolongados de alerta sin evidencia de intensión en las respuestas, aunque pueden presentar respuestas reflejas y alejarse de estímulos dolorosos; presentan movimientos oculares, pero sin fijar la mirada, y en caso de que lo hagan, será por breve tiempo y sin un aparente objetivo; no responden a órdenes verbales; pueden gruñir, emitir sonidos, parpadear, masticar, girar la cabeza, sonreír en forma refleja y llorar; la función gastrointestinal está presente y hay incontinencia urinaria y fecal<sup>9</sup>.

Estas actividades de las personas en EVP nos muestran que son personas gravemente discapacitadas, pero que de ninguna manera pueden ser consideradas un cuerpo abandonado que “vegeta” como el nombre pareciera insinuar creando confusión en la gran mayoría de las personas que se ven interpeladas por la situación de estos pacientes. Es más, con el avance de las tecnologías utilizadas para diagnósticos, los neurocientíficos han descubierto actividades de la conciencia en pacientes en EVP: con el uso de la RMN-f (resonancia magnética funcional) se han visto en algunos pacientes activaciones de islas de corteza cerebral en momentos determinados, por ejemplo, cuando se les pedía que imaginaran hacer alguna actividad determinada. También se han evidenciado actividades de conciencia emotiva mediante el registro de parámetros fisiológicos (como por ejemplo las variables del ritmo cardíaco) que han mostrado variaciones durante la estimulación guiada de determinadas emociones<sup>10</sup>.

*-1º supuesto de la ley:*

“Cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado”.

Para comprender este punto es menester dejar sentado qué entendemos por proporcionado/desproporcionado y ordinario/extraordinario, conscientes de que para hacer una valoración ética del uso de los distintos medios de conservación de la vida, como son la alimentación y la hidratación suministrados artificialmente, es fundamental el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y que sea ésta la que oriente hacia la obligatoriedad de su uso o rechazo: *es buscando el bien integral de la persona que cada medio debe ser evaluado. Así se podrá encontrar la respuesta moral más adecuada según los problemas reales de la persona.*

<sup>9</sup> Cf. V. MONTIEL BOEHRINGER, *Retirar la alimentación e hidratación. Problema bioético en el paciente en Estado Vegetativo Permanente*, If Press, Morolo, 2008, 20-21.

<sup>10</sup> Cf. G. DOLCE - M. QUINTIERI, *L'evoluzione dello...*, ob. cit., 25-26.

Los medios de conservación de la vida pueden ser terapéuticos, diagnósticos, de cuidados normales, es decir, de asistencia al enfermo en sus necesidades básicas, como ser la hidratación y alimentación, la higiene o pequeñas maniobras médicas; pueden ser medios naturales (que son los que también necesitan las personas sanas), como ser el alimento, la bebida y el reposo; o medios artificiales, como ser los medicamentos.

Para hacer una valoración ética del uso de estos medios en las situaciones concretas de cada persona individual, es necesario fundar el juicio partiendo de la evaluación de la proporcionalidad o desproporcionalidad y continuando con la evaluación de su calidad de ordinario o extraordinario del medio propuesto, para finalizar en la adecuación ética del uso de dicho medio<sup>11</sup>. La valoración sobre la proporcionalidad de estos medios tiene en cuenta la objetividad del medio en sí y generalmente proviene de la evaluación que hace el médico y su equipo de salud. Se refiere al tratamiento en relación con la capacidad de alcanzar determinado objetivo, ya sea de salud o de sostenimiento vital para el paciente. Hay algunos medios de sostenimiento de vida, como ser la asunción o administración de la alimentación e hidratación, que siempre serán considerados medios proporcionados, en la medida en que conserven su capacidad de cumplir su finalidad que es la de nutrir e hidratar al paciente, dándole las sustancias necesarias para su mantenimiento vital.

