

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Ángel Rubén D´Amico

EUTANASIA EN CUADRIPLÉJICOS

2019

Citar como: D´Amico, A. R. (2019). Eutanasia en cuadripléjicos. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

Resumen / Abstract - Palabras clave	2
1- Introducción	3
2- Planteamiento del Problema	4
3- Desarrollo	5
Definición del término eutanasia	5
Clasificación (4)	5
Un poco de historia	5
Eutanasia y la ley: ¿Existe un derecho a morir?	6
Aspectos legales en el mundo	9
Antecedentes legales en Argentina: Ley de Muerte digna	11
Cuadriplejía (13)	13
Cuadriplejía y eutanasia	14
4- Conclusiones	18
5- Bibliografía	19

Resumen / Abstract - Palabras clave

El modo de finalizar la vida es una cuestión que ha generado grandes debates en toda sociedad, reflejándose en todos los ámbitos culturales, filosóficos y religiosos a través de la historia. A través de una búsqueda bibliográfica desarrollaremos el tema de eutanasia y su posibilidad de aplicación en casos de cuadriplejía. Con el correr del tiempo, el avance de la ciencia y la tecnología aplicada al ámbito de la salud y la obsesión por prolongar la expectativa de vida de las personas a cualquier precio, provocaron un alerta en las sociedades modernas, las cuales a través de casos concretos y luego de largos debates ideológicos, hicieron evidente la necesidad de que se sancionara una ley que regulara las cuestiones atinentes al proceso de la muerte, es así como en este marco de ideas surge en nuestro país la denominada ley de Muerte Digna. Si bien la norma constituye un avance más que importante, no deja de generar algunos dilemas sociales a la hora de ser aplicada a determinados casos particulares dentro del amplio margen de situaciones que pueden surgir.

The way to end life, is an issue that has generated much debate in every society, reflected in all the cultural, philosophical, religious through history. Through a bibliographic search we will develop the topic of euthanasia and its possibility of application in cases of quadriplegia. With the passage of time, the advance of science and technology applied to the field of health and obsession to prolong the life expectancy of people at any cost led to a warning in modern societies, which through specific cases and after long ideological debates revealed the need to sanction a law to regulate matters pertaining to the process of death, and in this framework of ideas arises in our country called death with Dignity law. While the standard is a step more than important, it does generate some social dilemmas when finished be applied to particular cases within the wide range of situations that may arise.

palabras clave: eutanasia, muerte digna, cuadripléjico

1- Introducción

La palabra eutanasia viene del griego, así : eu = bueno, thanatos = muerte. "Buena muerte" término que ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona, a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento. (1)

Dentro de las clasificaciones conocidas, la más utilizada es la que divide a la eutanasia como activa o pasiva, siendo la primera por realizar actos que provoquen la muerte y la segunda es al DEJAR de realizar actos que prolonguen la vida, dejando que la misma quede liberada a su suerte o al devenir de su enfermedad, con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico. Esta última también es conocida como muerte digna.

Ha habido una profunda investigación sobre la eutanasia, uno de los dilemas históricos más discutidos de la medicina. Médicos, religiosos, abogados y familiares de enfermos terminales, dejan su testimonio sobre el tema. La mayoría admite la eutanasia pasiva, es decir, evitar prolongar la vida de un paciente por medios mecánicos cuando se sabe que aquel ya no tiene posibilidades de vivir (eutanasia pasiva o muerte digna) hoy se la entiende como favorecer el fallecimiento inevitable a una persona que ya no puede soportar los dolores de una enfermedad terminal y que no tiene ninguna esperanza de vida, convirtiéndose en una pesada carga para sí misma y para su familia, en lo espiritual, psicológico y hasta económico.

La eutanasia constituye un desafío desde el punto de vista ético y también desde lo legal. Algunos enfermos desahuciados piden que los dejen morir con dignidad para que se acaben sus sufrimientos. Ahí se presenta todo un dilema para los médicos y familiares, quienes deben adoptar una decisión final.

Mirando al paciente cerca de la muerte, se puede ver la dignidad del mismo desde ciertos puntos de vista:

1. El derecho a morir es más una exigencia ética que un derecho en toda la extensión de la palabra, y no se refiere al morir en sí, sino a la forma y razones de y para morir
2. Los derechos del paciente, son reconocidos por la ley, y se pueden tomar como criterio moral de la ética del morir. Y el contenido que tiene esta resolución, supone una serie de exigencias que han de ser realizadas por parte de la sociedad : Atención al moribundo para aliviar el dolor y prolongarle la vida; estar verídicamente informado sobre su enfermedad; conocer y recibir explicaciones sobre costos de su tratamiento; derecho a que su voluntad personal sea respetada, todo a través de un comité de Etica Hospitalaria.

El morir dignamente sería entonces el morir libre de dolor, con los analgésicos y tranquilizantes necesarios para el desasosiego y con el suministro de medicamentos que se requieran contra las incomodidades que se puedan presentar, eliminando en lo posible el sufrimiento de toda índole, siendo respetado y tratado como ser humano, cumpliendo con las condiciones planteadas en el punto anterior. Aunque no solamente reduciendo el dolor, lo que vale es una vida con cierta autonomía y libertad. El morir dignamente es que se respete la dignidad del moribundo, existen procesos de fallecimiento en que medidas de encarnización médica entran en conflicto con la dignidad de la persona, no se debe, entonces, anteponer el tratamiento médico a la dignidad de la persona, hay casos en que el paciente anhela de alguna manera la muerte, pero por causa de la intromisión médica, escudada en un deber moral, el paciente debe soportar una degradación tan grande que no la iguala lo terrible que podría ser el camino hacia la muerte, destruyéndose la dignidad de la persona, por lo cual éstas medidas ya no conservan un ser humano, sino lo que hemos llamado mejor: una piltrafa humana. Lo que debe preservar el médico es al ser humano integral y no solamente una mera existencia vegetativa. (2)

Eutanasia y la ley: ¿Existe un derecho a morir?

