

Aspectos médico-legales del morir y la muerte. La Lex Artis frente a la muerte próxima.

*Autores: Guido Berro Rovira**

A la memoria de Dr. Dagoberto Puppo Bosch

“Recuerde el alma dormida, avive el seso y despierte, contemplando como se pasa la vida, como se viene la muerte, tan callando [...] Nuestras vidas son los ríos / que van a dar a la mar, que es el morir...”

Jorge MANRIQUE¹, coplas a la muerte de su padre (año 1476)

Resumen

En este artículo, el autor aborda el tema de la muerte en sus conceptos filosóficos, biológicos y legales. En él sugiere que con toda fuerza debería estar siempre presente en la currícula de la formación médica el tema del morir y la muerte. *“El olvido de la muerte es la deserción de la vida misma”* y el hecho de borrar la muerte es... *“absolutamente contrario a las normas de la vida”*.

El Hombre viviendo en sociedad ha dictado normas, legislado, gestionado o administrado más o menos eficientemente aspectos relacionados con el morir y la muerte. Disposiciones basadas en cultos o tradiciones, en conocimientos científicos, valores jurídicos y éticos. Aparecen así: las regulaciones legales y sus aspectos médico legales principales e incluso, cuando la muerte ya se constató: la tanatolegislación.

Concluye que la normativa actual en nuestro país establece el siguiente marco médico-legal: acatar, en caso de estar inconsciente, las *“voluntades anticipadas”* que haya efectuado el paciente; medicar a un paciente en las dosis necesarias para su alivio aún a expensas de un probable acortamiento de la vida; suspender tratamientos curativos y no reanimar cuando ya no se pueda mejorar la condición del enfermo portador de enfermedad irreversible en etapa de futilidad terapéutica; no caer en obstinamiento y realizar todos los registros en la historia clínica. Todo ello en consonancia con lo que desde distintos ámbitos del *derecho médico, la medicina legal y la bioética*, ya se enfatizaba.

Palabras claves: muerte, aspectos legales.

Abstract

In this article, the author addresses the subject of death in its philosophical, biological and legal aspects. He strongly suggests that the subject of death and dying should always be present in medical training programmes. "To forget about death is to forsake life itself" and nullifying death is... "absolutely contrary to the laws of life".

Man, as part of a society, has issued regulations, legislated, managed or administrated aspects related to death and dying, more or less efficiently. Directives have been based on religion or tradition, on scientific knowledge, and on juridical and ethical values. There are legal regulations and their principal medical and legal aspects, which include, once death has occurred - thanatological legislation.

The author concludes that current legislation in our country provides the following medical-legal framework: to respect, in the case of unconsciousness, any "living will" the patient may have expressed; to provide the patient with medication in the necessary dosage in order to provide relief, even at the cost of a probable shortening of life; to withdraw healing treatment and not resuscitate when the condition of a patient suffering from an irreversible disease at a therapeutically futile stage, can no longer be improved; to avoid obduracy and to make all appropriate records in the case history. All of which is in keeping with what was already being stressed in different areas of medical law, legal medicine and bioethics.

Key words: death, legal aspects.

Fecha de recibido: setiembre 2011

Fecha de aceptado: octubre 2011

Correspondencia: Guido Berro | • fliaberro@yahoo.com

1. Introducción

Ha dicho Miguel de UNAMUNO² que "el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma" y José SARAMAGO³ en su novela: "Intermitencias de la Muerte" magníficamente plantea los problemas que enfrenta un imaginario país en el que nadie muere y de inicio nos dice: "Al día siguiente no murió nadie. El hecho, por absolutamente contrario a las normas de

la vida, causó en los espíritus una perturbación enorme"⁴.

Con toda fuerza, debería estar siempre presente en la currícula de la formación médica el tema del morir y la muerte, realmente: "el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma" y el hecho de borrar la muerte es... "absolutamente contrario a las normas de la vida".

El único ser consciente de su final, de su "ser para la muerte" en el sentido heideggeriano es el Humano, aunque aleja esa idea respecto de sí pero no duda de la finitud de los demás⁴.

* Doctor en Medicina, ex Profesor de la Cátedra de Medicina Legal, Académico miembro de la Academia Nacional de Medicina

Se accede a ese conocimiento de ser mortal— como lo señala SCHELER - a través de la experiencia exterior que lo pone en contacto con la muerte de otros. Pero aún el hombre aislado, mediante la observación de su propio envejecimiento y de los agravios que lo abaten llegaría a vislumbrar su aniquilamiento existencial⁵.

Puede admitirse, de acuerdo con RAIMBAULT que el niño sea capaz de concebir la muerte, a su manera, pero seguramente es en la adolescencia que adquiere la concepción más evidente⁶.

