

Cruz, Florencia María de Lourdes

La dignidad humana, en el fin de la vida

Documento inédito

Cátedra: Derechos y Garantías Constitucionales

Dr. Acevedo Miño, Martín ; Dra. Keller, Sofia

Facultad “Teresa de Ávila”. Departamento de Derecho

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:

Cruz, F. M. de L. (2016). La dignidad humana, en el fin de la vida [en línea] Documento inédito. .Universidad Católica Argentina. Facultad “Teresa de Ávila”. Departamento de Derecho. . Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/dignidad-humana-fin-vida-cruz.pdf> [Fecha de consulta: ...]



Pontificia Universidad Católica Argentina
"Santa María de los Buenos Aires"
Facultad "Teresa de Ávila"

Asignatura: Derechos y Garantías Constitucionales

Tema: La dignidad humana, en el fin de la vida.

Profesores: Acevedo Miño, Martín
Keller, Sofía

Alumna: Cruz, Florencia María de Lourdes

La dignidad humana, en el fin de la vida.

Introducción:

En el otro extremo de la existencia, el hombre se encuentra ante el misterio de la muerte. Más aun en la actualidad, donde debido a los progresos de la medicina y a un contexto cultural cerrado a la trascendencia, la experiencia de la muerte se presenta con ciertas características nuevas, como por ejemplo, el hecho de que prevalece la tendencia a apreciar la vida sólo en la medida en que da placer y bienestar, y el sufrimiento aparece como una amenaza insoportable, de la que es preciso librarse a toda costa.

Entonces se puede observar que la muerte es considerada “absurda” cuando interrumpe por sorpresa una vida todavía abierta a un futuro lleno de experiencias interesantes, o se convierte en una “liberación” cuando se considera a la vida carente de sentido por estar sumida en el dolor o condenada al sufrimiento posterior de una enfermedad.¹

Hoy en día, mediante sistemas y aparatos extremadamente sofisticados, la ciencia y la práctica médica son capaces no sólo de resolver casos antes sin solución y de mitigar o eliminar el dolor, sino también de sostener y prolongar la vida incluso en situaciones de extrema debilidad, de reanimar artificialmente a personas que perdieron de modo repentino sus funciones biológicas elementales, de intervenir con objeto de disponer, en cualquier momento, de órganos para ser trasplantados.

En similar contexto, es cada vez más fuerte la tentación de la eutanasia, es decir de dominar la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo de este modo fin “dulcemente” a la propia vida o a la de los otros.

Mediante algunas citas de Juan Pablo II - canonizado desde el año 2014 - podemos ver la dramática realidad con la cual la cultura de la muerte amenaza el final de la vida humana, despreciándola, instrumentándola o matándola cuando ella es carente de “calidad” y “vitalidad”.

¹ Pontífice Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. N° 64: « Yo doy la muerte y doy la vida » (Dt 32, 39): *el drama de la eutanasia*.

Por todo lo antedicho, mi idea es intentar desarrollar el tema del fin de la vida y la dignidad humana aún en sus últimos instantes, la postura adoptada por el Derecho y la visión de la Iglesia Católica, es decir, considerando los aspectos bioéticos y jurídicos.

Además trataré conceptos vinculados, como lo son: eutanasia, muerte digna, ensañamiento terapéutico, suicidio asistido, cuidados paliativos.

Desarrollo:

1- CONSIDERACIONES GENERALES Y LEGALES ACERCA DE LA CONSTATACIÓN DE LA MUERTE:

La muerte es el evento que determina el fin de la vida de los seres humanos, y por ello ha sido desde siempre el centro de debates entre diversos pensamientos y posturas antropológicas y culturales. Así mismo, su reconocimiento y la búsqueda de signos inequívocos para certificarla han ido variando a través del tiempo, de acuerdo a las distintas culturas y avances tecnológicos o científicos que se hayan desarrollado².

En la antigüedad se empleaba la técnica de la putrefacción del cadáver para demostrar la muerte; luego, en 1814, con la aparición del estetoscopio se dejó de lado la técnica anterior y se tomaron el cese del latido cardíaco y el paro respiratorio como pautas para constatar la muerte.

Posteriormente, a mediados del siglo XX, comenzaron a surgir las tecnologías biomédicas y la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard elaboró una definición de “muerte” basado en la irreversibilidad del daño cerebral. Siguiendo esta línea, en 1981, la Comisión para el estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica de Estados Unidos elaboró un estatuto donde se definieron los criterios - cardiocirculatorios como neurológicos - para certificar la muerte. Criterios que han sido reconocidos internacionalmente y adoptados por nuestro país.

Según la Real Academia Española la *muerte* es “la cesación o término de la vida”, y también define a la “buena muerte” como aquella que los cristianos consideran “sobreviene en estado de gracia”.

El artículo 93 de nuestro Código Civil y Comercial establece que “la existencia de la persona humana termina por su muerte”, de este modo, de manera clara, sencilla y elocuente, dispone que el fin de la existencia de la persona humana se produce con el acaecimiento de la muerte. También quita toda referencia a la muerte “natural”, ya que el fin de la existencia de la persona humana sucede con total independencia de cuál haya sido la principal causa del deceso: si muerte natural, un accidente o un hecho violento. Así, es la

² Cfr. BASSO, Domingo. “Sobre la Dignidad del Hombre”. Buenos Aires. 1993. Edit. Depalma.

muerte - cualquiera sea su causa - lo que le interesa al derecho civil como hecho extintivo de la persona, y consigo, de la personalidad. Ello se establece de manera precisa en la disposición en análisis.

En otras palabras, con la muerte se produce el fin de la existencia de la persona humana y pasa a ser considerado un cadáver; ostentando otra naturaleza y otras consecuencias jurídicas.

Concordantemente, el artículo 94 del Código Civil y Comercial establece que su comprobación “queda sujeta a los estándares médicos aceptados”. Debido a que la muerte es un hecho biológico de carácter gradual, es decir, que no acontece en un momento determinado sino que reconoce diferentes connotaciones y etapas, la cuestión de su comprobación tiene suma relevancia. Por lo tanto, establecer cuándo o en qué momento de todo ese proceso se produce la muerte, desde el punto de vista jurídico, es una de las principales consideraciones que la ley manda a desentrañar.

Es por eso que el Código adopta una regulación flexible al disponer que la comprobación de la muerte queda sujeta a estándares médicos aceptados que pueden ir variando en el tiempo.

Además, para mantener unidad en la determinación y comprobación de la muerte, de manera expresa se remite a los estándares médicos que prevé la legislación especializada, es decir, la referida a los trasplantes de órganos cadavéricos, ya que ello es posible solo después de producida la muerte. De este modo se tiene en cuenta la Ley de Trasplante de Órganos, regulada en la ley 24.193 de 1993, modificada por las leyes 25.281 y 26.066.

En este sentido, se puede observar como el artículo 23 de la vigente Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos complementa al Código estableciendo las pautas que deben verificarse para declarar el fallecimiento de una persona.

“Artículo 23º - El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta:

- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia;*
- b) Ausencia de respiración espontánea;*
- c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;*
- d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de*

Salud y Ambiente con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

La verificación de los signos referidos en el inciso d) no será necesaria en caso de paro cardiorespiratorio total e irreversible.”

También están en vigencia normativas médicas que complementan esta Ley. Las actuales están volcadas en el Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos, aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 34/98) del 20 de marzo de 1998, y puesto en vigencia a través de su publicación en el Boletín Oficial el 26 marzo del mismo año.

Dicho protocolo fue elaborado por una comisión de especialistas en neurología y en terapia intensiva, formada en el Incucaí (Instituto Nacional Central Único de Ablación e Implante) para tal fin. En él se detalla puntualmente la metodología a implementar para la certificación del fallecimiento. Todas las normativas vigentes en este sentido en nuestro país están de acuerdo a las internacionales en la materia.

También es de interés conocer la Ley de Derechos del Paciente, sancionada en octubre de 2009. Se trata de una compleja norma, conformada por 25 artículos, que aborda importantes temas de la bioética, entre ellos: el vínculo del paciente con los profesionales e instituciones de la salud, la historia clínica y el consentimiento informado.

Explícitamente, esta ley dispone la exclusión de la eutanasia al establecer en su artículo 11 que “Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”. En este caso podemos observar como la nueva ley pone énfasis en la autonomía de la voluntad mediante las *directivas anticipadas* y el *consentimiento informado*³, pero también debería considerarse que en estos casos no sólo son importantes los derechos del paciente, sino que debería dársele primacía a la relación de confianza

³ MARTINEZ, Walter Fabián. Artículo: *Análisis de la nueva ley sobre derechos del paciente, Consentimiento Informado e Historia Clínica.*

médico-paciente y a las responsabilidades en el cuidado de la vida que le corresponden a cada uno.

Desde otra mirada, y debido a que el vocablo eutanasia tiene una notoria ambigüedad semántica, debe aclararse que en el régimen penal de nuestro país se entiende por tal a “la anticipación intencional de la muerte de otro en su propio interés o, al menos, sin perjuicio para él”⁴. De este modo, y más allá de las distinciones que realiza la Bioética contemporánea, quedan incluidas dentro del sistema punitivo las modalidades de eutanasia denominadas “resolutivas”, debido a que inciden en el curso vital del agente afectado, conocidas como eutanasia activa (directa o indirecta) y eutanasia pasiva, incluyendo la moderna *adistanasia*, consistente en el retiro o abstención de los medios artificiales de reanimación.

Acorde a lo antedicho, y considerando que el derecho argentino no contempla la posibilidad de un obrar eutanásico lícito, podemos apreciar como el Código Penal contempla la figura de la ayuda al suicidio y, en su artículo 83, sanciona con uno a cuatro años de prisión “al que instigare a otro al suicidio o lo ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado”. En esta fórmula quedan previstas y penadas diversas modalidades de abreviación intencional del curso vital, sin perjuicio de lo diverso y diferente que pueda ser el significado de unas u otras conductas.

1.1- El hombre y la muerte a lo largo de la historia⁵:

Las actitudes ante la muerte han ido variando en nuestra cultura occidental a través de los siglos. Dada la extensión del tema, la perspectiva se centra en la Edad Media y en el siglo XIX, dos épocas en las que se dieron las transformaciones más importantes respecto al tema y, además, fueron las que posteriormente estructuraron la mirada actual que tenemos respecto al hecho de morir.