Dentro de los debates éticos en la profesión médica, la eutanasia goza de una singular actualidad. Después de años, una gran literatura médica ha sido publicada a favor y en contra. La discusión gira alrededor de la tensión entre los imperativos éticos para aliviar el sufrimiento, particularmente en pacientes terminales quienes toman una decisión consciente de finalizar sus vidas, y la proscripción contra la participación del médico y otros profesionales de la salud en el control de una vida.

El tema no es nuevo, la eutanasia es la terminación deliberada de la vida de un paciente en orden a prevenir posteriores sufrimientos. Es decir, se entiende como acción u omisión que por su naturaleza o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor.

Es bueno detenerse aquí; dado que el debate se plantea desde un punto de vista supuestamente humanitario y muchas veces con una terminología que oculta el verdadero carácter del acto. Así, conceptos como "derecho a disponer de la propia vida", "derecho a una muerte digna", "morir con dignidad", ocultan el intento de dignificar el suicidio y la cooperación homicida con el suicida.

Una muerte digna encuentra respuesta, no en la legalización de la eutanasia, sino en el desarrollo y difusión de cuidados paliativos, tratando de eliminar el sufrimiento y no al ser humano que sufre, compartiendo sus temores e incertidumbres, en la actitud solidaria de sus familias hasta sus últimos momentos. (3)

Pero en determinadas circunstancias nos encontramos ante un ser humano que sufre, que no tiene ninguna enfermedad terminal, pero que sus padecimientos y los de su familia hacen que el mismo paciente solicite, dado que se encuentra discapacitado como para hacerlo, que le quiten la vida. Enfermedades crónicas incapacitantes como algunas neurológicas y otras congénitas son ejemplo de ello. También los cuadripléjicos por diferentes causas como veremos más adelante.

2- Planteamiento del Problema

Formulación: Aplicación de la ley de muerte digna en cuadripléjicos.

Argumentación: En base a la ley existente que respeta la autonomía del paciente por sobre todo, no hay antecedentes ni posibilidades que un cuadripléjico, que no se trata de un enfermo terminal como fuera argumentado en el último párrafo de la introducción, pueda decidir terminar con su vida de sufrimiento dignamente.

Metodología: A través de revisión bibliográfica, de antecedentes normativos, jurisprudencia y experiencia en nuestro país y en el mundo, han sido la base para la presentación de la presente tesis.

Objetivos Generales: Analizar la posibilidad de aplicar la ley de muerte digna o practicar eutanasia a los cuadripléjicos que así lo soliciten.

Objetivos específicos: 1- desarrollar el concepto de eutanasia y compararlo con el concepto de muerte digna

2- describir las características comunes a los pacientes cuadripléjicos.

3- evaluar la posibilidad de realizar eutanasia en tales pacientes según la legislación vigente.

3- Desarrollo

Definición del término eutanasia

La palabra eutanasia viene del griego, así : eu = bueno, thanatos = muerte. "Buena muerte" término que ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona, a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento. (1)

Clasificación (4)

- Eutanasia pasiva: este es un término mal utilizado por los medios de comunicación y a lo único que se refiere es a la muerte natural, así se suspende el uso de los instrumentos de apoyo de vida o el suministro de medicamentos para que se dé una muerte completamente natural que no contraria en nada la ley natural. Sería DEJAR de realizar actos que prolonguen la vida, dejando que la misma quede liberada a su suerte o al devenir de su enfermedad, con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico. Esta última también es conocida como muerte digna.

- Eutanasia activa: este término se refiere a la muerte que se ocasiona de una manera directa para poner fin al sufrimiento del paciente.

El suicidio asistido se relaciona con la eutanasia activa, este se produce cuando alguien le da información y los medios necesarios a un paciente para que pueda terminar fácilmente con su propia vida.

Con anterioridad se ha visto el contenido semántico del término eutanasia que significa inicialmente la muerte en paz, sin dolores, incluso en plenitud de conciencia, sin disminución de las cualidades psíquicas del individuo.

La eutanasia activa, se puede hacer de dos maneras:

1. Por acción directa del médico.
2. Por orientaciones e indicaciones del médico, mediante las aplicaciones de drogas o gases mortales.

Esta última hace tan responsable al médico, como cuando se manda una droga para curar al paciente. Se inventaron multitud de fórmulas, se han hecho folletos de cómo producir la muerte. Posiblemente quedará en la conciencia de cada cual, si procede o no.

Existe una condena casi unánime a la llamada eutanasia activa, o sea, propiciar la muerte de alguien aplicando alguna sustancia para acabar con su vida.

Un poco de historia

En el mundo grecorromano, ésto significa el morir bien, sin dolor, no tiene en cuenta la ayuda al morir. Cicerón le da significado a la palabra como "muerte digna, honesta y gloriosa". (5)

En la Historia Griega, Platón (427-337 a.C.) dice en La República : "Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo". (6) Sin embargo lo contrario opina Hipócrates (S. V a.C.) en su juramento afirma que no dará medicamento mortal por más que se lo soliciten. (7)

En los Romanos, la práctica es múltiple: Muerte sin dolor por miedo a afrontar conscientemente el sufrimiento y la propia destrucción (Tácito en sus Anales) (8)

Los Estoicos, (Séneca, Epícteto entre otros) ven la Eutanasia así: Séneca : "Es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento". Epícteto predica la muerte como una afirmación de la libre voluntad. (8)

Un nombre importante en la historia de la eutanasia es Nietzsche, que consideraba debía aplicarse tal práctica a los "*parásitos de la sociedad, a los enfermos que vegetan perezosamente*". El influjo de Nietzsche será muy relevante en el nazismo, tanto en el tema de la eutanasia como en otros.

A finales de 1939 se encontraba en la Clínica Pediátrica Universitaria de Leipzig, dirigida entonces por el profesor doctor Catel, un niño ciego y subnormal con sólo dos extremidades. Su abuela dirigió una solicitud a Hitler para garantizarle la llamada "mercy killing" o muerte por compasión.

Hitler envió a su médico particular, el doctor Brandt, quien, tras una consulta con el doctor Catel, autorizó la aplicación en ese caso de la eutanasia.

