

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a solid blue rectangular background.

El proceso de morir en pacientes terminales y la “ley de muerte digna” en la Argentina [The process of dying in terminal patients and the "law of worthy death" in Argentina]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Beros, Daniel
Publisher	Instituto Universitario ISEDET
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-09-22 16:33:46
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/164216

El proceso de morir en pacientes terminales y la “ley de muerte digna” en la Argentina. Reflexiones ético-teológicas y pastorales

(Documento de trabajo)

Daniel Beros

1. Introducción

La sociedad civil en general y muy especialmente aquellos y aquellas que tienen que ver directa o indirectamente con las problemáticas en cuestión, los enfermos y sus allegados, pero también los profesionales de la salud o representantes del campo jurídico, filosófico y religioso, desde hace tiempo vienen planteando y debatiendo una serie de problemas y dilemas éticos y morales en torno al proceso del morir y a la muerte vinculados al desarrollo de enfermedades terminales o a situaciones de agonía irreversible.

Tanto el debate mencionado como una renovada percepción del alcance ético, moral e institucional de las experiencias que lo motivan fueron encontrando eco en la reciente labor legislativo-parlamentaria argentina. Ello se refleja en la sanción en el año 2009 de la ley 26.529 sobre “Derechos del Paciente” así como especialmente en la promulgación de la ley conocida como “ley de muerte digna” el 9 de mayo de 2012 por parte de la Cámara de Senadores (O.D. Nº 62/12). Esta última es esencialmente una modificación de la mencionada ley sobre “Derechos del Paciente”, que especifica esos derechos y define sus consecuencias personales e institucionales para la situación de pacientes que padecen enfermedades incurables o se encuentren en estado terminal irreversible.

En lo que sigue nos proponemos en primer término presentar sucintamente los lineamientos fundamentales de la nueva ley; luego repasaremos algunas voces representativas que se han expresado públicamente sobre la misma; seguidamente nos propondremos reflexionar desde una perspectiva ético-teológica evangélica sobre el planteo formulado en la legislación; finalmente bosquejaremos algunas consecuencias del nuevo marco jurídico para el acompañamiento pastoral de las personas involucradas.

2. La “ley de muerte digna”

La (así llamada) “ley de muerte digna”, en su Art. 1 modifica primeramente el Artículo 2, inciso e) de la ley 26.529, que versa sobre la “autonomía de la voluntad” del paciente, en los siguientes términos:

“El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

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...”

La normativa aclara que “En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.”

En relación al “consentimiento informado” la ley señala explícitamente que debe incluir la mención del derecho a la limitación del esfuerzo terapéutico y al retiro del soporte vital, así como a recibir cuidados paliativos integrales (Art. 2). Además extiende la potestad de ejercicio del consentimiento informado como base de toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario en los siguientes términos (Art. 3):

“En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193 [NB: “Ley de donación de órganos”], con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.”

La ley, por otra parte, luego de ordenar el registro de la información brindada por el médico en acta firmada por todos los intervinientes en el acto (Art. 4), extiende el derecho de revocar las decisiones vinculadas a consentir o rechazar tratamientos no sólo a los pacientes mismos, sino a las personas señaladas anteriormente, garantizando siempre que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario (Art. 5).

Finalmente establece el derecho a realizar “directivas anticipadas” (conocidas también como “testamento vital”), en los siguientes términos (Art. 6):

“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. 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 testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.”

El texto legal, con el fin de evitar la “judicialización” de la práctica médica enmarcada en la normativa, aclara en el Art. 7 que: “ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.”

Resumiendo: el proyecto de ley, sobre la base de los valores centrales de la “dignidad” y “autonomía de la voluntad” de los pacientes, consagrados ya por la ley 26.529 de “Derechos del Paciente”, concretiza para aquellos que se encuentran en el proceso terminal e irreversible de morir, el derecho de decidir la limitación del esfuerzo terapéutico y de retirar el soporte vital en condiciones de futilidad de los mismos, tanto para los propios enfermos como, de ser éstos incapaces, para sus allegados; igualmente establece el derecho del consentimiento informado y su revocabilidad en condiciones similares, así como la posibilidad de realizar “directivas anticipadas”, a las que se les reconoce validez en la medida que excluyan “prácticas eutanásicas” – todo ello liberando explícitamente de toda responsabilidad civil, penal o administrativa a los profesionales de la salud que actúen en el marco de la legislación en cuestión.