- En la *Edad Media* la muerte era percibida como algo cercano y familiar, y como se admitían las leyes de la naturaleza, era considerada una de éstas, siendo aceptada con humildad. Se producía por lo general dentro del entorno cercano, y siendo el

⁴ SOLER, Sebastián. Derecho Penal Argentino. Buenos Aires. 1993. Tipográfica Editora Argentina (tea).

⁵ MONGE, Fernando. ¿Eutanasia?: sentido de la vida, del dolor y de la muerte. “*Itinerario histórico y legislativo*” Madrid, 1989. Edit. Palabra.

último acto social de la persona, se llevaban a cabo determinados rituales y formas concretas de acompañar a los muertos (las exequias).

- En el *siglo XIX*, en cambio, la muerte se convierte en algo lejano, ya que las personas enfermas desconocían la gravedad de su situación para no quedar afectadas sensiblemente. De igual modo el entorno en el que se producía la muerte era cercano, familiar, pero la diferencia radica en el modo en que lo toman los que rodean al fallecido, pues se sienten turbados, lloran y demuestran gran dolor y no aceptan la situación.
- *Actualmente*, somos conscientes de la muerte pero la excluimos de nuestra vida diaria, la ocultamos como si se tratase de algo sucio y vergonzoso. Por lo cual, muchas veces se produce en hospitales o en el hogar, mediante actos reservados sólo para la familia de primer grado; y las costumbres sobre los ritos funerarios quedan en manos de empresas especializadas en ello.

2- MUERTE Y PERSONA HUMANA:

Al tratar la constatación de la muerte, debemos referirnos al concepto del hombre como persona, y considerar en particular la situación del diagnóstico de muerte de pacientes con tratamientos intensivos, muerte asistida, muerte intervenida, que plantean la necesidad de tomar decisiones que tienen fundamento no sólo científico, sino ético y antropológico.

El coma profundo y los denominados estados vegetativos, requieren tratamiento, ya que el paciente no está muerto sino que es un cuadro clínico intermedio con coma inicial, puede haber pérdida de funciones cerebrales superiores, pero sigue habiendo funcionamiento del tronco encefálico. El caso paradigmático fue el de Karen Quinlan en 1975⁶, en el cual la familia y la justicia debieron tomar decisiones tomando como punto de partida el tema de los tratamientos ordinarios o extraordinarios contenidos en la disertación de 1957 de S.S. Pío XII.

Los Quinlan, pertenecientes a una familia católica de origen irlandés que residía en Nueva Jersey, fueron asesorados por su asistente espiritual y confesor y por el Obispo. El argumento ético y legal para mantener solamente tratamientos ordinarios llegó hasta la Suprema Corte de los EE.UU. que definió la posibilidad de retirar terapias de apoyo y

⁶ BASTERRA, Francisco G. "Falleció Karen Quinlan, tras permanecer 10 años en estado de coma profundo", ver en: http://elpais.com/diario/1985/06/13/sociedad/487461609_850215.html. (13 de julio de 1985).

sostén, manteniendo criterios ordinarios o proporcionados de atención. Autorizada esta medida, la joven fue retirada del sector hospitalario de enfermos agudos y vivió algunos años más en un hospital de crónicos. Fue un antecedente judicial, apoyado en una interpretación ético-médica de la situación, que sentó jurisprudencia prudente y antecedente médico sobre las medidas extraordinarias de tratamiento de acuerdo al paciente, lugar y tiempo y, por otra parte, contra el abandono del enfermo y eutanasia por omisión.

Precisamente, el Estado Vegetativo Prolongado tiene preservada la función respiratoria, pudiendo haber un despertar y reversibilidad de la condición en la cual se encuentra, vivir unos meses o años y morir por alguna situación posterior. Son los casos clínicos más complicados para tomar decisiones, ya sea para continuar tratamientos de sostén, tratamientos ordinarios, o para suspenderlos y esperar la respuesta, que en muchos casos es la muerte. En estas situaciones complejas, la decisión asistencial no sólo deriva de criterios científicos, sino de dos maneras de considerar los datos neurológicos basados en dos antropologías diferentes que fundamentan la existencia de la persona humana.

Según la forma en que se interprete, si el paciente es persona humana o ha dejado de serlo, serán las actitudes médicas que entran en conflicto.

Ante esta disyuntiva, la Academia Pontificia para la Vida⁷ estableció pautas importantes para el conocimiento de los médicos, especialmente para quienes actúan en Terapia Intensiva. Dichas orientaciones afirman:

- El paciente en estado vegetativo es persona humana, por lo cual tiene derecho al pleno respeto de sus derechos, el primero de los cuales es el derecho a la vida y a la tutela de la salud.
- La situación exige la valoración correcta y profunda del diagnóstico, con el fin de evitar posibles errores en la decisión.
- Debe mantenerse una asistencia que abarque hidratación, alimentación, calefacción e higiene.
- Se debe estar atento para la prevención de posibles complicaciones y el control de cualquier signo de recuperación.
- Tiene derecho a un adecuado proceso de rehabilitación.

⁷ Ver en:

http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_pro_20051996_sp.html

La discusión acerca de la abstención y/o retiro de tratamientos de sostén en estos casos clínicos, establece diferencias radicales entre quienes consideran que el paciente tiene vida y debe seguir siendo tratado y lo que sostienen otros médicos, que optarían por el retiro de los medios ordinarios (Eutanasia Pasiva).

Se consideran “medios ordinarios” a la hidratación por boca o endovenosa, alimentación por sonda gástrica, aspiración de secreciones, rotación en la cama, confort. El retiro de estos medios ordinarios implica *eutanasia*., y los ejemplos de estas situaciones dramáticas han sido conocidos a través de casos que han trascendido por los medios de difusión, y han generado grandes debates en los últimos años. Es un tema tratado muchas veces con ligereza, desconocimiento médico, imprudencia e irresponsabilidad, tanto por el periodismo como por políticos presuntamente progresistas.

Para algunas corrientes médicas de pensamiento, existe la creencia errónea de que cuando la conciencia queda abolida totalmente, como es el caso del estado vegetativo, la persona deja de existir, desaparece, sólo queda vivo el cuerpo biológico que la albergó. Esta forma de pensar parte de una perspectiva biologicista exclusiva. Es una interpretación filosófica que influye en criterios médicos, aunque muchos profesionales lo ignoren. Lo contrario a esta postura es la interpretación ontológica o metafísica, que sostiene la trascendencia de la vida humana más allá de la muerte. Son dos antropologías en pugna vigente, no sólo en las circunstancias actuales, sino a lo largo de la historia de la humanidad.

2.1- La vida, Don de Dios.

La muerte de algún ser querido o cercano, es algo que nos enfrenta con la realidad de la finitud de la persona y principalmente con nuestra propia finitud. Esto es difícilmente soportable, sobre todo si se trata del primer “encuentro” con esa idea. Luego, para los creyentes, aparece la concientización de la posibilidad de trascender o de alcanzar otra vida futura al lado de Dios. Precisamente, la idea de una vida después de la muerte y de la existencia del Cielo nos lleva al consuelo y a darle sentido a la vida en este mundo.

El miedo a la muerte es universal y todos los filósofos han intentado explicar la finalidad de la vida, su sentido, y han pensado sobre que nos depara la muerte, aunque nadie, si no es por la Fe, puede encontrar una respuesta.

La Iglesia Católica nos enseña que la vida del hombre es un don de Dios, y nosotros somos simples depositarios y no propietarios. Por lo tanto el hombre no tiene derecho ni a matar ni a matarse, ya que siempre se atenta contra los derechos soberanos de Dios; y por su parte, el suicida - más allá de su decisión personal - priva a la sociedad de uno de sus miembros.

La Iglesia sigue a Santo Tomás al decir “...*el que alguien se dé muerte es contrario a la inclinación natural y a la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo; de ahí que el suicidarse sea siempre pecado mortal, por ir contra la ley natural y la caridad*” y “*porque cada parte, en cuanto tal, es algo del todo; y un hombre cualquiera es parte de la comunidad y, por lo tanto, todo lo que él es pertenece a la sociedad; por ende, el que se suicida hace injuria a la comunidad*”⁸.

Por su parte, San Agustín escribe con sorprendente actualidad: “*No es lícito matar a otro, aunque éste se lo pida y lo quiera y no pueda ya vivir... para librar con un golpe el alma, de aquellos dolores, que luchaba con las ligaduras del cuerpo y quería desasirse*” (Epístola 204,5)⁹.

Las influencias racionalistas y materialistas de Hegel, Engels, Marx, Nietzsche, Garófalo y otros, han influido en la medicina, la filosofía, la ética y también en la visión jurídica, llevando a muchos a pensar que “hay vidas sin valor o que no merecen ser vividas”. De este modo, la sociedad se ve absorta en una postura de no querer soportar cargas inútiles, y por ende, el que molesta o no produce debe desaparecer y ante ello surge una plausible solución: la *eutanasia*.

2.2- El enfermo terminal, la dignidad del sufrimiento y la muerte humana¹⁰

Sufrir y morir son dos procesos tan naturales e inevitables para cualquier persona. El sufrimiento físico, psíquico o moral nos acompaña durante toda la vida, y el saber que un día moriremos es una de las pocas cosas en las que todo el mundo está de acuerdo.

La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. Vivir y morir forman parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir. Se

⁸ AQUINO, Santo Tomás, *Suma Teológica* III, Parte II-II a, C.64 a.5.

⁹ Ver en: http://www.augustinus.it/spagnolo/lettere/lettera_210_testo.htm

¹⁰ Cfr.: POLLARD, Brian. *Eutanasia ¿Debemos matar a los enfermos terminales?* Versión española de Temes Adela. Madrid, 1991. Ediciones Rialp, S.A.

considera a la muerte como una situación límite íntimamente relacionada con la trayectoria biográfica personal y las actitudes ante la vida que haya tenido cada uno.

Ante esta realidad sólo hay dos posturas: una que consiste en huir del sufrimiento evitándolo por todos los medios posibles y a costa de lo que sea, considerando a la muerte como algo absurdo e injusto que nos acontece a todos tarde o temprano porque aún no se han resuelto la curación de todas las enfermedades, accidentes, envejecimiento, etc. que nos conducen inevitablemente a la muerte; que lamentablemente es la más difundida en el mundo occidental. Esta posición no entiende por qué tenemos que morir, ni para qué sirve el sufrimiento y, por tanto, dedica sus esfuerzos a prolongar las vidas y reducir los dolores. Sin embargo, siguiendo esta lógica, cuando la vida ofrece un panorama de sufrimientos intensos (e inevitables) es preferible morir, suicidándose o autorizando a los médicos a que le quiten la vida al enfermo del modo más indoloro posible. De este modo se justifican prácticas como el suicidio asistido o la eutanasia.