El 18 de agosto de 1939 se dispuso la obligación de declarar los recién nacidos con defectos físicos. Tres peritos de la máxima solvencia, entre ellos el doctor Catel, decidían la muerte o la vida del niño y extendían una autorización, fundándose en el formulario de las declaraciones. Los médicos de los 21 departamentos pediátricos de Alemania habían sido instruidos verbalmente de que este escrito otorgaba la autorización para matar al niño. Se calcula en unos 5,000 el número de niños exterminados, mediante la administración de morfina o luminal. Poco después, Hitler dictaba las normas legales que legitimaban en el ordenamiento jurídico de la Alemania Nacional Socialista, la eutanasia.

Por primera vez en la historia, la autoridad política emanada de unas elecciones rigurosamente democráticas aprobaba la supresión de "vidas humanas sin valor", que permitió la puesta marcha de la llamada Acción T-4, programa nazi de implantación de la eutanasia. (9)

Las razones de su aprobación fueron motivos supuestamente "humanitarios", muy parecidos a los que se alegan en la actualidad. Era el inicio de un vasto plan de exterminio que arrojó un saldo de seis millones de vidas y el único precedente legal.

Eutanasia y la ley: ¿Existe un derecho a morir?

Es indudable, que el primordial derecho que puede asistir hoy a todo ser humano es el de la vida, pero cuando se ve afectado por unas condiciones de salud lamentables, que llevan a quien las padece a verse en una situación en la cual se ve recluido en una unidad de cuidados intensivos, de la cual no se sabe si saldrá, donde su existencia está en la cuerda floja, donde puede existir una salida irreversible, donde la existencia dependerá en el futuro de medios extraordinarios, conectado a máquinas como el respirador artificial, o encarcelado en un cuerpo muerto por una cuadriplejía irreversible, cabe preguntarse si se está cuidando la vida o prolongando la agonía que nos puede llevar a la muerte.

Sin embargo, se debe reconocer algo al ser humano, y es el derecho a que se le reconozca la posibilidad de disponer de su propia vida en situaciones especiales simplemente por la dignidad que éste puede tener, el reconocerle a un ser humano la posibilidad de definir qué hacer con su vida, es respetar la humanidad del otro (su humanidad), es el respeto de la libertad y de la vida propia, y esto nos ayuda a definir lo que es una vida digna, se puede argumentar desde este punto de vista, de la dignidad humana, la exigencia de instaurar la eutanasia (bajo ciertas condiciones) como una lucha por el reconocimiento del derecho a la muerte digna, entendiendo por muerte indigna aquella que prolonga inmisericordemente la

vida por medios artificiales, en la que la vida se escapa lentamente y se da un apego puramente al cuerpo físico.

Mirando al paciente cerca de la muerte, se puede ver la dignidad del mismo desde ciertos puntos de vista:

1. El derecho a morir es más una exigencia ética que un derecho en toda la extensión de la palabra, y no se refiere al morir en sí, sino a la forma y razones de y para morir
2. Los derechos del paciente, son reconocidos por la ley, y se pueden tomar como criterio moral de la ética del morir. Y el contenido que tiene esta resolución, supone una serie de exigencias que han de ser realizadas por parte de la sociedad : Atención al moribundo para aliviar el dolor y prolongarle la vida; estar verídicamente informado sobre su enfermedad; conocer y recibir explicaciones sobre costos de su tratamiento; derecho a que su voluntad personal sea respetada, todo a través de un comité de Ética Hospitalaria.

El morir dignamente sería entonces el morir libre de dolor, con los analgésicos y tranquilizantes necesarios para el desasosiego y con el suministro de medicamentos que se requieran contra las incomodidades que se puedan presentar, eliminando en lo posible el sufrimiento de toda índole, siendo respetado y tratado como ser humano, cumpliendo con las condiciones planteadas en el punto anterior. Aunque no solamente reduciendo el dolor, lo que vale es una vida con cierta autonomía y libertad. El morir dignamente es que se respete la dignidad del moribundo, existen procesos de fallecimiento en que medidas de encarnización médico-terapéuticas entran en conflicto con la dignidad de la persona, no se debe, entonces, anteponer el tratamiento médico a la dignidad de la persona, hay casos en que el paciente anhela de alguna manera la muerte, pero por causa de la intromisión médica, escudada en un deber moral, el paciente debe soportar una degradación tan grande que no la iguala lo terrible que podría ser el camino hacia la muerte, destruyéndose la dignidad de la persona, por lo cual éstas medidas ya no conservan un ser humano, sino lo que hemos llamado mejor: una piltrafa humana. Lo que debe preservar el médico es al ser humano integral y no solamente una mera existencia vegetativa.

Dentro de los debates éticos en la profesión médica, la eutanasia goza de una singular actualidad. Después de años, una gran literatura médica ha sido publicada a favor y en contra. La discusión gira alrededor de la tensión entre los imperativos éticos para aliviar el sufrimiento, particularmente en pacientes terminales quienes toman una decisión consciente de finalizar sus vidas, y la proscripción contra la participación del médico y otros profesionales de la salud en el control de una vida.

Ahora, analicemos los argumentos esgrimidos para su legalización:

- 1) La primera es la razón de la libertad o autonomía: cada persona tendría derecho a controlar su cuerpo y su vida incluso su muerte.
- 2) La segunda, estima que la vida del paciente puede carecer de valor según criterios objetivos: dolores insoportables, estado terminal, como irreversible, senilidad avanzada, situación de grave postración física o psíquica. Aquí la elección del paciente puede ser una confirmación del juicio objetivo, pero en el caso de que no expresara su parecer el médico o los familiares pueden interpretar en vez del paciente su supuesto deseo de no permanecer vivo en tales condiciones.

Por tanto, lo que justifica aquí el homicidio por piedad no es la voluntad autónoma del paciente, sino el presunto amor compasivo del médico.