3. Posicionamientos públicos con respecto a la ley

Una de las voces representativas que se expresó públicamente valorando positivamente el significado de la “ley de muerte digna” es el doctor Juan Carlos Tealdi, quien se desempeña como Director del Programa de Bioética del Hospital de Clínicas de la UBA, como asesor de la Secretaría de DDHH de la Nación en cuestiones de bioética y como Presidente de Bio&Sur, Asociación de Bioética y Derechos Humanos. Entrevistado por el periódico *Página/12*, el especialista señaló que la ley “es buena porque apunta a proteger y respetar la voluntad de la persona cuando no puede ejercerla” – ello para el caso concreto y bien delimitado en que los tratamientos “sean extraordinarios o desproporcionados en relación con la perspectiva de mejora o produzcan sufrimiento innecesario”. Para el médico se trata de un planteo

que reconoce y respeta la dignidad de las personas expresando el necesario cambio del paradigma de la “preservación de la vida a toda costa”, religiosamente inspirado, a aquel en que prima la “calidad de vida”, fundado en el respeto a los derechos humanos. En relación al tema particular de la posibilidad de decidir el retiro de la hidratación y la alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de un estadio terminal irreversible o incurable, Tealdi sostiene que esa medida puede ayudar a que el paciente “muera mejor”. Objeción crítica le merece en cambio el requerimiento de formalización de la “directiva anticipada” ante escribano o juzgado de primera instancia. Según su opinión “este punto es un obstáculo en el ejercicio del derecho... Se debería promover que todas las instituciones médicas ofrezcan el trámite rápido a toda persona que se interna para informarle de este derecho y facilitarle la posibilidad de hacer las directivas anticipadas ahí mismo. Si no, no tiene ningún sentido.”¹

Otra voz que se ha manifestado públicamente sobre la sanción de la “ley de muerte digna” ha sido la de los obispos católico-romanos, a través de una declaración de la Comisión Ejecutiva de la CEA, fechada el 16 de mayo de 2012.² En dicha declaración los obispos valoran positivamente el “avance” que significa la nueva norma “en aspectos referidos a la proporcionalidad de los medios a utilizar en enfermos terminales que eviten un encarnizamiento terapéutico”. Ese punto de vista se basa en que “mantener una vida con medios artificiales no siempre es moralmente obligatorio”. Por otra parte, la Comisión destaca aprobatoriamente la importancia dada “a la voluntad del paciente y de sus familiares, como parte de los derechos personalísimos del enfermo” puesto que “el rechazo de estos medios artificiales no sólo es válido, puede ser recomendable”. Los obispos, además, valoran la prohibición de la eutanasia. Es en relación con este último punto de vista que se pronuncian críticamente sobre la posibilidad del retiro de la hidratación y la alimentación. Según los obispos tales medidas no deben ser entendidas como si fueran

¹ Al respecto Tealdi señala que “tener muy hidratado a un paciente terminal le incrementa el sufrimiento, porque lo mantiene lúcido. Si se le va reduciendo la hidratación, que se suministra por sonda, se deprime sensorialmente y muere de mejor manera, sin la angustia de saber su muerte inminente, o sufrir dolores. A veces, se decide no alimentar a un paciente –también se usa sonda– porque se puede atragantar. O si se lo alimenta, el cáncer puede seguir avanzando aún más...”. Mariana Carabajal, “Protege la voluntad de la persona”, en: Diario *Página 12* (edición electrónica del 10.05.2012). Para una ubicación más amplia de la perspectiva bioética de Tealdi, ver: Juan Carlos Tealdi, “Bioética de los Derechos Humanos”, en: Juan Carlos Tealdi (Director), *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 177-180. Allí mismo referencias bibliográficas.

² Cf. “Declaración de la Comisión Ejecutiva de la CEA” del 16 de mayo de 2012, en: <http://www.episcopado.org/porta/componen/k2/item/648-declaración-de-la-comisión-ejecutiva-de-la-cea.html>

“medios desproporcionados”, sino como “un acto humanitario que hace a una muerte digna”. Su privación, a su juicio, sería una “eutanasia pasiva”.³