Frente a esta postura hay otra - propia del mundo oriental - que considera el sufrir y el morir como dos facetas más de la vida humana, que si son bien entendidas y asumidas, ayudan al hombre a ser más digno, valeroso, paciente, comprensivo, en definitiva, más humano.

La solución para aceptar dignamente el sufrimiento y la muerte puede ser plantear una buena educación desde la niñez, enseñando a los niños a que sean capaces de aguantar con valentía los pequeños sufrimientos y contrariedades, evitando sólo buscar el placer y la comodidad a cambio del mínimo esfuerzo, y sintiéndose orgullosos de sacrificarse, ser constantes, y así aceptar la muerte como una realidad natural.

Estas actitudes marcarán sus vivencias y orientarán el comportamiento que se manifiesta en la denominada “fase terminal”. Más aún, si el sufrimiento y la muerte tienen relevancia en una época como la nuestra, donde la tecnología y la ciencia han avanzado y ocupado un lugar central, tanto que convertimos los hospitales, las casas velatorias y los cementerios en lugares tétricos y funestos, lo cual no hace otra cosa que deshumanizarnos de a poco, mitigando nuestra voluntad con todos los placeres y comodidades que nos ofrece la sociedad de consumo, e impidiendo que le encontremos sentido al sufrimiento y a la muerte, como algo natural o, incluso, como el camino para trascender.

Pero, ¿qué se entiende por *enfermo terminal*? Esto varía según el criterio de cada autor. Para algunos es aquella persona que se enfrenta a una muerte inexorable en breve plazo; para otros, refiere a quien se encuentra en la fase terminal del cáncer, cuando se les ha diagnosticado con exactitud, la muerte no es algo lejano y el esfuerzo médico pasa de ser curativo a paliativo; otros, en cambio, consideran que es la persona que atraviesa el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas, para las cuales se han agotado los remedios disponibles.

En sí, las enfermedades que frecuentemente conducen a este estadio terminal son:

- Cáncer;
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central;
- Cirrosis hepática;
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC);
- Arteriosclerosis.

La atención al enfermo en esta fase terminal constituye una de las funciones más importantes e ineludibles del personal médico, que inicia un nuevo tipo de asistencia, cuya meta ya no es liberar al paciente de su enfermedad, sino ayudarlo a morir en paz o, más bien, a vivir dignamente hasta que le llegue la muerte.

3- CONSIDERACIONES BIOÉTICAS SOBRE EL FIN DE LA VIDA:

Desde la óptica de la ética natural el respeto a la vida humana es uno de los fundamentos de la convivencia social; pero si no aceptamos el carácter sagrado de la vida y no la respetamos en todas sus manifestaciones, la sociedad se convertirá en el juez supremo de la vida y decidirá cuáles vidas merecen ser vividas y cuáles no.

El filósofo N. Abbagnano afirmaba: “Estoy en contra de la vida artificial... y de la muerte artificial. Y para entender y afirmar que ninguno puede ser dueño de la vida ajena, no es necesario recurrir a reflexiones teológicas o de carácter religioso. El *no matarás* es uno de

los ejes sobre los que se asienta la vida singular y colectiva, es una ley inscrita en el corazón de cada hombre”.¹¹

Muchas personas piensan que se puede vivir sin plantearse la trascendencia de la vida, ignorando teórica o prácticamente todo lo que no sea ciencia positiva o tecnológica; pero en los momentos cruciales, como la enfermedad o la muerte, terminan por darse cuenta que su planteamiento frente a la vida no tiene sustento, y allí surge la tentación de buscar atajos a cualquier precio, intentando aplicar las técnicas mencionadas a continuación.

3.1- Eutanasia.

Esta palabra deriva del latín “euthanasia” - “eu”, bien/buena y “thanatos”, muerte - que significa *buena muerte*, muerte natural y serena, aceptada con tranquilidad, sin rebeliones, sin amarguras ni angustias, sin pesadumbre ni remordimientos, es decir “*en paz con uno mismo, con Dios y con el prójimo*”¹².

Fue creada por Francisco Bacon (1561-1626) en el año 1605, con la cual quería designar el empeño en ayudar al moribundo, con todos los medios capaces de hacerlo, evitando las angustias de los últimos momentos de la vida y llegada la hora de la muerte, que ésta sea calma y tranquila.

Este término conservaría su sentido original aproximadamente hasta fines del siglo XIX, tomando luego uno nuevo: lograr la muerte dulce, pero poniendo fin deliberadamente a la vida del enfermo. Significado que predomina actualmente en la cultura occidental.

Teniendo esta idea como punto de partida, encontramos similares definiciones surgidas de distintas fuentes, a saber:

- *Real Academia Española*: “Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura. Muerte sin sufrimiento físico”;

¹¹ ABBAGNANO N., “*Avvenire*”, Milán, 1984. Es un filósofo existencialista, que sin basarse en argumentos de la fe cristiana - sino en reflexiones obtenidas a partir de la razón natural -, también llega a conclusiones que defienden el carácter inviolable de la vida humana.

¹² CARRASCO DE PAULA, Ignacio. Artículo sobre “*Eutanasia*”. Obispo español, encargado de la Curia Romana y Presidente de la Pontificia Academia para la Vida.

- *Enciclopedia Visor*: “Acción de acortar voluntariamente la vida de quien, sufriendo una enfermedad incurable, lo solicita para poner fin a sus sufrimientos físicos”;
- *Catecismo de la Iglesia Católica*: “Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas, y es moralmente inaceptable”;
- *Papa Juan Pablo II*: es “una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.¹³
- *Waded, Gerbec y Delgado*: es “la muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre abundantemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean éstas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera deliberada por el personal sanitario o, al menos, con su ayuda, mediante fármacos o por la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se valora como ya no digna de ser vivida”.¹⁴

Concretamente, la eutanasia supone la interrupción de la vida de una persona, propiciada por ella misma o por terceros que deciden por ella, atendiendo a circunstancias que se consideran clínicamente terminales o irreversibles y que condicionan de modo extremo la calidad de vida presente y futura.¹⁵

Pero para que exista verdadera eutanasia se deben concretar ciertos requisitos:

- Incurabilidad de la enfermedad o certeza de la muerte;
- Consentimiento de la víctima libremente prestado;
- Honestidad en quien accede a realizar el procedimiento.

¹³ Pontífice Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. N° 65: « *Yo doy la muerte y doy la vida* » (Dt 32, 39): *el drama de la eutanasia*.

¹⁴ WADED B. Quintar, GERBEC Liliana, DELGADO Marcela, “Eutanasia: un problema moral”, Bioética & Derecho. Conferencias y ponencias: primeras jornadas de Derecho Natural. Argentina 1999. Universidad Católica de Cuyo.

¹⁵ La decisión de suspender el soporte vital que se realiza en el marco indicado “no es contraria a la ética ni al Derecho”. KRAUT, Alfredo J., “Directivas anticipadas para rehusar determinadas intervenciones médicas de futuro, en L.L. 2005-E-362, comentario al fallo del caso M.”, del JCCorrec. N°1 de Transic. de Mar del Plata. 25 de julio de 2005”.

Aunque existe un gran inconveniente, y se trata de que muchas veces estos requisitos no se cumplen, y de este modo no se puede constatar que la enfermedad o el peligro de muerte - que sirven de fundamento para aplicar la eutanasia - sea realmente cierto.

A su vez, la eutanasia es considerada como el derecho de los seres humanos a elegir sobre su muerte cuando esto sea posible. Pero ello también conlleva a conocer ciertas discusiones que surgen respecto de las consecuencias que acarrea, a saber:

- *Política*: pues es obligación de los Estados promulgar una legislación que contemplen las apreciaciones y solicitudes de sus ciudadanos;
- *Jurídica*: en tanto la sanción de los derechos incumbe necesariamente un nivel específicamente legal y legítimo;
- *Social*: ya que se trata de una decisión individual pero con consecuencias sociales y que involucra a terceros (médicos, jueces, familiares, etc.);
- *Cultural*: en la medida en que las apreciaciones sobre la muerte, propia y ajena, tienen un origen cultural, correspondiente al marco contextual en el que se viva.

3.1.1- La eutanasia en la historia universal¹⁶

➤ En el mundo Greco-Romano:

Los griegos fueron los primeros en consentir el suicidio bajo determinadas condiciones; incluso, los magistrados en Atenas, Ceos y Marsella podían proveer de venenos a aquellos que lo solicitaran, ya que si la enfermedad que padecían les causaba estragos, su actitud suicida era venerada.

Sin embargo, en este período encontramos dos posturas antagónicas, por un lado Platón, que en el libro III de su obra "*La República*", describe como sería Estado ideal y afirma que se debe dejar morir a los que no son sanos corporalmente, a los que pasan la vida entre enfermedades y medicinas; mientras que en el otro extremo, el famoso juramento atribuido a Hipócrates - considerado el padre de la medicina - afirmaba: "*jamás daré a nadie una medicina mortal por mucho que me la soliciten*".

➤ En la Edad Media:

¹⁶ MONGE, Fernando. ¿Eutanasia?: sentido de la vida, del dolor y de la muerte. "*Itinerario histórico y legislativo*". Madrid, 1989. Edit. Palabra.

En esta etapa en cambio, debido a la influencia de la Iglesia, el suicidio no era bien visto. Cualquiera que atentara contra su propia vida, no sería sepultado cristianamente. Se veía, entonces, al sufrimiento físico como un camino hacia la glorificación, ensalzándose la “belleza mística del dolor”. El hombre debería sufrir, tal como lo hiciera Cristo y los mártires, para poder ascender al Cielo.

➤ En el Renacimiento:

Con el Renacimiento, la actitud respecto al suicidio cambio radicalmente. Se redescubren y reafirman los valores greco-romanos. Montaigne observaba: “la muerte voluntaria es la más justa”.

A su vez, Tomás Moro, al describir su famosa “*Utopía*”, afirma que se debe prestar a los moribundos todo cuidado y solidaridad, pero también considera que, en caso de dolores extraordinarios, se puede recomendar poner término a su vida. Si el enfermo está de acuerdo, se le puede causar la muerte privándole de los alimentos o administrándole un veneno. Pero se requiere también el permiso de las autoridades y de los sacerdotes para evitar los abusos que podrían seguirse. Su idea apenas tuvo influencia en su tiempo y en los siglos sucesivos.