Estas actitudes corresponden a dos visiones de la ética médica muy difundidas actualmente: la escuela de la compasión y la escuela de la autonomía. A pesar de sus diferencias, ambas coinciden en negar que la medicina sea intrínsecamente una profesión moral con principios

que puedan poner límites a lo que los médicos o enfermos consideran subjetivamente más conveniente.

Vale la pena recordar aquí el juramento hipocrático por los valores éticos que encierra: "Jamás proporcionaré a persona alguna un remedio mortal, si me lo pidiese, ni haré sugestión alguna en tal sentido; tampoco suministraré a mujer alguna un remedio abortivo. Viviré y ejerceré mi arte en santidad y pureza" (siglo V a.c.) (7)

Vale preguntarse: ¿la sociedad ha cambiado tanto como para perder esa actitud de respeto ante la vida y la muerte?; ¿cuál será el nuevo código de ética por el jurarán nuestros graduados?; ¿por qué se exalta la dignidad humana y en los hechos se le denigra?; ¿es éticamente neutra la profesión médica?

Según la primera escuela, la medicina es moralmente neutral y sólo se usa bien cuando se adapta a los deseos del paciente. Según la segunda escuela, lo que hace éticamente buenas las acciones del médico no es la voluntad del paciente, sino el motivo filantrópico y compasivo del doctor, no en cuanto profesional sino en cuanto ser humano.

Sin embargo: ¿cómo se puede probar de un modo objetivo que un médico ha matado a un paciente por compasión?; ¿qué se entiende por sufrimientos intolerables?; ¿cómo se puede determinar la validez del consentimiento, cuando en el contexto emocional que rodea al paciente pueden darse distintos grados de miedo, ansiedad y depresión? La petición del paciente no es necesariamente una base firme, porque es sabido que en realidad, pedir la muerte a menudo significa algo más: puede ser una petición de ayuda y comprensión ¿Quién sería el encargado de matar al enfermo? En caso de ser el médico, esto desvirtuaría la esencia de su profesión llamativamente con aquellos que por su situación, necesitan tener más confianza en él ¿Cuál es el caso límite que plantea tal recurso humanitario? Enfermos terminales, se dice en un principio, pero sus defensores ocultan sus verdaderos propósitos, ya que son partidarios de aplicar también la eutanasia a determinados enfermos no terminales; adultos con incapacidades mentales, esclerosis múltiple, paraplejia, anomalías neuromusculares, etcétera. ¿Esto no nos hace recordar alguna época pasada?

Hoy en día es necesario afirmar, que la medicina no se opone al cese del tratamiento cuando sólo sirve para prolongar la muerte, ni al uso de ciertas medidas para aliviar el sufrimiento, aunque tengan como inevitable consecuencia abreviar la vida.

Los médicos nunca deberían provocar la muerte; la medicina no está para eso, aunque alguna ley lo permitiera o sea solicitado por el paciente, su familia o un comité de cuidados hospitalarios.

Una muerte digna encuentra respuesta, no en la legalización de la eutanasia, sino en el desarrollo y difusión de cuidados paliativos, tratando de eliminar el sufrimiento y no al ser humano que sufre, compartiendo sus temores e incertidumbres, en la actitud solidaria de sus familias hasta sus últimos momentos.

Dentro de la eutanasia positiva, la moral clásica ha distinguido, basándose en el principio moral del doble efecto, entre una eutanasia *directa* y otra *indirecta*. En el primer caso, la acción médica tiene en sí misma la supresión de la vida del enfermo. En la eutanasia indirecta, la acción médica tiene un doble efecto o significado: por una parte, tiende a disminuir y a aliviar los dolores del paciente; pero, por otra, es posible que debilite las energías del enfermo y acorte su vida. Esta situación puede presentarse en la administración de ciertos derivados de la morfina, en dosis no letales, con el intento de aliviar los intensos padecimientos de un enfermo.

Aspectos legales en el mundo

Los partidarios de la eutanasia no dudan en acusar a los médicos de no permitir al paciente morir en paz. El típico cuadro que presentan es el de un anciano atado a una cama, agonizando, en constante dolor y con tubos en todos los orificios naturales de su cuerpo y en algunos artificiales. El médico trata de mantenerlo vivo, quizás para obtener un mayor honorario o quizás porque no quiere admitir que ha perdido la batalla para salvar una vida.

Una observación común entre personas retiradas es: " No quiero que se me mantenga vivo con todos esos tubos y mediante tratamientos caros y dolorosos."

Este Derecho a morir dignamente ha sido reconocido por el Consejo de Europa, en su recomendación 1418 (Debate de la Asamblea del 25 de junio de 1999, 24ª Sesión) sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos. (10) El mismo se extiende a las siguientes facetas:

- 1) proporcionar una información veraz y completa y respetando, en su caso, el derecho del paciente a no ser informado,
- 2) garantizar que ningún enfermo terminal sea médicamente tratado contra su voluntad,
- 3) asegurar que se respetará el rechazo a un determinado tratamiento médico en el caso de haberse formulado, al respecto, Testamento Vital, Directivas Previas o Voluntades Anticipadas,
- 4) recibir los cuidados necesarios dirigidos para conllevar de la forma más confortable el proceso de enfermedad y muerte,
- 5) recibir el tratamiento para combatir el dolor físico, aunque acorte la vida,
- 6) recibir el apoyo psicológico para paliar el sufrimiento mental.

En la mencionada recomendación 1418 se dice textualmente que "...1. La vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella... ...2. El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata..."