Desde el campo religioso también se posicionó públicamente sobre la normativa Daniel Goldman, de la Comunidad Bet-El. En una nota publicada en el diario “Página 12” con el título “¿Prolongar la vida o la agonía?”, el Rabino manifestó su apoyo a la iniciativa sosteniendo su compatibilidad fundamental con los principios de la tradición rabínica judía.⁴ Si bien la tradición judía “establece la imperiosa obligación de proporcionar cura con el objeto de salvaguardar y mantener la vida humana”, que antepone al cumplimiento de cualquier precepto religioso (incluido el de guardar el sábado), en la situación médico-tecnológica actual “la discusión debería centrarse en el dilema de si lo que se hace es prolongar la vida o extender la agonía”. Según la interpretación de Goldman la tradición rabínica permite retirar medios que dilatan innecesariamente la agonía. De allí que sostenga: “...En lo personal, adhiero a la idea de que cuando un paciente sufre acuciantes e intolerables dolores, o simplemente vegeta sin posibilidad real de encontrar una situación de mejoría a través de métodos científicos, no es ni ética ni moralmente erróneo dejar de proporcionarle tratamiento. Porque la muerte digna debe ser parte de la vida digna.”

4. Reflexiones ético-teológicas desde una perspectiva evangélica

La problemática que está a la base de la “ley de muerte digna” se viene planteando desde que los medios tecnológicos modernos aplicados a la medicina posibilitan mantener con vida a pacientes terminales o que presentan cuadros irreversibles de una manera que ya no guarda relación con la intencionalidad terapéutica que es característica del arte médico. En esa situación los medios artificiales pueden dilatar con violencia lo que sería el desenlace natural de un cuadro sin otra perspectiva efectiva que el morir. Tanto legisladores como otros participantes del debate que condujo a la promulgación de la norma coinciden en sostener que en tales circunstancias tiene lugar una grave lesión de la dignidad humana de la persona de los enfermos así como una violación del derecho que los asiste, una vez dada la irreversibilidad terminal de su situación médica, a decidir la limitación del esfuerzo terapéutico a fin de gozar de una finalización de la vida acorde a la dignidad que le es propia.

Desde un punto de vista ético-teológico la lucha contra las enfermedades y los sufrimientos es una tarea que tiene su fundamento último en la misericordia de Dios hacia sus criaturas – misericordia que se manifestó en toda su hondura y radicalidad en la encarnación del Hijo, Jesucristo, quien “llevó... nuestras

³ Para un enfoque más amplio de la temática desde la perspectiva del episcopado argentino, ver: Rubén Revello y otros, *Familia y vida. Compendio de cuestiones legislativas*, Buenos Aires, CEA, 2004, p. 85-91.

⁴ Daniel Goldman, “¿Prolongar la vida o la agonía?”, en: Diario *Página 12* (edición electrónica del 15.05.2012)

enfermedades y sufrió nuestros dolores” (Isaías 53,4), hasta la Cruz; su Resurrección es la afirmación de la vida de sus criaturas como la realidad amada en la que Dios lleva a cabo su salvación y renovación definitiva, venciendo al pecado y la muerte.

Esa perspectiva, que confiesa la redención de las personas en su integralidad corporal-espiritual como meta de la obra sanadora y liberadora del amor de Dios; que afirma la dignidad de todo ser humano fundada en aquel volverse misericordioso de Dios hacia su criatura en Jesucristo, lleva a los cristianos a luchar contra toda forma de enfermedad, menoscabo y violencia hacia los seres humanos y el resto de la creación.

Esta perspectiva no siempre fue sostenida a lo largo de la historia del cristianismo y de la iglesia. Tempranamente, la visión hebrea del ser humano y su salvación, propia del Nuevo Testamento, que comprende la integridad corporal-espiritual indivisible como objeto de la bendición, del amor y de la salvación de Dios, fue abandonada a favor de la visión griega, que separa el “alma” del “cuerpo” sobre la base de una valoración de la primera y una degradación ontológica del segundo: Dios, desde entonces, salva sólo el alma – el cuerpo ya no importa. Esa visión contribuyó a través de los siglos a que en el seno de la cristiandad las personas pudieran ser violentadas en su corporalidad sin “mala conciencia” por parte de los agresores. Así, los “herejes”, las “brujas” y los “paganos” podían ser torturados, encomendados a la hoguera o aniquilados sin que se viera en ello contradicción alguna con el Evangelio. Esa visión, desde la que – en el caso de la historia reciente de nuestro país – también se proveyó consuelo y legitimación a los torturadores y asesinos de la última dictadura por parte de sus “asistentes espirituales”, sigue facilitando aún hoy que el sistema capitalista dominante someta los cuerpos de las personas a un régimen productivo y cultural global que los enferma y los daña profundamente.