Pero si podemos ver como el Renacimiento se aparta un poco de los dogmas religiosos y se atreve a reflexionar sobre el fin de la vida producido por un propio accionar. De tal modo que en esta época algunos médicos y cirujanos se plantearon la necesidad de mantener con vida a soldados cuyas heridas le provocarían indudablemente la muerte.

Los tribunales europeos, especialmente en Inglaterra y en Francia, se mostraban más indulgentes en lo relativo a los suicidios. Para los racionalistas individualistas del siglo XVIII era ridículo convertir el suicidio, acto estrictamente privado, en un crimen.

➤ En el Nacional-Socialismo Alemán:

En el siglo XIX se reanudó la polémica por el tema. Se constituyó en Gran Bretaña una sociedad a favor de la Eutanasia Voluntaria, que solicitó la legalización de dicha práctica. Luego en el siglo XX, antes de la Segunda Guerra Mundial, fueron rechazados los primeros proyectos de ley que pretendían una legalización de la eutanasia en Gran Bretaña y en otros estados de los Estados Unidos.

Un personaje que tuvo relevancia fue Nietzsche, que consideraba debía aplicarse tal práctica a los “parásitos de la sociedad, a los enfermos que vegetaban perezosamente”.

Estas ideas fueron formando el camino para la Ley Nazi; y en el año 1939 se hizo obligatoria la notificación de los niños nacidos con su normalidad mental o minusvalías. Posteriormente se aplicó a adultos con enfermedades mentales y sirvió también de causa para la eliminación de enemigos políticos.

➤ En el siglo XIX:

A principios de este período, Carl F.H Marx expuso una tesis oral llamada “Eutanasia médica” en la que criticaba a los médicos que trataban enfermedades en lugar de pacientes, y esperaba por aquellos que tuvieran el saber necesario para aliviar los sufrimientos de las personas. Más adelante, Schopenhauer reconocía que el terror de vivir es más espantoso que el de morir y que era normal que un hombre, sometido a un tormento inaguantable, quisiera poner fin a su vida. Este autor iba un poco más allá al afirmar el derecho del hombre a definir la calidad de su propia vida y muerte como exclusiva manifestación de su voluntad.

En 1897, se publica “El suicidio” de Emile Durkheim, en el que analizaba, con todo el rigor sociológico, el suicidio como un hecho social desmitificando el fenómeno.

Finalmente, en 1935, se fundó la Asociación Británica pro Eutanasia, primera organización de este tipo.

➤ En la Actualidad:

Las aplicaciones brutales que se hicieron de la eutanasia en la época nazi convirtieron a dicha palabra en un término tabú. Sin embargo, años más tarde volvió a plantearse en relación a distintos casos que tuvieron gran repercusión en la sociedad, como lo fue la historia del matrimonio Vandeput, en los años 60 en Bélgica, que fue acusado y juzgado por haber aplicado la eutanasia a su hija Corinne, que había nacido con graves malformaciones en sus extremidades, como consecuencia de la “talidomida” - fármaco comercializado como sedante y calmante de las náuseas durante el primer trimestre de embarazo - que su madre ingirió durante el embarazo. La sentencia del tribunal de Lieja fue sumamente benévola, aunque se debió a la decisión adoptada por el jurado de legos y no por decisión del juez, quien se vio limitado y sólo pudo prevenir al jurado que “un

veredicto de absolución, de inocencia, podía traer fuertes consecuencias para la humanidad porque iban a ser miles de madres con hijos deformes las que se iban a ver tentadas a seguir el ejemplo de aquella mujer infanticida, y asesinar a sus propios hijos”.

Como se ha podido apreciar, el tema de la propia muerte y el sufrimiento de la agonía, ha sido motivo de reflexión humana desde hace muchos años atrás. El suicidio y los homicidios piadosos, comienzan a considerarse como conductas o hechos sociales susceptibles de investigación o como objetos de estudios específicos para algunas ciencias no médicas; aunque el derecho seguirá estas reflexiones académicas no siempre al mismo ritmo.

A lo largo del siglo XX y de mano de la biotecnología, la cuestión de la eutanasia parece tomar otro impulso, aunque la dificultad principal que se encuentra al respecto consiste en la ambigüedad general con que se emplea el término. Ya que se usan indistintamente para designar tanto la decisión de anticipar el final de una vida que una enfermedad o la vejez parecen haber convertido en insostenible, como la lucha contra el dolor (medicina paliativa), o la legítima renuncia voluntaria a recibir tratamientos inútiles, desproporcionados y demasiado caros que sólo pueden provocarle al enfermo extraordinarios sufrimientos e impedirle morir en paz y con dignidad (rechazo del ensañamiento terapéutico).

También existen otras causas por las cuales la sociedad acepta mayormente el hecho de la eutanasia:

- Los altos niveles de secularización de nuestra sociedad;
- El rechazo de una moral heterónoma y la afirmación de que únicamente el hombre es juez de sí mismo;
- El respeto hacia las opciones que cada individuo pueda tomar en relación con su propia vida;
- La falta de integración de la muerte dentro de los esquemas culturales de nuestras sociedades.

3.1.2- Clases de eutanasia¹⁷:

¹⁷ Academia Filosófica de La Plata. *Eutanasia*. Primera edición. Buenos Aires, marzo de 2001.

a) Por su finalidad:

- *Eutanasia eugénica*: se considera que en la sociedad hay personas que son improductivas y hay que liberarla de esta carga. Por ello, se aluden cuestiones religiosas, políticas o de “higiene racial” y así elimina inválidos, minusválidos, enfermos crónicos, discapacitados. Fue la técnica que utilizó el nazismo con el fin de “purificar la raza”.

- *Eutanasia piadosa* (mercy killing): es la que pretende aliviar los dolores de los pacientes. Motivada en el hedonismo, trata de evitar todo lo que pueda ser dolor, sin tener en cuenta la vida o su trascendencia y fruto de una cosmovisión materialista y utilitaria. El promotor de la eutanasia no concibe mejorar o utilizar todos los medios al alcance de la medicina, sino que como solución propone la muerte del paciente.

b) Por sus medios:

- *Eutanasia positiva o activa*: es el homicidio, cometido por fines eugenésicos o piadosos, en el que el agente de manera directa o positiva, actúa sobre el enfermo provocándole la muerte por comisión o acción.

Una forma típica actual de esta clase de eutanasia sería la administración de una sobredosis de morfina con la que se pretendiese intencionalmente poner fin a la vida y a los sufrimientos de un paciente.

- *Eutanasia negativa o pasiva*: se produce la muerte por medios pasivos o negativos, es decir, la muerte sobreviene a consecuencia de la supresión de los medios que requiere el paciente para continuar con vida, por lo tanto se logra la muerte por omisión. Dentro de esta categoría encontramos a:

- *Ortotanasia* (medios proporcionados): hace alusión a la condición de muerte natural de un paciente terminal. Es la muerte en buenas condiciones y aplicando medios ordinarios que alivien las molestias (se aplican, por ejemplo, cuidados de índole paliativo).

Se la entiende como la suspensión de todo tratamiento extraordinario ante la inminencia de la muerte, es decir, de los medios desproporcionados referidos a la situación concreta. Este

término se identifica con el antiguo concepto de eutanasia, que se vincula con la “muerte sin sufrimiento”.

- *Distanasia* (medios desproporcionados): es la muerte en malas condiciones, con dolores, con molestias toda vez que dicha práctica terapéutica supone una desproporción entre el tratamiento brindado y el resultado de este. Dicha desproporción consiste en la aplicación de medios extraordinarios que no pueden ser conseguidos sin grandes dolores o incomodidades parecidas, ya sea por parte del enfermo o de otras personas, o también medios que no ofrecen esperanzas razonables de provecho para el enfermo.

Esto deriva en el *ensañamiento o encarnizamiento terapéutico*, cuya aplicación es moralmente ilícita.

c) Por sus intenciones:

- *Eutanasia directa*: se considera tal cuando el agente actuante tiene la intención de provocar la muerte por el medio elegido. Puede ser hacia otra persona - homicidio - o hacia sí mismo - suicidio -. Pero siempre debe estar la intención de provocar la muerte. El juicio moral es inaceptable y negativo. Es más, en la encíclica *Evangelium Vitae*, el Papa Juan Pablo II confirma que la eutanasia es una grave violación a la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana¹⁸. Como católicos esta afirmación nos interpela a aceptarla como dogma.

- *Eutanasia indirecta o lenitiva*: en este caso la muerte se produce por los efectos secundarios de los analgésicos o el tratamiento, pero no es querida ni deseada y por lo tanto no hay intención de producirla.

d) Por su voluntariedad:

- *Eutanasia voluntaria*: es la que solicita el paciente, por medio de un testamento de vida o *living will*; éste puede pedir medios positivos o negativos en su ejecución. Los padres pueden pedir la eutanasia de sus hijos menores de edad.

¹⁸ Pontífice Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. N° 65: « Yo doy la muerte y doy la vida » (Dt 32, 39): *el drama de la eutanasia*.

En 1989 la Conferencia Episcopal Española presentó un modelo confesional de testamento biológico, que propone desdramatizar la muerte, ayudar a los moribundos y sus familias, se opone a la eutanasia activa directa, propone alternativas como la medicina de cuidados paliativos y la asistencia pastoral.

- *Eutanasia involuntaria*: se aplica sin consentimiento por parte del paciente o con información imprecisa, fue usada por la Alemania nazi. También fue propuesta por la *Euthanasia Educational Fund* y la *Euthanasia Society of America* en 1958, introduciendo el concepto de “hopelessly defective infants” para eliminar niños psicológicamente retrasados y poder “ahorrar” en instituciones sobrecargadas.

Toda esta clasificación y descripción de las formas que puede adoptar la eutanasia es un claro indicador de lo compleja que es la cuestión, no sólo para la persona enferma, sino también para sus familiares, los médicos, las instituciones hospitalarias y jueces en general. Pues refiere a las variaciones que adopta la decisión de quitarse la vida debido a una enfermedad terminal, dolorosa y las diferencias entre una y otra elección. Ya que si bien hay similitudes entre algunas de ellas, también hay diferencias puntuales y, aunque sean mínimas, deben ser consideradas al reflexionar sobre el tema.