Pero, sin lugar a dudas, lo más importante de esta recomendación es la fijación de unos criterios, que la Asamblea insta a que el Derecho Interno de cada Estado miembro incorpore, para la protección legal y social necesaria contra las amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular se pronuncie o efectúe la regulación legal en todo lo relativo a:

- a) El morir sometido a padecimientos insoportables.
- b) La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal.
- c) El morir en el aislamiento social y la degeneración.
- d) El morir bajo el temor de constituir una carga social.
- e) La restricción de los medios de soporte vital por razones económicas.
- f) La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

Así, podemos resumir que, en el ámbito internacional europeo, la Muerte Digna se configura dentro de los siguientes parámetros:

- a) El derecho a la autodeterminación de las personas en fase terminal o moribunda.

b) Dar eficacia al derecho de la persona en fase terminal o moribunda a una información veraz y completa, pero proporcionada con compasión, sobre su estado de salud, respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado.

c) Hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente.

d) Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que en esta materia el enfermo no actúe bajo la influencia o presión de un tercero. Además, se debe garantizar que su voluntad no se genere bajo presiones económicas.

d) Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las "directivas avanzadas" o que lo dispuesto en el Testamento Vital de un enfermo terminal o persona moribunda será respetado. Por otra parte, se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales "últimas voluntades", así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. También se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que se subrogan en la voluntad del paciente –que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad-, se adoptarán sólo si el paciente implicado en esa situación no ha formulado otros deseos expresamente o si no hay una voluntad reconocible. En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión -deseos referidos específicamente para el momento de morir-, y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental. Se debe asimismo garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad. En caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación.

e) Garantizar que -no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica- se tendrán cuenta los deseos expresados por un enfermo terminal o persona moribunda en relación con formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

f) Asegurarse de que, en situaciones en las que no exista directivas anticipadas o Testamento Vital, no se infrinja el derecho del paciente a la vida. Es necesario definir, en el futuro, un catálogo de tratamientos que, en ningún caso, pueden ser omitidos o retirados.

En el ámbito jurídico español el artículo 143 del Código Penal de 1995 abordó, por primera vez, un tratamiento penal diferenciado con respecto al homicidio, a la cooperación, auxilio y ejecución del suicidio, de la Eutanasia o de la Muerte Digna. Se regula la conducta específica de la cooperación y ejecución de la muerte de otro, en caso de enfermedades terminales o incurables con padecimientos permanentes, como supuesto típico determinado y con una importante atenuación de la pena. (11)

El primer estado en garantizar inmunidad legal al médico que practicaba eutanasia aun en su forma activa fue Holanda, su parlamento la sancionó en abril de 1992. En los demás países europeos no existen estos antecedentes legales, aunque si jurisprudencia que avalaron suspensión de tratamiento en pacientes terminales. (11)

En Estados Unidos de América un clásico caso cuando se habla de eutanasia es el de Karen Quinlan que fue el primer fallo en 1976 que permitió la desconexión de la asistencia respiratoria mecánica de la paciente. Después de esto todos los estados han redactado leyes que permitan la suspensión de tratamiento en pacientes terminales. Solo el estado de Oregon tiene la ley que permite el suicidio asistido. (11)

Antecedentes legales en Argentina: Ley de Muerte digna

Si bien es difícil ponderar cuán discutido es un tema en el seno de una sociedad, se puede afirmar que el debate sobre las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales no ha alcanzado en la Argentina la importante difusión que logró en muchos otros países. La información existente en la literatura médica argentina sobre la opinión de la población en temas relacionados con el fin de la vida de pacientes terminales es escasa y fragmentaria. Pocas encuestas realizadas entre médicos argentinos fueron publicadas. Una se realizó en marzo de 1994 y recogió la opinión de 172 médicos de la ciudad de Buenos Aires, el Gran Buenos Aires y La Plata. Si bien 95% de los encuestados dijeron haber tenido contacto con enfermos terminales, 53% manifestaron no contar con información suficiente sobre prácticas relacionadas al fin de la vida. Del total de los participantes, 69% habían practicado alivio sintomático con fármacos que pudieran acortar la vida de un paciente terminal, 57% habían decidido no tratar y 7% habían practicado eutanasia activa. Otra encuesta a médicos argentinos tomó la opinión de 407 jóvenes médicos. La mayoría de éstos estaba de acuerdo con la legalización de la práctica del suicidio asistido (63%) y de la suspensión de tratamientos (70%); muchos de los que afirmaron apoyar estas prácticas ya habían realizado prácticas asociadas al fin de la vida de pacientes terminales. (11)

En nuestro país se promulga la ley 21541 en 1977 donde se autoriza a retirar la asistencia respiratoria mecánica en pacientes con muerte cerebral solo para aquellos casos que sean donantes de órganos. Las leyes 23464 en 1987 y la ley 24193 de 1993 hicieron extensiva la práctica a todos los pacientes, independientemente de que fueran o no candidatos para donar sus órganos. Estas leyes solamente rigen para casos de muerte cerebral diagnosticada según estrictos criterios, por lo que no justifican per se las solicitudes de eutanasia, dado que no se trataría de una eutanasia en si mismo porque el paciente ya esta considerado muerto. (12)

La eutanasia está prohibida en la Argentina las disposiciones vinculadas a la misma están contenidas en el Código Penal, la Ley 17132 del Ejercicio de la Medicina y el Código de Ética para el equipo de Salud:

- a) Código penal: por un lado, los atentados contra la vida de las personas ya nacidas, y que se hallan con vida. Este delito recibe el nombre de homicidio, o de homicidio simple, por no concurrir ninguna agravante específica, el art. 79 del Código no hace distinción entre homicidios consentidos y homicidios no consentidos, ni la conmiseración ni sentimientos similares obran como atenuantes. la ley frente a la pena, considera como lo mismo, a matar cuando la víctima desea que le pongan fin a su existencia, y a matar cuando la víctima no desea morir. siendo en ambos casos, la pena individualizada legislativamente la misma ocho años. En el artículo 83 del Código Penal se sanciona con "prisión de 1 a 4 años" al "que instigare a otro al suicidio, o le ayude a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado". Como vemos, no se sanciona a quien intenta quitarse la vida, sino a quien ayude o colabore, sea cual fuere la circunstancia en que se produzca, independientemente de la condición de médico o no del autor del hecho.
- b) Ley de Ejercicio de la Medicina: esta ley establece en el artículo 19, inciso 3, la obligación que tienen los médicos de "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos".
- c) El Código de Ética para el Equipo de Salud: esta normativa fue elaborada por la Asociación Médica Argentina (2001) y en su Capítulo 34 (de la eutanasia y del suicidio asistido) señala lo siguiente: Artículo 552: "En ningún caso el médico está

autorizado a abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo, pero nunca provocársela”.