Para considerar un tratamiento médico proporcionado debemos comprobar que sea adecuado a la situación clínica del paciente y que estén dadas algunas condiciones, como ser que se cuente con la concreta disponibilidad del tratamiento o sea de fácil acceso, que se cuente con la capacidad técnica necesaria para implementarlo adecuadamente, que se espere una eficacia médica real teniendo en cuenta los efectos secundarios y los riesgos que puedan preverse para la salud o la vida del paciente, que exista la posibilidad de recurrir a otros tratamientos que tengan una eficacia similar y se consideren, también, los recursos sanitarios (económicos) con los cuales se cuenta.

En cambio, consideraremos a un medio desproporcionado, cuando se trate de una intervención que alcanza un cierto beneficio pero en grado no suficiente para aceptar los efectos secundarios, o cuando no se pueda alcanzar ningún beneficio, o cuando el medio sea nocivo para el paciente. Por eso, el utilizzo de medios desproporcionados será siempre moralmente ilícito, con la única excepción de tratarse del primer caso, es decir, cuando el tratamiento sea bueno, pero no suficiente y el paciente tenga grandes deberes que cumplir, siempre que el tratamiento esté disponible y no afecte la justicia distributiva, en cuanto que utilice recursos sanitarios necesarios para otros pacientes con mayor necesidad.

Por otro lado, para considerar ordinario un medio de sostenimiento de vida, es necesario considerar la situación particular del paciente. Podemos decir que contrariamente a lo que ocurre en la proporcionalidad, lo ordinario es subjetivo, es decir, que dice en relación de cada persona en particular y varía de un paciente a otro: aquello que es ordinario para uno, podría no serlo para otro, así como tampoco para

<sup>11</sup> Seguimos a M. CALIPARI, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, San Paolo, Torino, 2006, 147-168.

la misma persona en otra situación clínica. Por eso, su declaración le compete al mismo paciente.

Todavía, teniendo en cuenta los valores que están en juego –la vida física–, podemos decir que se parte de la presunción de ordinariadad del medio empleado hasta el eventual momento en que en una situación clínica dada aparezcan aspectos que representen para el paciente un factor real que lo haga extraordinario. Un elemento que podría comportar extraordinariadad es que el paciente sufra una imposibilidad física o moral para dicho uso. Esta imposibilidad puede deberse al esfuerzo excesivo para conseguir la terapia o para usar el medio, experimentar un dolor físico que no sea capaz de soportarlo y que no haya posibilidad de disminuirlo, que los costos económicos sean demasiado gravosos para el enfermo o su núcleo familiar, que presente mucho miedo o una fuerte repugnancia al uso de ese medio, que haya una alta probabilidad de gran riesgo para la vida o la salud, que el tratamiento posea una tasa de eficacia global baja en relación con los bienes esperados por el paciente, o que las consecuencias clínicas posteriores al tratamiento impidan al paciente el cumplimiento de deberes morales más graves.

A la luz de las explicaciones precedentes, deducimos que un medio proporcionado no puede jamás ser considerado ilícito, por lo que su uso es moralmente obligatorio o facultativo: si es proporcionado y ordinario, será obligatorio; si es proporcionado y extraordinario, es facultativo a menos que existan situaciones personales del paciente, como la necesidad de cumplir con deberes de caridad o justicia que podrían hacer obligatorio su uso. Por el contrario, si el medio es desproporcionado, siempre será ilícita su implementación, aunque sea considerado ordinario para el paciente.

*-2° supuesto de la ley:*

“Cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable”.

Si bien algunos pacientes que se encuentran en EVP pueden alcanzar un estadio terminal, este no es el estado habitual ya que está la posibilidad de que el paciente viva muchos años después del trauma que lo llevó a ese estado. De hecho, en la mayoría de estos pacientes la muerte ocurre a causa de infecciones pulmonares y de vías urinarias (52%), de insuficiencias sistémicas (30%), de muerte súbita (9%) o de insuficiencia respiratoria (6%)<sup>12</sup>, pero no directamente a causa del estado vegetativo.