3.1.3- Alternativas ante la eutanasia:

Actualmente la medicina se encuentra con la problemática de la agonía que producen muchas enfermedades declaradas médicamente incurables, como ciertos tipos de cáncer, las demencias y otros procesos degenerativos del sistema nervioso, y las personas que padecen estas dolencias lentas y devastadoras sufren miedo al dolor, a la dependencia, a la soledad, a la indignidad y principalmente a la misma muerte. Ante estos tormentos la solución parecería únicamente presentarse en dos alternativas: o se aplica la eutanasia al enfermo, o morirá irremediablemente lleno de dolor y sufrimiento.

Pero esto no es correcto, pues existe la posibilidad de desarrollar medicina paliativa, que consiste en el tipo de tratamiento que originalmente condice con la palabra eutanasia: “buen morir”, que antiguamente se aplicaba al “morir con dignidad”.

Esta *medicina paliativa* o *cuidados paliativos*¹⁹ consiste en hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado.

Si bien no curan, mejoran la calidad de vida del paciente terminal y ese debe ser precisamente el objetivo terapéutico de su aplicación. Por ejemplo, se le deja de aplicar quimioterapia a un enfermo, pero se le siguen otorgando cuidados.

Estas medidas se suscitaron en Inglaterra, en el año 1967, con los llamados *hospicios*, principalmente en el “Hospice St. Christopher” fundado por Cecil Saunders, donde se tratan moribundos e incurables, pues se considera que la vida en cualquier situación tiene sentido. Similares a este podemos encontrar el “Royal Victory Hospital” de Montreal y la “National Hospice Organization” en Estados Unidos. Otras sociedades civiles en Inglaterra y en Italia ofrecen ayuda domiciliaria a pacientes terminales, llevándoles al propio hogar los cuidados paliativos.

Dentro del tratamiento paliativo que se le debe brindar a los pacientes terminales se deben considerar:

- Acompañamiento: el médico no debe dejar de atender solícitamente al enfermo, aun cuando no lo pueda curar. Debe seguir el clásico principio de la ética médica que se sintetiza en: curar-aliviar-consolar.
- Información: la tarea de informar acerca de la muerte debería corresponder a personas de confianza, como los familiares. No es bueno engañar al paciente, pues eso no lo ayuda a enfrentar su propia muerte. Además es necesario buscar el mejor momento y hacerlo con cuidado y afecto.
- Atención espiritual y social: el enfermo debe recibir aquella que desee y considere útil para su preparación.
- Cuidados mínimos: son aquellos que se deben a toda persona por el sólo hecho de serlo, por lo cual nunca pueden ser abandonadas o maltratadas.
- Alimentación e hidratación: deben ser adecuadas y suficientes de acuerdo a cada caso.

¹⁹ Academia Filosófica de La Plata. *Eutanasia*. Primera edición. Buenos Aires, marzo 2001.

- Cuidados higiénicos: consistentes en mantenimiento de la piel para evitar las escaras, higiene de la boca, cambio de ropa de cama, limpieza, etc.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los Estados deben destinar recursos para la constitución de unidades de cuidados paliativos, en las cuales se formen profesionales médicos, enfermeros, psicólogos, sacerdotes, respecto del tratamiento de la fase final de las dolencias crónicas, y así poder abordar de un modo global el sufrimiento de los pacientes.

De esta forma, el dilema ético entre “calidad de vida” y “cantidad de vida” no es un tema exclusivamente del médico clínico, oncólogo o cirujano que trata al paciente, sino del “paliativista” y su equipo. Quienes, tomando en cuenta la opinión del paciente, enfrentarán junto con él la enfermedad y estarán capacitados para interpretar y ayudar a sobrellevar las distintas vicisitudes que se planteen en el paciente y en su entorno.

3.2- Muerte digna:

La muerte digna es aquella deseada por una persona, que se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles. En sí, es la posibilidad y el derecho que tienen los pacientes que padecen enfermedades o lesiones graves de interrumpir el tratamiento - quirúrgico o clínico - en caso de que éste resulte doloroso, insufrible o insoportable, debido a que la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal.

En la actualidad, el avance de los medios técnicos, la obsesión por la salud y la prolongación de la expectativa de vida en las sociedades modernas conllevan a practicar la negación del dolor y de la muerte misma, lo que provoca que los conceptos de *muerte digna* o de *eutanasia*, estén totalmente en boga y sean el centro de discusiones y debates.

Este *derecho a morir dignamente* ha sido reconocido por el Consejo de Europa, en el año 1999, mediante la recomendación 1418 sobre el Debate sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos. Tal derecho abarca las siguientes facetas:

- Proporcionar una información veraz y completa, respetando el derecho del paciente a no ser informado;

- Garantizar que ningún enfermo terminal sea médicamente tratado contra su voluntad;
- Asegurar que se respetará el rechazo a un determinado tratamiento médico en caso de haberse formulado al respecto un *Testamento Vital, Directivas Previas o Voluntades Anticipadas*;
- Recibir los cuidados necesarios para sobrellevar de la forma más confortable el proceso de la enfermedad y muerte;
- Recibir el tratamiento para combatir el dolor físico, aunque acorte la vida;
- Recibir el apoyo psicológico para paliar el sufrimiento mental.

En tal recomendación se explicita que “la vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella... ya que el progreso médico, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, frecuentemente se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, el sufrimiento del paciente, de su familia y del personal que los trata...”.

Por eso, se fijaron criterios de protección legal y social necesaria contra las amenazas y temores que el enfermo terminal debe afrontar, y que todo Estado miembro del Consejo debe incorporar a su derecho interno, a saber:

- a) Morir sometido a padecimientos insoportables;
- b) Prolongación de la vida contra la voluntad del enfermo terminal;
- c) Morir en el aislamiento social y la degeneración;
- d) Morir bajo el temor de constituir una carga social;
- e) Restringir los medios de soporte vital por razones económicas;
- f) Falta de fondos y recursos materiales para asistir adecuadamente al enfermo terminal.

3.3- Muerte digna y eutanasia en Argentina²⁰:

²⁰ VIAR, Ludmila A. Artículo: “Análisis de la Ley 26742 de “Muerte digna”. Biblioteca digital de la Universidad Católica Argentina.

En mayo de 2012 se sancionó en nuestro país la Ley 26742 “de muerte digna”, que realiza importantes modificaciones a la Ley 26529, que establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud - entre ellos el artículo 11 anteriormente mencionado, al cual agrega el último párrafo que versa “*La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó*” -.

Esta nueva ley significó un avance y una ampliación de los derechos de las personas respecto de las medidas médicas que recibirían frente a la eventual muerte.

Es importante acentuar que el marco legal ahora vigente no ampara ciertas figuras como la *eutanasia* o el *suicidio asistido*; en cambio, al leer el texto de la ley se puede observar que el concepto de *muerte digna* parece indicar el rechazo a la aplicación de procedimientos cuando sean desproporcionados con relación a la mejoría respecto a la enfermedad o produzcan un sufrimiento intolerable. Es decir que se entiende que las personas tienen el derecho de rechazar determinados tratamientos, aun sabiendo que les provocará la muerte; incluso existen circunstancias en las cuales los pacientes pueden manifestar su voluntad de ejercer su derecho a una muerte digna.

Ante estas situaciones es muy importante evaluar cada caso en concreto, ya que a pesar de la existencia de una legislación que ampare dicho derecho, estamos frente a realidades en donde se debe tomar una decisión esencial, como por ejemplo, quitarle el respirador artificial a alguien que está en estado de coma o de inconsciencia permanente. Y dicha decisión puede encontrarse en manos de los familiares o del propio paciente, si es que éste lo ha dejado escrito legalmente. De todos modos, esa decisión siempre implica tomar una posición subjetiva frente a las circunstancias que se presenten, y pueden requerir la intervención de psicólogos que asistan a la familia o al propio enfermo terminal para poder afrontar esa fase final y la idea de abandonar la vida.

3.4- Suicidio Asistido:

En términos generales esta figura fue, hasta hace un tiempo, la situación de una persona que en su dolor o desesperación llegaba a pedir a alguien de su entorno ayuda para suicidarse.

Según el Papa Juan Pablo II el suicidio asistido significa hacerse colaborador, y en ocasiones autor de injusticia que nunca tiene justificación²¹, es compartir la intención suicida de otro y ayudarlo a realizarla.

El temor, o no soportar el dolor, lleva a muchas personas a la idea de suicidio. No todos, sin embargo, tienen el coraje de hacerlo por propia mano. Por eso mismo, el hombre en su afán de superación, ha inventado mecanismos que le permitan quitarse la vida, como aquél que le permite inyectarse a sí una dosis de veneno, recibiendo primero una cantidad de sedante, que le permite una muerte indolora y en estado de inconsciencia.

Así, el suicidio en sí es considerado un ataque contra la humanidad ya que es la supresión de uno de sus miembros. Según el Catecismo de la Iglesia Católica “contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida”²². En *Evangelium Vitae*, el Papa Juan Pablo enseña que el suicidio es un acto gravemente inmoral, porque comporta el rechazo del amor a sí mismo, y la renuncia a los deberes de caridad y justicia para con el prójimo y para con la sociedad en general²³. Por eso constituye una falta grave contra Dios. Tanto así que antiguamente la Iglesia hasta negaba el entierro del suicida en tierra sagrada, lo cual con el tiempo y el avance en los conocimientos psiquiátricos y psicológicos se vio modificado, pues se entiende y tolera de mayor manera que el suicida no está totalmente en sus posibilidades psíquicas y es llevado a ese extremo por desesperación y depresión.

3.5- Algunas iniciativas legislativas:

El problema que plantean los enfermos o accidentados en fase terminal halló receptividad en el seno del Congreso Nacional.

Así, por ejemplo, se planteó el proyecto identificado como “6916-D-00”, ingresado en la cámara de Diputados de la Nación en el año 2000, mediante el cual se propiciaba la instauración de un régimen legal para la formalización de “*testimonios o testamentos vitales*” (*living will*), mediante los cuales cualquier individuo podría “manifestar su

²¹ Pontífice Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. N° 66: « Yo doy la muerte y doy la vida » (Dt 32, 39): *el drama de la eutanasia*.

²² Catecismo de la Iglesia Católica, Pto.2281.