Artículo 553: “Es conforme a los dictados de la ética médica la abstención o el retiro de las medidas terapéuticas de cualquier índole destinadas a combatir patologías intercurrentes o nuevas manifestaciones de un proceso patológico ya diagnosticado, respecto de una persona cuyo deceso se reputare inminente a raíz de grave enfermedad o accidente, cuando se juzgare desproporcionadas. Tomando en cuenta los padecimientos o mortificaciones que su implantación o mantenimiento ocasionaría al asistido, en relación con su nula o escasa efectividad, y se contare con su acuerdo libre y expreso, actual o previamente formalizado, el consentimiento de sus representantes legales, y con la opinión concordante de dos médicos distintos del tratante”.

Artículo 560: “No está permitida al médico bajo ninguna circunstancia, por ser contrario a la ética y a la ley, la realización de procedimientos que conformen la figura legal de Suicidio Asistido”

En el año 2012 se promulga la Ley 26742: Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado que es una modificación de la Ley 26529.

En esta normativa, en su artículo 1º modifica el inciso e) del art 2º de la ley 26529 y dice:

“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.”

Concentrándose exclusivamente en el problema planteado, se resalta el hecho que equipararía aquellos pacientes con lesiones terminales como serían los cuadripléjicos, en igual situación que los pacientes terminales. Pero no está contemplado en la ley estos casos puntuales.

El artículo 2º (que modifica el artículo 5º) establece la definición y requisitos del consentimiento informado:

"...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..."

Esta información incluye cuestiones relevantes a su estado de salud, a los procedimientos propuestos por parte de los profesionales (haciendo hincapié en los objetivos que llevan a sugerir dichos procedimientos) y los tratamientos alternativos disponibles y los beneficios esperados, así como los riesgos previsibles (incluidos aquellos que corresponden al rechazo del tratamiento).

Un señalamiento importante que debe realizarse a esta ley es la ausencia de referencias y regulación de aquellos casos en los cuales los profesionales de la salud se nieguen a cumplir con los pedidos de los pacientes o sus representantes, aduciendo razones relativas a la "objeción de conciencia". Cabe recordar que la objeción de conciencia es el derecho a no verse forzado a realizar una acción que está en contra de las convicciones éticas o religiosas más profundas de las personas. Sin embargo, en el caso de los profesionales de la salud se encuentran en juego los derechos de terceros, motivo por el cual sería conveniente establecer la necesidad de analizar esta figura en la esfera de la salud. La omisión de este tema importante en las modificaciones introducidas por la "ley de muerte digna" posee consecuencias potencialmente graves, especialmente en relación con dilaciones en el cumplimiento de la ley y posible abandono de los pacientes en su pedido, en los casos en los cuales no existe profesional no objetor para reemplazar a quien se niega a cumplir con un pedido.

Un aspecto importante de esta ley, sin embargo, es que se dirige de manera explícita a reducir y limitar la obstinación médica en los tratamientos. El encarnizamiento terapéutico, como se clasifican estas acciones, son medidas en salud tomadas con el fin único de prolongar las vidas de los pacientes, sin que medien consideraciones en torno de la calidad de vida de los mismos. Esta Ley, a la vez que amplía los derechos de los pacientes, humaniza la práctica médica, ofrece un marco legal de actuación al profesional y contribuye a recuperar y fortalecer la relación médico-paciente.

Cuadriplejia (13)

Definición: Son aquellos cuadros en que el paciente no puede movilizar ninguno de los cuatro miembros, con lo cual queda su psiquismo intacto, su capacidad de racionalizar intacta y solo puede mover la cabeza con lo cual necesita ayuda y sostén permanente para alimentares, asearse y vestirse.

Causas: la causa más común es el trauma en la medula espinal a la altura de la columna vertebral cervical.

Las primeras siete vértebras en el cuello se llaman *cervicales*. La primera vértebra de arriba es la C1, la siguiente es la C2, etc. Las lesiones medulares cervicales normalmente causan pérdida de funciones en los brazos y piernas, resultando una cuadriplejía.

- las lesiones por encima de C4 pueden llevar a la persona a necesitar un ventilador mecánico para ayudarlo a respirar
- las lesiones a nivel C5, a menudo conservan el control de hombros y bíceps, pero no controlan la mano o el puño
- cuando son en C6, permiten el control del puño, mas no la funcionalidad de la mano
- las personas con lesión C7 pueden estirar los brazos, pero aún pueden presentar problemas de destreza en el uso de la mano y dedos.

Tipos de cuadriplejía:

Se dan dos tipos comunes de tetraplejias:

- *Total*, sin movimiento de los cuatro miembros
- *Parcial*, se mueven los brazos, pero no los dedos

Existen otros tipos pero si es una lesión más baja la fisioterapia es una gran opción y si es un trauma más alto las probabilidades de sobrevivir a la lesión son casi nulas. Dentro de cada tipo de cuadriplejia también se da la clasificación de la lesión: si es una lesión total no habrá ningún tipo de sensibilidad abajo del trauma y si es una lesión parcial habrá sensaciones por debajo del trauma.

Según la Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA) se puede clasificar las lesiones medulares en lesión medular completa y lesión medular incompleta dividiéndola en 5 grupos de la "A" hasta la "E".

- Lesión medular completa A: No hay preservación sensitiva ni motora por debajo del nivel de la lesión y se abarca segmentos sacros, es decir, no existe tampoco sensibilidad ni control para miccionar ni defecar.
- Lesión medular incompleta B: Hay preservación de la sensibilidad, pero no motora por debajo del nivel neurológico abarcando segmentos sacros, es decir, existe sensibilidad para defecar y miccionar, pero no control voluntario.
- Lesión medular incompleta C: hay preservación de la sensibilidad y la fuerza por debajo del nivel de lesión, pero los músculos se encuentran débiles y se consideran no funcionales.
- Lesión Medular incompleta D: los músculos por debajo del nivel neurológico son funcionales en un 75 %.
- Lesión medular incompleta E: La fuerza y la sensibilidad prácticamente esta normal.