No obstante, los cristianos están llamados a librar la lucha contra el sufrimiento y la enfermedad sin perder de vista que la obra salvadora *le pertenece a Dios*, y no a ellos; que ellos deben permanecer seres humanos, sus *criaturas*, en su intento de colaborar con él ayudando y sirviendo a la salud y la vida de los enfermos y sufrientes, esperando en ello la asistencia de Dios, sin ceder a la tentación de querer – por medio del poder de la ciencia y de la tecnología – “llegar a ser como Dios” (Gen 3).⁵

Es por eso que en este mundo, en el que aún viven sujetos a las condiciones de la finitud y del pecado, en el que aún aguardan la consumación plena de la obra de renovación y salvación de la creación entera, deben reconocer y aceptar *sus límites y determinaciones*, en las que “todo tiene su tiempo... tiempo de nacer y tiempo de morir” (Eclesiastés 3,1.2). Pues, con la pérdida de la distinción entre Creador y criatura, entre Salvador y colaborador, con el desconocimiento de esos *límites*, la acción de ayuda se transforma en su

⁵ Esta distinción fundamental puede seguirse por ej. en el planteo que realiza Dietrich Bonhoeffer en el famoso pasaje de su ética en el que trata sobre la relación entre “lo último” y “lo penúltimo”. Cf. del mismo, *Ética*, Madrid, Trotta, 2000.

contrario, en violencia y tiranía. Es en este sentido que una ética cristiana del arte médico puede y debe hacer suyo el principio planteado por el doctor Juan Carlos Tealdi:

“Un buen médico debería guiarse con el fin al que van dirigidas sus acciones, es decir, sacar al paciente adelante, para que se cure. Pero llega un punto en que esa finalidad de la Medicina, procurar salvar la vida, se modifica cuando ya no se puede hacer nada –frente a un cuadro terminal, por ejemplo– y entonces cambia la perspectiva: y el fin es que la persona se muera de la mejor manera posible.”⁶

La necesidad de *permanecer seres humanos, criaturas de Dios*,⁷ tanto en el intento de curar como en la experiencia del transitar el fin de la vida hacia la muerte, reconociendo y aceptando la debilidad y finitud de todo lo que es “carne” en esta vida, debe orientar la praxis médica teniendo como criterio fundamental el *respeto de la dignidad de los seres humanos, creados a imagen y semejanza de Dios*. Creemos que el derecho del paciente a limitar el esfuerzo terapéutico cuando médicamente “ya no se puede hacer nada”, que la nueva normativa reconoce y afirma, tiene la virtud de posibilitar la *preservación de los límites que resguardan la humanidad* de todas las personas intervinientes frente a una lógica técnico-instrumental y económica, que – cosificando y mercantilizando a las personas – tiende a perderla de vista y a negarla. Ello es así en la medida en que la ley apunta a sostener la distinción fundamental entre un *hacer* que provoca la muerte del enfermo, que prohíbe como *práctica eutanásica*, y un retirar, omitir o *dejar de hacer* en el caso de una vida moribunda que sólo se sostiene a causa de medios que la prolongan artificialmente, para dar lugar a la *muerte natural*.⁸

En cuanto a la posibilidad de decidir el retiro de la hidratación y la alimentación, creemos – por lo dicho anteriormente – que debiera tener lugar únicamente si se determinara fehacientemente que su mantención tiene como *único efecto* una prolongación sin sentido de la agonía del paciente y si su retiro no diera lugar a sufrimientos adicionales. Sólo entonces se guardaría la lógica de mantenerse en los límites dentro de los cuales es posible – permaneciendo criaturas de Dios – respetar la vida humana en su dignidad, también en su fin.

Con respecto a las “directivas anticipadas” pensamos que es imprescindible garantizar que su ejecución concreta no quede librada a los mecanismos impersonales de las instituciones, sino que su implementación *permanezca incondicionalmente sujeta al control del paciente y de las personas en que éste haya depositado su plena confianza*.

⁶ Mariana Carabajal, op. cit.

⁷ Cf. Hans Ulrich, *Wie Geschöpfe leben – Konturen evangelischer Ethik*, Münster, Lit, 2005.

⁸ Cf. Jürgen Moltmann, *Ethik der Hoffnung*, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 2010, p. 113ss.

El autor es Doctor en Teología por la Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Alemania. Profesor Titular y Coordinador del Departamento de Teología Sistemática del IU ISEDET. Pastor de la Iglesia Evangélica del Río de la Plata en la comunidad “Casa San Pablo” (Misión al Oeste). Coordinador de las Comisiones de Reflexión Teológica y de Capacitación para el Ministerio Pastoral de la IERP.