Así como el saberse mortal engendra *angustia primaria*, los momentos de angustia aproximan, como dice TOLSTOI en “Las memorias de un demente”, a *instantes de máxima tensión interior y alcanzaba a oír y comprender el lenguaje enigmático de la muerte en una mezcla de temor a no ser y alienación*⁷.

En nuestra civilización, la muerte se transforma en el miedo básico de todo ser humano. El temor a *dejar de ser* enfrenta al Hombre, según SCHOPENHAUER con “*el gran desengaño*”⁸.

El Hombre conoce su destino pero vive como si fuera eterno, como congeniando— tal como opina JASPERS - *la finitud en la infinitud*⁹.

VOLTAIRE, en su “*epistolario*”, afirma que siempre se dice que los hombres “*No son más que sombras pasajeras... se lo*

dice, pero luego se obra, se hacen proyectos, como si se fuera inmortal”¹⁰.

A esta interesante actitud existencial SCHELER le llama “*inconsciencia metafísica*”, porque aunque sabemos que moriremos, se reprime este pensamiento y se actúa como si alrededor fueran a morir todos menos uno⁶. (Y en lo médico legal hoy parecería que vivimos en una situación tal que si alguien murió, es posible que “alguien tenga la culpa”).

La existencia auténtica es la que permite ser uno mismo, optando con autonomía y aún en situaciones de gran apremio existencial es posible reafirmar el sentido de la existencia.

Pensemos por ejemplo en la actitud de investigación filosófica de Sócrates escasas horas previas a la libación fatal.

El intento de penetrar en la esencia de la muerte implica un esfuerzo vano o al menos me resulta imposible, tampoco es el propósito del presente artículo. Pero a veces del lenguaje literario del artista pueden intentarse o extraerse algunas respuestas:

CAMUS en su novela “*El extranjero*” nos cuenta de un hombre que accede en los momentos que preludian su muerte, a la verdadera esencia de la existencia. El escritor argelino habla de la *vivencia reveladora de la agonía*¹¹... SABAT ERCASTY¹² lo ha hecho también, pero en un

lenguaje mucho más hermético y BROCH en su “*Virgilio*”¹³ y muchos otros autores...

Un paciente que agoniza poco antes de morir a veces se muestra bien, liberado de angustias y ha dejado atrás la puerta del espanto para ingresar al vestíbulo de la realidad que da acceso a *la unidad del ser* como nos dice Virgilio *cuando ya se sumerge en las entrañas del universo*¹⁴...

SCHOPENHAUER de alguna manera nos contesta a nuestra curiosidad cuando afirma “... *preguntón insensato, que desconoces tu propia esencia... ¿dónde está la nada cuyo abismo temes?*”... *Reconoce tu mismo ser, ESA FUERZA íntima, oculta, que no es atacada ni por el nacimiento ni por la muerte*”⁹.

2. Regulaciones legales y aspectos médico legales

Ahora bien, luego de esta introducción sobre la muerte, es nuestro propósito transmitir que el Hombre, viviendo en sociedad ha dictado normas, legislado, gestionado o administrado más o menos eficientemente aspectos relacionados con el morir y la muerte. Disposiciones basadas en cultos o tradiciones, en conocimientos científicos, valores jurídicos y éticos. Aparecen así: las regulaciones legales y sus aspectos médico legales principales e incluso, cuando la muerte ya se constató: la tanatolegislación.

Un primer planteo, luego de la reflexión filosófica hecha, que

continúa...

Programa de Producción más Limpia

EL PROGRAMA

El Centro de Producción Más Limpia (CPML) - Uruguay ofrece capacitación en herramientas de Producción Más Limpia, con el propósito de mejorar integralmente la gestión en la empresa, aumentando su eficiencia y competitividad; y disminuyendo simultáneamente su impacto ambiental.

DESTINATARIOS

Mandos medios y gerentes de empresas proveedoras de productos o servicios, y a profesionales independientes que tengan interés en incursionar en un área de vanguardia.



Comienzo: 16 de marzo de 2012
Receso de Invierno: 23 de junio al 12 de julio
Finalización: 30 de noviembre
Lugar: L. Porlucio 1307



Centro de
Producción
más Limpia
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE
MONTEVIDEO



nos permite por lo pronto que no utilicemos el término *paciente terminal*, ya que todos lo somos y pondríamos una vez más la muerte en los otros considerándonos inmortales, cayendo en la *inconsciencia metafísica* de SCHELER⁶, es: la existencia de un derecho a vivir la propia muerte, a transitarla, a no sedar siempre, obviamente tampoco nunca. Transitar en condiciones dignas, sin angustia intensa, ni disnea, sin dolor, sin impedir estar acompañado, sin dosis letales de fármacos por el solo hecho de la irreversibilidad o incurabilidad, es decir no indicados por otra causa.