²³ Pontífice Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. N° 66: « Yo doy la muerte y doy la vida » (Dt 32, 39): *el drama de la eutanasia*.

voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial, independientemente de la naturaleza y/o gravedad de la enfermedad, aun si de la negativa derivara un riesgo para la salud o vida de la persona”; o bien “manifestar su voluntad de que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida” – situaciones que corresponde situar bajo las figuras de eutanasia pasiva y adistanacia, respectivamente -.

Otro fue el proyecto identificado bajo el número “0203-D-01”, del año 2001, que, declarando como su objeto el respeto por la calidad de vida y la dignidad de tales pacientes, pugnaba por consagrar el derecho a «la información fehaciente, por parte del profesional médico actuante, del diagnóstico, pronóstico y alternativas de los tratamientos clínicos o quirúrgicos posibles», y a «oponerse a la aplicación de estos últimos cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y le produzcan dolor y/o sufrimiento».

En similares términos tramitó otro proyecto de ley, numerado “1823-D-01”, alusivo a los derechos de «toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación», auspiciando la implementación de los ya referidos testamentos vitales y proclamando el derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos médicos clínicos o quirúrgicos «cuando considere que son extraordinarios y desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y/o sufrimiento o sean considerados por el paciente vejatorios de sus creencias religiosas, sociales o culturales».

4- CASOS DE INTERÉS SOCIAL Y JURISPRUDENCIAL:

4.1- A nivel nacional:

➤ González, Melina²⁴:

Este es el caso de la joven de 19 años que murió en marzo de 2010 en el Hospital Garrahan, luego de varias semanas de solicitar a los médicos que la sedaran para no sufrir más.

²⁴ Ver en: <http://www.cadena3.com/contenido/2011/03/02/71718.asp>; y también ver: <http://www.fundacionfemeba.org.ar/sites/default/files/FOLIA%20ETICA%20N%C2%BA%204%203ra.pdf>. FOLIA ETICA N° 4. Fundación FEMEBA Junio 2016.

Melina fue la primera paciente que reclamó una ley; le había pedido a la presidenta Cristina Fernández de Kirchner que convoque al Congreso para debatir una norma que le permitiera una muerte digna. “Yo creo que como el mío hay un montón de casos similares. Y estaría bueno que haya una ley que nos ampare a los que estamos enfermos, que nos comprenda”, afirmó. “La ley debería contemplar el sufrimiento de las personas. La Presidenta puede pedir que el Congreso se reúna. Podría crearse un tribunal de salud para evaluar estos casos”, declaró Melina.

“No es digno vivir así, tengo paralizado casi todo el cuerpo y lo poco que siento, me duele. No puedo sostener ni una taza y tengo que estar acostada. Me ahogo, no puedo respirar. No es vida, no quiero seguir así. Y ellos no me entienden, piensan que siempre se puede salir adelante”, objetó la adolescente, luego de que los médicos del Comité de Ética del Garrahan rechazaran su petición, con el argumento de que su cuadro no se encontraba en fase terminal y no estaban amparados para cumplir con su voluntad.

Melina tenía diagnosticado, desde los tres años, neurofibromatosis tipo 1, que es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso, y sufría cifoescoliosis severa, que le causó la deformación de la columna. Fue operada en seis oportunidades. Además, su historia clínica determinó que desde junio de 2008 presentaba restricción respiratoria severa. En 2009 le extirparon un tumor maligno alojado en la espalda. En aquella oportunidad, la joven dejó por escrito ante un escribano que no quería que la mantuvieran conectada a un respirador artificial. Luego de la intervención, y del tratamiento de quimio y radioterapia, continuó su vida normal hasta la última internación en el Garrahan que duró un mes. Pesaba menos de 18 kilos y su calidad de vida se deterioraba día a día.

Los médicos que la atendían habían concedido darle medicación para una “sedación paliativa”. Si hubiesen aceptado su voluntad antes, le hubiesen evitado casi un mes de dolores intensos y profundas angustias, especialmente de noche, como ella misma relató. “La vida es un derecho. No es una obligación vivir sufriendo”, sostenía Melina.

Su caso fue analizado en una reunión convocada por la Red Argentina de Bioética y Derechos Humanos, una iniciativa de la Asociación Bio&Sur de Bioética y la

Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, en la que participaron miembros de más de medio centenar de comités de bioética de diversos hospitales públicos del país. En dicha reunión se oyeron las diversas posturas sobre la muerte digna, la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico, etc.; quedando en claro que al día de hoy, y a pesar de los avances médicos, aún no se concuerda sobre la aplicación de dichas prácticas y su valoración ética.

➤ Sanchez Herbon, Camila²⁵:

Camila nació muerta por mala praxis, por lo que los médicos tuvieron que reanimarla durante 20 minutos. Desde que nació, se encontraba en estado vegetativo permanente, sin posibilidad de desarrollo psíquico ni de otro tipo, entubada en soportes que sólo prolongaban su agonía y el sufrimiento de su familia.

Desde ese momento la madre de Camila Sánchez, reclamó a legisladores nacionales la sanción de una ley que autorice el retiro del soporte vital y permita una muerte digna a su hija.

El caso, difundido a mediados del año pasado, se convirtió en emblema de la lucha por el derecho de las personas en estados irreversibles a transitar su etapa terminal con dignidad.

Tras ese calvario, el 9 de mayo de 2012, el Senado aprobó por unanimidad y convirtió en ley – vigente desde el 1 de junio del mismo año - el *proyecto de Muerte Digna* que autoriza a los pacientes a rechazar procedimientos, cirugías y "medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría". "Todos afirman y confirman que el estado de la niña era irreversible. Nadie desea que un ser querido se la pase sufriendo", afirmó Selva Herbon, al explicar que fueron tres institutos de Bioéticas distintos quienes emitieron sus opiniones no vinculantes²⁶. Herbon, de 38 años, buscaba el retiro del soporte vital que permitía respirar y alimentarse a su hija de 3 años, quien permaneció en estado vegetativo internada desde 2010 en el Centro Gallego de

²⁵ Ver en: http://www.clarin.com/sociedad/Corte_Suprema-muerte_digna-eutanasiasuicidio_asistido_0_1389461385.html; y también ver: <http://www.fundacionfemeba.org.ar/sites/default/files/FOLIA%20ETICA%20N%C2%BA%204%203ra.pdf>. FOLIA ETICA N° 4. Fundación FEMEBA Junio 2016.

²⁶ Incucai, Centro Gallego y Fundación Favaloro.

Buenos Aires hasta junio de 2012. El *encarnizamiento o ensañamiento terapéutico*²⁷ prolongaba, junto a la vida de la niña, un enorme padecimiento.

La mujer afirmó que la niña "nació en abril de 2009 en la Clínica Monte Grande. Nació muerta, se la reanimó durante 20 minutos y se la conectó a un respirador artificial". En otras declaraciones también sostuvo que un problema a la hora de tratar y debatir el tema en el Congreso fue "lo difícil que es siempre hablar de la muerte". La mujer dijo que "desde que nació estuvo con respirador artificial. A los 4 meses se le hizo traqueotomía y botón gástrico para la alimentación. Y se la trasladó a la Clínica de Rehabilitación ALCLA, donde estuvo hasta marzo de 2010". "Allí se la estimuló para ver si adquiría alguna de las funciones que perdió por la falta de oxígeno en el parto, pero no hubo ningún resultado positivo". La niña que inspiró la *Ley de Muerte Digna*, se convirtió en la primera persona del país en acceder a una muerte por esta vía luego de que se le desconectara el respirador que la mantenía con vida. "Pasó por este mundo y nos dejó más derechos a todos. No fue en vano tanto dolor y sufrimiento" (Selva Herbon).

Los padres de Camila firmaron un documento que ratificaba su voluntad de que se le retirara el soporte vital a su hija. También de que no se le practicaran más terapias invasivas ni maniobras de resucitación. Los médicos se tomaron unos días para analizar nuevamente si el caso se encuadraba dentro de la ley y finalmente les informaron a los padres que el procedimiento médico se haría progresivamente.

La manera de instrumentar la desconexión fue "hacerlo del modo menos cruento posible, sin tomar ninguna medida activa para acabar con su vida", lo que hubiera implicado una eutanasia, sino simplemente quitarle de forma progresiva la asistencia del respirador y "asistirla para que ese tránsito tuviera el menor impacto posible sobre Camila. "La muerte se produjo sólo por la limitación del respirador, ya que por su enfermedad, Camila no tenía ninguna posibilidad de fuerza espontánea para respirar sin un aparato", detalló el bioeticista Tealdi.

²⁷ Academia Filosófica de La Plata. *Eutanasia*. Primera edición. Buenos Aires, marzo 2001. *Se trata de ciertas intervenciones médicas, ya no adecuadas a la situación real del enfermo, debido a que son desproporcionadas a los resultados que se podían esperar, o bien por ser demasiado gravosas para aquél o para su familia. Para determinar el ensañamiento terapéutico se deben considerar 3 criterios médicos: - la inutilidad del tratamiento aplicado, - la gravedad a la que estaría expuesto el paciente, y - la excepcionalidad, referente a la desproporcionalidad de los medios (aunque pueden cambiar con el transcurso del tiempo).*

Selva y Carlos, sus padres, decidieron no estar presentes. En cambio, le pidieron a un amigo de la familia, Marcelo Velis, que los representara. También estuvo allí el médico Juan Carlos Tealdi, director del Comité de Bioética del Hospital de Clínicas y asesor de la Secretaría Nacional de Derechos Humanos.

➤ Diez, Marcelo A.²⁸:

Este hombre - de entonces 30 años -, a raíz de un grave siniestro vial, estaba postrado desde 1994 con una grave secuela con desconexión cerebral, destrucción del lóbulo frontal y severas lesiones en los lóbulos temporales y occipitales.

Sólo una sonda en el intestino lo alimenta e hidrata.

Pasados nueve años del trágico hecho, sus hermanas Adriana y Andrea iniciaron el camino judicial para que tenga una *muerte digna*. El caso llegó primero al Tribunal Superior de Justicia de Neuquén, que en 2012 expresó: "*La cuestión no requiere de autorización judicial*", por lo que debía resolverse en el ámbito familiar. Para ello, se amparó en la Ley 26.742 que reforma la normativa sobre Derechos del Paciente.

Sin embargo, la Defensoría General y la entidad médica donde estaba internado Marcelo Diez presentaron un recurso extraordinario y así la causa llegó hasta la Corte Suprema de Justicia, que pidió un informe al cuerpo médico forense que debería estar en un plazo de diez días.