Es importante, además, llamar la atención sobre lo incorrecto que es denominar a este síndrome estado vegetativo “permanente”, al que nosotros hemos optado por llamar “persistente”, ya que el médico no cuenta con la absoluta seguridad de que este cuadro no pueda revertirse<sup>13</sup>. A este respecto es importantísimo tener en cuenta el avance que están haciendo las neurociencias y que generan grandes ex-

<sup>12</sup> Cf. V. MONTIEL BOEHRINGER, *Retirar la alimentación e hidratación...*, ob. cit., 24.

<sup>13</sup> Es conocido el caso de Salvatore Crisafulli, que se está recuperando y ha fundado una ONG para luchar por el derecho a la vida de las personas que se encuentran en su mismo estado. Ver <http://www.salvatorecrisafulli.it/>.

pectativas entre los enfermos neurológicos y que muchos de los considerados en EVP, en realidad, se encuentran en un estado de mínima conciencia o sufriendo del síndrome del prisionero, gracias al cual el paciente entiende todo lo que pasa a su alrededor, pero a pesar de sus esfuerzos no logra comunicar y se siente “prisionero” en su propio cuerpo.

### **A modo de conclusión**

Después de haber analizado los supuestos en los cuales la ley, a veces injustamente, permite el retiro de la alimentación e hidratación a enfermos que lo requieran, podemos concluir que los pacientes que se encuentran en EVP no son contemplados en ellos, ya que, como hemos probado, la alimentación e hidratación no son tratamientos extraordinarios ni son éstos enfermos terminales. Al igual que el Comité Nacional de Bioética italiano<sup>14</sup>, entendemos que el problema bioético central en relación con los pacientes en EVP es encontrarse en estado de permanente dependencia de los otros ya que para sobrevivir necesitan de las mismas cosas que el resto de las personas pero que no se encuentran en grado de adquirirlas o asumirlas por sí mismos: alimentos, agua, movimientos e higiene. Como vemos, estos pacientes no requieren de tecnología sofisticada, sino de un grado mayor de atención que no podríamos llamar exactamente una terapia y que, aunque hayan requerido de una pequeña intervención inicial, no se puede considerar un acto médico, por ser realizado cotidianamente y supervisado por los familiares o personas a cargo. Por eso, la nutrición y la hidratación, aunque sean otorgados de manera artificial, deben ser consideradas medios proporcionados y ordinarios de sostenimiento de vida, y por lo tanto actos éticamente debidos, en cuanto que son indispensables para mantener las condiciones fisiológicas básicas para vivir, garantizando la sobrevivencia, quitando los síntomas de hambre y sed, reduciendo los riesgos de infecciones debidas a déficit nutricionales y a la inmovilidad.

Si bien existen algunos casos en los cuales la hidratación y alimentación puedan constituirse en un medio de sostenimiento de vida extraordinario, cuando el paciente haya perdido la capacidad de asimilarlo por un estado clínico de intolerancia, cuadro que nunca es debido específicamente al EVP, sino a otra patología asociada, “en la medida en que el organismo tenga un beneficio objetivo, la nutrición e hidratación artificiales constituyen formas básicas de asistencia ordinaria y proporcionada (eficaz, no costosa en términos económicos, de fácil acceso y practicidad, no requieren de maquinarias sofisticadas y siendo, en general, bien toleradas). La suspensión de tales prácticas debe ser valorada no como una debida interrupción de un ensañamiento terapéutico, sino más bien como una forma, desde un punto de vista humano y simbólico particularmente cruel, de ‘abandono’ del enfermo”<sup>15</sup>, constituyéndose en una verdadera eutanasia.

<sup>14</sup> Cf. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*. Testo approvato nella seduta plenaria del 30 settembre 2005. Disponible en <http://www.governo.it/bioetica/testi/peg.pdf> [8-8-12].

<sup>15</sup> Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica, *L'alimentazione e l'idratazione...*, ob. cit., 3.

