



Suicidio Asistido, Eutanasia y Muerte Digna en Argentina

Barrenechea, C. Romina

El 9 de Mayo pasado fue sancionada en Argentina la llamada Ley de “*muerte digna*” y promulgada de hecho el 24 de Mayo. Esta ley, que lleva el N° 26742, realiza importantes modificaciones a la Ley N° 26529 de octubre de 2009, que establece Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Esta nueva ley significa un avance y una ampliación de los derechos de las personas respecto de las medidas médicas frente a la eventual muerte.

Es importante destacar que el marco legal ahora vigente, no ampara lo que se denomina *eutanasia*, concepto definido en el diccionario de la Real Academia Española de la siguiente manera: *(Del gr. εὖ, bien, y θάνατος, muerte). 1) f. Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él. 2) f. Med. Muerte sin sufrimiento físico.* Se entiende entonces que la ***eutanasia*** es provocar la muerte sin dolor, a los efectos de que la persona a la que se le practique dicha técnica no sufra. Que sea con o sin consentimiento supone que la eutanasia remite tanto a personas que quieren morir por su propia voluntad (por cuestiones médicas u otras) como a personas que no quieren hacerlo, por ejemplo el caso de los condenados a muerte. Esta nueva ley tampoco ampara el denominado ***suicidio asistido***, que se diferencia de la eutanasia ya que se refiere a que es el mismo sujeto quien se da muerte, poniendo fin a su vida por medio del asesoramiento de un tercero sobre los métodos y/o técnicas necesarias. En cambio, a través del texto de la Ley podemos pensar en el concepto de ***muerte digna*** como el rechazo a la aplicación de procedimientos cuando sean desproporcionadas con relación a la mejoría respecto a la enfermedad o produzcan un sufrimiento intolerable.

De este modo encontramos tres términos que generan debate sobre la decisión de una persona respecto a su propia vida. La Ley 26529 hace referencia a que los pacientes tienen derecho a aceptar/rechazar terapias y/o procedimientos médicos, agregándose ahora que tienen también derecho a rechazar distintos procedimientos, cuando la persona presente: *“una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”*. Respecto de la diferenciación de los conceptos antes expuesta, en uno de sus artículos la Ley 26742 prevé 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”*.

Se entiende entonces que las personas tienen el derecho de rechazar determinados tratamientos, aun sabiendo que esto les provocará la muerte. Pueden existir circunstancias donde los pacientes manifiesten su voluntad respecto a poder ejercer su derecho a una muerte digna y es relevante pensar en el caso por caso, en la singularidad en situación. Pues a pesar de la existencia de una legislación que ampare dicho derecho, nos encontramos frente a escenarios ante los cuales se tendrá que tomar una decisión, por ejemplo, quitarle el respirador artificial a alguien que se encuentre en estado de coma o en estado de inconsciencia permanente. Según lo expresa el texto de ley, los familiares a cargo podrán tomar esta decisión o bien hacer la voluntad del paciente si es



que éste lo ha dejado por escrito legalmente. Aún así, una decisión siempre implica tomar una posición subjetiva frente a las circunstancias.

Situaciones como las mencionadas ameritan la intervención de psicólogos en tanto agentes de salud para poder asistir a esos sujetos que enfrentan la idea de abandonar la vida por determinada circunstancia, o que atraviesan la fase final de una enfermedad terminal. En principio, una evaluación general del sujeto puede tornarse necesaria para arribar a un diagnóstico diferencial que permita identificar los motivos de la decisión. Será importante distinguir, por ejemplo, si atraviesa un Trastorno Depresivo Mayor que lo lleve a tomar esa decisión, en cuyo caso, incluso, se pondría en duda si se trata de una verdadera decisión pues la misma supone sopesar distintas cuestiones y en este tipo de cuadros tal posibilidad está obturada por el padecimiento psíquico, sumado al padecimiento físico. Por otra parte es importante que pueda implementarse una red de contención para los familiares, tanto para aquellos que no aceptan la decisión del sujeto como para aquellos otros que sí lo aceptan pero que de todos modos tendrán que atravesar un duelo.

Aspectos generales de la Ley N° 26742

A modo informativo, se detallan los cambios que realiza el texto de la promulgación, la misma es un avance a favor de los derechos de las personas.

La Ley 26742, en su **artículo 1°**, modifica el inciso *(e) autonomía de la voluntad* del artículo 2° de la Ley 26529 referido a los derechos del paciente. La nueva redacción es la siguiente:

“Autonomía de la voluntad. 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 con 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.

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”.

Así mismo el **artículo 2°** modifica al artículo 5° *Definición*, del capítulo III “*Del consentimiento informado*” de la Ley 26529, siendo redactado como sigue:



“Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;*
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;*
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;*
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;*
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;*
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”*

El **artículo 3°** modifica el artículo 6° *Obligatoriedad*, del capítulo III “Del consentimiento informado” siendo consignado:

“Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

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, 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”

En el **artículo 4°** se incorpora a la Ley 26529, el inciso (f):

“En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto”



El **artículo 5°** modifica el artículo 10° *Revocabilidad*, del capítulo III “*Del consentimiento informado*”:

“Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en 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”.

El **artículo 6°** modifica el artículo 11°, *Directivas anticipadas*, del capítulo III “*Del consentimiento informado*” quedando de esta forma:

“Directivas anticipadas. 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 (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”.

El **artículo 7°** incorpora el artículo 11 (bis) a la Ley 26529:

“11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma”.