Según el escrito, lo que el informe debía determinar son "las posibilidades de reversibilidad que podría presentar el cuadro que actualmente presenta el paciente en caso de que se restableciera el tratamiento kinésico, se le efectuara estimulación multisensorial integral y se le suministrase medicación destinada a estimular las células nerviosas".

Además, la Corte también solicitó "especificar si se encuentran disponibles medidas y acciones para el adecuado control y alivio del eventual sufrimiento del paciente en caso de disponerse la supresión de la hidratación y la alimentación por vía enteral". Se aclaró además que se trataba de un "trámite urgente", por lo que cuando hubiese estado el informe, la Corte debía resolver el caso.

²⁸ Ver en: http://centrodebioetica.org/gab_gallery/muerte-digna-entrevista-en-nt24-sobre-fallo-cs/; y también Cfr. Biblioteca Digital de Jurisprudencia sobre Discapacidad Facultad de Derecho - UBA.

La procuradora general de la Nación, Alejandra Gils Carbó, se refirió al caso, afirmando que desde 1994 no hubo progresos en la salud de Marcelo Diez, "que continúa sin mostrar signos de consciencia de sí mismo o del mundo exterior, lo que caracteriza al estado vegetativo" y basó su afirmación en las pericias de los forenses y resultados de resonancia nuclear magnética que señalan que "el daño cerebral es irreversible".

Sin embargo, luego de la pronunciación de la Procuraduría, el obispo de Neuquén, monseñor Virginio Bressanelli, opinó que retirar los soportes vitales implica retirar la alimentación, y que eso equivale a un asesinato. El ministro de Salud de la provincia, Rubén Butigué, también se refirió en su momento al caso, y fue tajante al asegurar que "ningún" médico iba a asumir la responsabilidad de dejar de proveer de alimentación y agua a Marcelo Diez.

Finalmente, la Corte Suprema de Justicia convalidó el derecho de todo paciente a optar por una muerte digna, en la primera ocasión que se expide sobre el tema.

El máximo tribunal avaló un fallo del Tribunal Superior de Justicia de Neuquén, que ya se había pronunciado en el mismo sentido.

"La particularidad que presenta este caso es que el paciente no había brindado ninguna instrucción formalizada por escrito respecto a qué conducta médica debía adoptarse en una situación como la que se encuentra en la actualidad", señala el Centro de Información Judicial.

Sin embargo, se contempla que él había manifestado a sus hermanas que, en la eventualidad de hallarse en el futuro en esta clase de estado irreversible, no era su deseo que se prolongara artificialmente su vida. En consecuencia, basándose en esta manifestación de voluntad de M.A.D., sus hermanas solicitaron la suspensión de las medidas de soporte vital que se le vienen suministrando desde hace dos décadas.

La Corte entendió que la Ley de Derechos del Paciente contempla la situación para quienes se encuentran inhabilitados de expresar su consentimiento informado y lo hacen a través de sus familiares.

Al adoptar esta decisión, la Corte aclaró que no se estaba en presencia de un caso de eutanasia. Luego, efectuó consideraciones relevantes tanto sobre los derechos de los pacientes, en especial de los más vulnerables, como también enfatizó la importancia de

respetar exclusivamente la voluntad del paciente, por fuera de otra consideración, en lo que hace al final de su vida.

El tribunal considera que la que *importa es la voluntad del paciente*, porque:

- "Ningún poder del Estado, institución o persona distinta a M.A.D. le corresponde decidir si su vida, tal como hoy transcurre, merece ser vivida".
- "La solución adoptada respecto de la solicitud formulada por las hermanas de M.A.D. de ninguna manera avala o permite establecer una discriminación entre vidas dignas e indignas de ser vividas ni tampoco admite que, con base en la severidad de una patología, se restrinja el derecho a la vida o se consienta idea alguna, o consideración económica, que implique cercenar el derecho a acceder a las prestaciones médicas o sociales destinadas a garantizar su calidad de vida".
- "Que por tratarse la vida y la salud de derechos personalísimos, el único que puede decidir respecto del cese del soporte vital es el paciente, ya que de ningún modo puede considerarse que el legislador haya transferido a sus familiares un poder incondicionado para disponer de su suerte cuando se encuentra en un estado total y permanente de inconsciencia".
- "Que en el presente caso, las hermanas de M.A.D. cumplieron con este requisito porque solicitaron el cese de medidas de soporte vital manifestando con carácter de declaración jurada que esta petición responde a la voluntad de su hermano, sin que se haya alegado ni aportado elemento alguno a lo largo de todo el proceso que permita albergar dudas acerca de que ésta es la voluntad de M.A.D".

4.2- A nivel mundial:

➤ Englaro, Eluana²⁹:

(Lecco, Italia, 25 de noviembre de 1970 - Udine, 9 de febrero de 2009). Fue una mujer italiana que estuvo en estado vegetativo debido a un accidente de tráfico desde el 18 de enero de 1992 hasta la fecha de su muerte. Ante la situación irreversible de la hija, su padre apoyó la posibilidad de suspender el suministro de alimentos, dejándola morir, ya que, según él, "habría expresado claramente el deseo

²⁹ Cfr.: https://www.scjn.gob.mx/Transparencia/Lists/Becarios/Attachments/156/Becarios_154.pdf

de morir en caso de sufrir un accidente que la dejara en coma o en estado vegetativo". Sin embargo, el caso generó gran controversia en el marco del habitual debate en torno a la eutanasia hasta llegar al ámbito político y judicial.

Es importante considerar que en la búsqueda del mejor interés del paciente, el representante no debe decidir en lugar de la persona que se encuentra incapacitada para hacerlo, sino con el incapaz, es decir, reconstruyendo la voluntad presunta del paciente inconsciente teniendo en cuenta los deseos expresados antes de la pérdida de la consciencia o bien infiriendo de aquella voluntad de su personalidad, de su estilo de vida, de sus inclinaciones, valores de referencia y convicciones éticas, religiosas, culturales y filosóficas.

El caso fue llevado a la Corte y la petición del padre fue rechazada en diciembre de 1999 por la Corte de Apelaciones de Milán, y en abril de 2005 por la Corte de Casación (en Italia, Tribunal Supremo). Una petición de un nuevo juicio fue concedida por la misma Corte de Casación el 16 de octubre de 2007, lo que generó una dura crítica por parte del Vaticano. La Corte de apelaciones de Milán sentenció, en julio de 2008, que el padre y tutor de Eluana, Beppino Englaro, tiene permitido interrumpirle el suministro de alimentación e hidratación.

Desde el año 1994, Eluana había estado al cuidado de unas religiosas, las Hermanas de la Misericordia, en la clínica Beato Luigi Talamoni, en Lecco. Su padre decidió cambiarla a otro hospital para lograr que se hiciera efectiva la medida de interrumpir su tratamiento. La opinión pública ha discrepado en torno a la sentencia de la Corte de Apelaciones, mostrándose algunos a favor de ella, como el Partido Radical Italiano, y otros en contra, tales como el periodista Giuliano Ferrara y los sectores religiosos.

En una de sus escasas apariciones públicas antes de la muerte de Eluana, Beppino Englaro llegó a señalar que, pese a encontrarse legalmente facultado para suspender el tratamiento de su hija, no estaba dispuesto a proceder hasta que todo el proceso de apelación hubiera concluido.

El 13 de noviembre de 2008, la Corte Suprema de Italia concedió al padre de Eluana el derecho a desconectarla de las máquinas que le permiten seguir con vida; decisión que se encontró con la inmediata oposición por parte del gobierno italiano

y de la Iglesia Católica. El cardenal Ennio Antonelli, presidente del Consejo Pontificio para la Familia, señaló que: "Eluana está en 'estado vegetativo', pero no es vegetal. Es una persona que está durmiendo. La persona, incluso en tal estado, mantiene toda su dignidad. La persona es valiosa en sí misma, no por cuanto ella consume o produce, o por el placer o satisfacción que puede dar a otros".

En febrero de 2009 fue llevada a un hospital privado de Udine, donde un equipo médico (constituido sólo por voluntarios) la asistiría mientras permaneciese en él. El 6 de febrero de 2009, Silvio Berlusconi redactó un decreto que pretendía obligar a continuar con el tratamiento de Eluana, pero el presidente de la república, Giorgio Napolitano, rehusó firmarlo, impidiendo que entrase en vigor. Finalmente murió a las 19:35 el 9 de febrero de 2009.

➤ Cruzan, Nancy³⁰:

El 11 de Enero de 1983, a los 24 años de edad, Nancy Cruzan perdió el control de su auto en una pista con hielo en Missouri. Producto del impacto, Nancy salió eyectada del vehículo, quedando boca abajo en un estanque con agua. Los paramédicos la encontraron sin signos vitales, por lo que la reanimaron y estabilizaron. Luego de dos semanas de permanecer inconsciente, fue diagnosticada con un estado vegetativo persistente, ya que producto de la privación prolongada de oxígeno su cerebro sufrió daños irreversibles. Nancy evolucionó a respiración espontánea, sin embargo, a raíz de su estado, no era capaz de deglutir. Antes de que los tubos de alimentación comenzaran a ser usados en los 60', el curso natural de este tipo de pacientes era morir de inanición; pero con este sistema, tal deterioro puede quedar aplazado por años, e incluso décadas. Debido a lo mencionado, los cirujanos instalaron un tubo de alimentación para su cuidado a largo plazo. Los familiares de Nancy esperaron su recuperación aunque, eventualmente, luego de cuatro años aceptaron que su condición no variaría. En 1987 los padres de Nancy Cruzan solicitaron que su tubo de alimentación fuese removido. El Hospital y los médicos a cargo de la paciente rechazaron la petición, indicando que requerían una

³⁰ Cfr.: http://www.saij.gob.ar/doctrina/dasf070039-lapalma-fin_existencia_persona_limites.htm

orden judicial para ello. Esta negación fue respaldada por el Gobernador de Missouri John Ashcroft.

En Julio de 1988 la familia Cruzan ganó el caso. Sin embargo, el abogado general apeló, por lo que la Corte Suprema de Missouri revirtió tal decisión. Esta concluyó que el Estado tiene un interés incondicional en preservar la vida, y que el soporte médico de un paciente incompetente podría ser suspendido sólo si se cumple adecuadamente con el “estándar de evidencia clara y convincente” (el más alto status de evidencia en un juzgado). Esto aseguraría que Nancy habría rechazado el tratamiento si estuviese competente, lo cual hasta el momento no se había logrado, debido a que los padres de Nancy no expusieron de manera certera su voluntad. En vista de este escenario, los Cruzan apelaron a la Corte Suprema de los Estados Unidos. En Junio de 1990 la Corte Suprema decidió, por 5 votos contra 4, que constitucionalmente la Corte de Missouri requería un alto estándar de evidencia de los deseos de Nancy Cruzan antes de permitir la suspensión del tratamiento.