Complicaciones:

- Hospitalizaciones largas y frecuentes.
- Mayor posibilidad de infecciones intrahospitalarias.
- Movilidad reducida.
- Úlceras de decúbito.
- Control involuntario de la vejiga y el intestino.
- Infecciones de la zona urinaria.
- Cálculos renales.
- Espasmos musculares.
- Pérdida de sensibilidad, tacto, dolor y temperatura
- Función respiratoria deteriorada.
- La fertilidad suele verse afectada en el varón pero no en la mujer.
- Muchas personas con lesión de la médula espinal todavía tienen cierta sensación en las partes paralizadas de su cuerpo, sensación de tacto o dolor.

Cuadriplejía y eutanasia

En un intento de valorar la actualidad de este tema desarrollado aquí, vamos a describir algunos casos en nuestro país y otros en el mundo que, dado lo difícil y complejo que es para los profesionales, el paciente afectado y el entorno familiar y social, han sido noticia que en algunos casos aun hoy siguen siendo tema de discusión.

Se describirá cuatro casos resonantes en Argentina y tres en el resto del mundo

Jurisprudencia en Argentina

MARCELO DIEZ (14)

La familia de un joven que está en coma hace 11 años había conseguido un fallo de un tribunal provincial para desconectar la sonda. Ahora, el máximo tribunal hizo lugar a un recurso de la clínica y la Defensoría General y ordenó nuevos estudios.

"El argumento principal es el sentido común y el amor que todo el mundo tiene hacia un ser querido que lo ve postrado, que lo ve que hace 20 años se fue, pero que aún no puede ser despedido", relataba hace unos meses Luis Pica, el abogado de la familia de Marcelo Diez, al momento de detallar la situación que se encuentran viviendo.

Marcelo Diez, de entonces 30 años, estaba el 23 de octubre de 1994 yendo en moto a un almuerzo en la chacra familiar, ubicada en las afueras de Neuquén. Sin embargo, un Renault 12 lo llevó por delante y su cabeza dio de lleno contra el asfalto de la Ruta 22. Desde entonces está en estado vegetativo permanente, sin ningún tipo de actividad cerebral. 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 presentaron un recurso extraordinario y así la causa llegó hasta esta instancia, en 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 debe 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 solicita "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 es un "trámite urgente", por lo que cuando esté el informe, la Corte deberá resolver el caso. (15)

La procuradora general de la Nación, Alejandra Gils Carbó, se refirió al caso y afirmó 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 va a asumir la responsabilidad de dejar de proveer de alimentación y agua a Marcelo Diez.

CAMILA SANCHEZ HERBON (16)

Camila nació muerta por mala praxis, por lo que los médicos tuvieron que reanimarla durante 20 minutos. 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, quien permaneció en estado vegetativo desde su

nacimiento, internada en un centro de salud. Tras ese calvario, el Senado aprobó por unanimidad y convirtió en ley 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 en diálogo con radio *La Red*, al explicar que fueron tres institutos de Bioéticas distintos quienes emitieron sus opiniones no vinculantes. 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 Buenos Aires hasta junio de 2012. "Camila está en estado vegetativo desde que nació. No llora, no parpadea, no traga, no se mueve", dijo la mujer. Herbon 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 declaraciones radiales Herbon afirmó 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 sostuvo 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", dijo la madre de la niña. 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.

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.

MELINA GONZALEZ (17)

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

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. Vamos a ver si la Presidenta se ocupa. Ella 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, 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. Así finalmente las autoridades del Garrahan accedieron a sedarla profundamente a la espera de su muerte final.

CLEBER GHIRARDI (18)

Este rosarino quedó cuadriplejico luego de un ACV. En el 2011, antes de la actual ley, reclamaba por una ley de muerte digna ya que solamente movía los ojos y así se comunicaba.

El 4 de diciembre de 2011 envió un artículo al periódico La Capital de su ciudad contando su experiencia:

"Como consecuencia de un ACV, yo estuve en coma profundo 45 días y sólo tuve sueños incoherentes, nada de dolor físico y desperté recordando vagamente voces, aturdido y con el pasar de las horas me ubiqué en tiempo y espacio. Así me di cuenta de las secuelas, perdí toda motricidad, la voz y parte de la vista entre otras cosas. Quise morir pero no pude. Esto, que parece un juego de palabras, es la realidad. Renací muerto pero con conciencia. Doblemente doloroso. Veo pasar la vida y conozco mis limitaciones. Ni se pueden donar mis órganos, pues tomo 24 pastillas por día. Es aquí donde comienza la toma de posición. Para la Iglesia es sacrilegio, algunos médicos usan la ética como escudo por presuntos juicios de mala praxis y la sociedad, llena de prejuicios, no sabe qué hacer. Señores legisladores, señores jueces, yo los invito a vivir un día de mi vida y comprenderán que fácil es decir "sí" a la ley de muerte digna."

Casos de cuadripléjicos que han solicitado eutanasia en el mundo.

FABIANO ANTONIANI (19)

Era un DJ italiano que quedó cuadripléjico en el 2014 tras sobrevivir a un accidente de tránsito por buscar su celular mientras manejaba. En un último intento por cambiar la ley para poder morir en Italia, Antoniani le envió un video al primer ministro, Sergio Mattarella, para pedirle clemencia. "Por favor, déjeme morir. Vivo una pesadilla que no tiene fin", expresó.

El caso de Antoniani dividió la opinión pública italiana con un amplio apoyo al DJ pero también con la presión de la Iglesia contra de la eutanasia.

Luego que el parlamento italiano rechazara y archivara por undécima vez su solicitud, se trasladó a Forch, Suiza, para acceder a la eutanasia. A los 40 años luego de dos años de lucha.

MARCO GUILLEN (20)

Luego de un accidente hace 13 años que lo dejara cuadriplejico, Marco quería morir. **Pero sobreponiéndose a la adversidad se casó y adoptó una niña.** Hoy, desesperado porque le faltan antibióticos, sondas y comida en una Venezuela en crisis, pide la eutanasia.