El caso de Nancy Cruzan fue el primer caso acerca del derecho a morir que apela a la Corte Suprema de los Estados Unidos (1990), ya que el caso Quinlan (mencionado en el Pto.3- de este trabajo) sólo apeló a la Corte de New Jersey.

A su vez, al revisar la Corte Suprema la decisión de la Corte de Missouri, presentó tres importantes declaraciones. Primero, y de manera más general, reconoció el derecho del paciente competente de rechazar tratamiento médico, incluso si tal decisión conduce a la muerte del paciente. Con la decisión del caso Cruzan, esta fue la primera vez que la Corte Suprema reconoció que la Constitución le otorga a los norteamericanos la libertad de prescindir del tratamiento médico no deseado. Así, la defensa de la vida por parte del Estado no debe ser una privación de la libertad individual. Segundo, la Corte Suprema indicó que retirar el tubo de alimentación no difiere de suspender cualquier otro tratamiento de soporte vital. Tercero, con respeto a los pacientes incompetentes, la Corte Suprema estableció que el Estado podía, pero no necesitaba pasar, del estatuto de requerir del estándar de evidencia de clarificación y convencimiento, al estatuto de qué es lo que querría un paciente competente si se volviese incompetente por un largo tiempo.

Posterior a estas declaraciones, la familia Cruzan continuó reuniendo evidencia y varios amigos de Nancy se presentaron en la Corte para testificar acerca de sus deseos expresados antes del accidente.

En Diciembre de 1990 la Corte Estatal de Missouri, que inicialmente había escuchado el caso de Nancy Cruzan, dictaminó que la alimentación artificial podía ser suspendida. Así, luego de casi ocho años de encontrarse en estado vegetativo, y de ocho peticiones a la corte, finalmente le confirieron el derecho a los padres de Nancy de concretar lo que ellos consideraban lo que era lo mejor para ella. La Corte basó su decisión final en el testimonio de un amigo cercano de Nancy, que dijo que ella había aclarado hace años que no le gustaría continuar viviendo con soporte artificial. A su vez, la Corte estableció que los pacientes tienen el derecho fundamental de rechazar tratamientos de soporte vital, pero apuntó que el Estado puede regular las circunstancias en que este tipo de tratamientos pueden ser suspendidos si el paciente no puede expresar su voluntad. De esta manera, el Estado puede decidir si hay o no evidencias suficientes acerca de la voluntad del paciente, la que es necesaria para apoyar la decisión de suspender un tratamiento de este tipo. El Estado también basó su decisión en el derecho de consentimiento informado y el derecho de privacidad.

De este modo, el 15 diciembre de 1990 el tubo de alimentación de Nancy Cruzan fue removido; muriendo ella 11 días después.

➤ Schiavo, Terri³¹:

Theresa Marie Schindler (su nombre original, en memoria de Santa Teresa de Ávila), hija de Robert y Mary Schindler, pasó su juventud en la zona de Huntingdon Valley, Pensilvania. Al ingresar a la escuela secundaria, sufrió un excesivo aumento de peso, llegando a los 114 kilos. Sin embargo, logró rebajarlos enlistándose en un programa para combatir la obesidad, lo cual le provocó un grave desorden alimenticio.

³¹ Cfr.: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v45n3/art09.pdf>; y también ver en: <http://edant.clarin.com/diario/2005/03/22/um/m-943365.htm>

Un año después de egresar, en 1982, conoce al que sería su marido, Michael Schiavo, en Newtown.

Esta mujer estadounidense abrió un acalorado debate sobre temas como la eutanasia, la bioética, tutela legal, federalismo, y los derechos civiles en su país.

El 25 de febrero de 1990, debido a un ataque cardíaco -provocado probablemente por una bulimia grave y una falta de proteína en la dieta-, sufrió daños cerebrales gravísimos que la dejaron en estado vegetativo, manteniéndose con vida gracias a la conexión a una máquina que le suministraba alimentación intravenosa.

Tras pasar 15 años en estas condiciones fue desconectada, cumpliendo así una orden judicial - consecuencia del pedido de su familia -; y luego de permanecer desconectada durante quince días de dicho aparato, y tras una fuerte discusión sobre los valores fundamentales, murió el 31 de marzo de 2005, en el hospital Florida Suncoast, ubicado en el Estado de Florida, a causa de inanición.

Conclusión:

La Constitución Nacional, al tratar los derechos personalísimos, comienza determinando los derechos básicos esenciales para el posterior desarrollo de los demás, ubicando al derecho a la vida como principal, como la base y fundamento de los demás.

El cual surge explícitamente de su artículo 29, al expresar que la vida de los argentinos no puede quedar a merced de gobiernos o persona alguna; e implícitamente de su artículo 33, como derecho natural supranacional.

A su vez, la protección de la vida emana de Tratados Internacionales de Derechos Humanos que, al ser ratificados por Argentina, tienen jerarquía constitucional. Como ser, la Convención Americana sobre Derechos Humanos - Pacto de San José de Costa Rica -, en la cual se establece que toda persona tiene derecho a que se respete su vida, agregando que

estará protegido por la ley y en general a partir del momento de la concepción; y nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

Pero - considerando la opinión de M.A. Gelli³² - también es necesario tener presente el artículo 19 de nuestra Carta Magna, ya que de él se desprende la autonomía personal de cada habitante. Principio utilizado, en el caso de los pacientes o enfermos terminales para rechazar o interrumpir una terapia específica o para rehusar medios extraordinarios disponibles por los avances técnicos, con la finalidad de no afectar la dignidad de la persona humana.

Precisamente, de allí se deriva el derecho a morir con dignidad, lo que bien se diferencia de la eutanasia - entendida ésta como toda acción destinada, de modo directo, a procurar la muerte de otro, por piedad y con ayuda de terceros -, ya que aquél implica reservar para el enfermo (o sus familiares o representantes) la decisión acerca del tratamiento a seguir o a discontinuar el mismo, aun sabiendo las consecuencias de ello. Entonces, no sólo se trata del derecho a vivir, sino a vivir incluso los últimos instantes de la existencia con dignidad.

Es por ello que, en todos los casos que leí, pude observar como las personas que padecían una enfermedad terminal, o sus familiares, tenían la necesidad de solicitar la aplicación de aquellos medios que les ayudarían a sobrellevar los últimos momentos de su vida de una manera menos angustiante, o al menos de manera más íntegra.

Sin embargo, al ser una persona que fue criada bajo los principios de la Iglesia Católica - y por ende creyente en la trascendencia al culminar esta vida terrenal - necesité buscar la postura de ésta frente al fin de la vida humana, encontrándome con algunos documentos como la declaración *Iura et bona* del Papa Pío XII, la encíclica *Evangelium Vitae* del Papa Juan Pablo II o el propio *Catecismo*, en los cuales se rechaza todo tipo de técnicas que hagan terminar el ciclo vital, sea de manera abrupta o paulatinamente, ya que la vida humana es sagrada, es fruto de la acción creadora de Dios y nosotros somos meros administradores.

³² GELLI, María Angélica. Artículo: “*La autonomía personal y los derechos de los pacientes a vivir con dignidad*”.

Aun así, traté de realizar este trabajo de la manera más objetiva posible, analizando los diversos métodos empleados para dar término a la existencia y la actitud adoptada al respecto por la humanidad a lo largo de la historia, y fui entendiendo que muchas veces el padecimiento de algunas personas, más allá de su credo, posicionamiento socio-político, nivel cultural y económico, impacta en su modo de vida, en sus sentimientos, su pensar y principalmente en su entorno más cercano, que también sufre viendo como la “luz de esa vida se va apagando”.

Y comprendí que mientras se dé valor a la vida humana, cualquier medio que se quiera o necesite emplear en el ámbito de la medicina o de la bioética va a ser bien acogido, siempre y cuando sea respetando el catálogo de normas vigentes, los valores éticos con los cuales forjamos nuestra sociedad, y priorizando la integridad física y moral propia y de los semejantes.

Bibliografía:

- ✓ ACADEMIA FILOSÓFICA DE LA PLATA. *Eutanasia*. Primera edición. Buenos Aires, marzo de 2001.
- ✓ BASSO, Domingo. *Nacer y morir con dignidad - Bioética*. Tercera edición. Buenos Aires, 1993. Edit. Depalma.
- ✓ BASSO, Domingo M. – Obiglio Hugo O.M. *Principios de Bioética en el Catecismo de la Iglesia Católica*. Texto y comentario de Centro de Investigaciones en ética biomédica. Buenos Aires, julio de 1993.

- ✓ QUIROGA LAVIÉ, Humberto. Derecho Constitucional Argentino. Tomo I. 2°ed. Actualizada. Santa Fe, 2009. Rubinzal Culzoni Editores.
- ✓ ROSATTI, Horacio Daniel. Tratado de Derecho Constitucional. Tomo I. 1°ed. Santa Fe, 2010. Rubinzal Culzoni Editores.
- ✓ SAGÜES, Nestor Pedro. *Manual de Derecho Constitucional*. 2ª.Ed. act. y ampliada. Buenos Aires, 2007. Edit. Astrea.
- ✓ UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO. *Bioética&Derecho: Conferencias y ponencias: primeras jornadas puntanas de Derecho Natural*. Argentina, 1999.
- ✓ Sitios web:
 - <http://www.cij.gov.ar/nota-16952-La-Corte-Suprema-reconoci--el-derecho-de-todo-paciente-a-decidir-su-muerte-digna.html>
 - http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
 - http://centrodebioetica.org/gab_gallery/muerte-digna-entrevista-en-nt24-sobre-fallo-cs/
 - <http://www.encyclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/129-derecho-a-la-vida-humana>
 - <http://www.infobae.com/2015/07/08/1740302-la-diferencia-muerte-digna-y-eutanasia-clave-del-fallo-testigo>
 - <http://derechoshumanosuniversalesdefensa.blogspot.com.ar/2010/02/la-dignidad-humana-y-la-eutanasia.html>
 - <https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/01/22/30873/>