Ha grabado 16 videos desde 2016, el ultimo es un llamado desesperado a su presidente Nicolas Maduro para que le apliquen eutanasia, fue filmado por su hija de 13 años quien se opone a que su padre precipite su muerte. Desde entonces ha recibido donaciones. Su esposa y su hija lo cuidan constantemente pero el quiere que ellas vivan libres sin estar esclavas del cuidado constante hacia él "es preferible sacrificar a uno para que vivan mejor dos" es lo que dice.

RAMON SAMPEDRO (21)

Caso emblemático si los hay al punto tal que su historia llegó al cine en la película "Mar Adentro" donde fue representado por el actor Javier Bardem.

A los 25 años por un accidente en la playa quedó cuadripléjico. Durante 29 años luchó y solicitó por todos los medios que lo dejaran morir. Para él era un derecho inalienable el morir dignamente. Inclusive su caso fue tratado por el tribunal constitucional. Decía que "la dignidad es no sentirse humillado por estar atado a una sonda, que te den de comer, que te limpien" en un reportaje en 1997 al matutino El mundo.

El 15 de noviembre de 1997 decidió que lo trasladaran de su domicilio familiar donde los mismos lo asistían, a un departamento en la Coruña a través de su amiga Guadalupe Maneiro que lo atendía de día y lo dejaba solo de noche. Pagó adelantado el departamento por tres meses. Distribuyó las llaves del departamento en diez personas, para darle una coartada al que le acercó el vaso con el líquido que precipitó su final. Fue ardua la búsqueda del sujeto responsable de haberle acercado ese vaso.

4- Conclusiones

Luego de recorrer la bibliografía actual al respecto, repasar las leyes vigentes no solo en Argentina sino en el resto del mundo y ver los cuadros de cuadripléjicos que han salido a la luz en diferentes lugares del mundo, de los cuales por razones de resumen solo se presentan algunos, se puede concluir que en nuestro país todavía falta un largo camino para que pueda aplicarse la llamada muerte digna que en estos casos puntuales son eutanasia lisa y llana, a los pacientes cuadripléjicos.

También ha habido en diferentes lugares del mundo profesionales que se han dedicado a llevar adelante esta práctica no solo en cuadripléjicos sino también en otros pacientes en lugares donde la eutanasia era ilegal. Ejemplo de ello son los Dres. Gustavo Quintana, colombiano, que ha ayudado a esto no solo en Colombia sino en varios países del mundo. Jack Kevorkian, norteamericano, llamado el Dr. Muerte.

En países como Suiza, Australia y en el estado de Oregon en EEUU entre otros la eutanasia es legal y pacientes cuadripléjicos pueden recurrir a lugares donde lo asisten en estas circunstancias.

Nos debemos un debate profundo como se ha dado en este último tiempo con aborto donde participen todos los actores y en especial los que están aquejados con este problema, ya que no existen dudas acerca de dejar morir a los pacientes terminales, donde una enfermedad como en cáncer a corroído su salud y la muerte es inminente. Pero casos como

el de Melina cuya enfermedad si bien es terminal su muerte no es inminente aún deben pasar por la autorización judicial para resolverlo.

5- Bibliografía

1. Real Academia Española y Asociación de Academias de Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española 23ª Edición*. Madrid : Espasa, 2014.
2. Pauling L, Ikeda D. *Eutanasia. En: En busca de la paz*. Buenos Aires : Emecé, 1995. pg 111-118.
3. *El final de la vida como objeto de debate público: avatares de la "muerte digna" en Argentina*. Alonso, J. P. et al. 33, Buenos Aires : Revista Sociedad, 2014. pg. 7-20.
4. Esquevel Jiménez, Juan. El derecho a una muerte digna. *la eutanasia. Tipos de Eutanasia*. Barcelona : Universidad de Barcelona, 2003.
5. Cicerón. Las Leyes. *Libro III. Instituto de Estudios políticos*. Madrid : s.n., 1970. pg. 217.
6. Platón. La República o el Estado. Madrid : Espasa Calpe, 1982. pg. 115.
7. C., Lega. *Manual de bioética y deontología medica*. Milan : Giuffre, 1991. pg. 284.
8. Marcos del Cano, A. M. *La Eutanasia: estudio filosófico y jurídico*. Madrid : Marcial Pons, 1999. pg. 27-29.
9. Caceres Silva, G. A. Cap II - Delimitación conceptual. *La eutanasia piadosa como derecho a morir con dignidad*. Valdivia : Universidad Austral de Chile, 2003.
10. *Recomendación 1418 - Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos*. Consejo de Europa . 1999.
11. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y otros países*. Przygoda, Pablo. 59, Buenos Aires : Medicina, 1999. pg. 195-200.
12. Niño, L. F. Consecuencias jurídico-legales. *Eutanasia: morir con dignidad*. Buenos Aires : Eudeba, 1994.
13. *Care and treatment of spinal cord injury patients*. . E., Binard J. pg 235-249, s.l. : J Am Paraplegia Soc, 1992, Vol. 15.
14. Diez, Andra. Por Marcelo Diez. *La Nación*. 8 de julio de 2015.
15. *"D.M.A. s/ declaración de incapacidad"*. s.l. : Corte Suprema De La Nación, 7 de julio de 2015.
16. La Historia de Camila, la beba que puso el tema en discusión. *Clarín*. 2015.
17. Carabajal, Melina. La chica que peleó por una muerte digna. *Página 12*. 2 de marzo de 2011.
18. Ghirardi, Cleber. Razones para una ley de muerte digna. *La Capital*. 4 de diciembre de 2011.
19. El infierno del dolor de DJ Fabo, el italiano que decidió terminar con su vida y reavivó el debate sobre el suicidio asistido. *BBC*. 28 de febrero de 2017.
20. Marco Guillén: El venezolano que pide la eutanasia al régimen de Maduro por falta de medicinas. *Diario Las Americas*. 25 de octubre de 2017.
21. Así logró Ramon Sampedro su muerte digna hace 20 años. *La Vanguardia*. 12 de enero de 2018.