Un primer Derecho entonces, si se dan las condiciones, es a vivir la muerte consciente, dignamente y acompañado: "... *E Ismael añadió por su parte: No te apartes de mí hermano que puede ser la hora de morir...*"¹⁴

Y luego, primero y antes que nada, ¿cuándo se está muerto? La ley 14005 de 1971 de Autopsia y Trasplantes¹⁵ nos dice cómo debemos establecer la muerte: mediante la comprobación médica de la *existencia de cambios patológicos irreversibles incompatibles con la vida* (art.7).

Y la hora de la muerte: es precisamente la de la comprobación de esos cambios patológicos irreversibles incompatibles con la vida (ley 17668 modificativa de la 14005)¹⁶.

Si no existe vida, ninguna persona puede ser responsabilizada

y castigada penalmente por suprimir medios extraordinarios de supervivencia, porque falta el presupuesto biológico indispensable. Su desconexión, comprobada la muerte (encefálica) es lícita y está indicada¹⁶.

Por otra parte: la inminencia fatal de la muerte no habilita a suprimir intencionalmente la vida. Pero ello no se opone a admitir una correcta terapéutica del dolor (físico o moral), la angustia o la disnea, aunque para lograrlo deba recurrirse finalmente, a dosis elevadas y eventualmente letales (*doble efecto*).

Debemos tener presente el marco médico-legal actual frente a pacientes con imposibilidades curativas y proximidad de la muerte. Principalmente se deben tener en cuenta algunas disposiciones, que transcribimos, de las siguientes normas:

Ley N° 18.335 del 15/08/2008 y su Decreto Reglamentario 274/2010 del 8/09/2010 (Pacientes y usuarios de los servicios de salud, se establecen sus derechos y obligaciones), y la Ley N° 18.473 del 3/04/09 (Voluntades anticipadas).

Veamos, *la ley 18335 en su Artículo 17 establece*: Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros a: (transcribimos los de mayor interés al propósito de esta comunicación)

A) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia

médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.

B) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.

C) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica)...

A este respecto nos expresábamos hace ya muchos años: "*Constatada la intención del equipo médico -aliviar y no matar- y una terapéutica inicialmente compatible y conciliable con la vida, el médico no incurre en delito, sino que cumple un deber ético y procede lícitamente, de acuerdo con su propio criterio e investido de la independencia técnica que le proporciona su habilitación profesional por el Estado*"¹⁷.

El Dr. Darío CORGATELLI¹⁸ en 1979 ya planteaba la existen-

cia del derecho del paciente a rehusar terapéuticas denominadas por ese entonces como *extraordinarias*. Posteriormente se mencionaba como Derecho al rechazo informado. Al no encarizamiento como acuñaron los franceses o a la no obstinación, como preferimos.

“La lucha por la vida ha de tener unos límites racionales y humanos, más allá de los cuales se vulnera la dignidad de los seres humanos” ha dicho Diego GRACIA¹⁹.

Dice Alain GARAY²⁰: *“Tenemos razones para limitar el esfuerzo terapéutico aumentando los medios paliativos para garantizar la dignidad de las condiciones de la muerte. No hay muerte digna sin calidad de vida”*

En cuanto al Consentimiento, a veces el paciente con muerte próxima e incluso premoriens (agónico) tiene aptitud y capacidad legal para consentir o pudo haber expresado anticipadamente su voluntad o ser representado. La lucidez puede mantenerse casi hasta el final.

La ley 18335 en su Artículo 11 establece que: Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud.

El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la

historia clínica en forma expresa y puede ser revocado en cualquier momento.

Y en su Artículo 18: Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:

D) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: “No Reanimar” impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.

Por su importancia en el tema nos detendremos en la normativa legal de las llamadas Voluntades o Disposiciones Anticipadas o más inapropiadamente “Testamento Vital”, ya que testamento, al menos entre nosotros, es siempre para después de la muerte y no es este el caso precisamente.

La ley 18473 del 3/04/09 de Voluntades Anticipadas¹⁶ establece:

Artículo 1º

Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos...

Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de opo-

nerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible.

Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aun cuando la persona se encuentre luego en estado de incapacidad legal o natural.

No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren.

Artículo 2º

La expresión anticipada de la voluntad a que refiere el artículo anterior se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos. En caso de no poder firmar el titular, se hará por firma a ruego por parte de uno de los dos testigos.

También podrá manifestarse ante escribano público...

Cualquiera de las formas en que se consagre deberá ser incorporada a la historia clínica.

Artículo 3º

No podrán ser testigos el médico tratante, empleados del médico tratante o funcionarios de la institución de salud en la cual el titular sea paciente.

Artículo 4º

La voluntad anticipada puede ser revocada de forma verbal o

escrita, en cualquier momento por el titular. En todos los casos el médico deberá dejar debida constancia en la historia clínica.

Artículo 5°

El diagnóstico del estado terminal de una enfermedad incurable e irreversible, deberá ser certificado por el médico tratante y ratificado por un segundo médico en la historia clínica del paciente. Para el segundo profesional médico registrarán las mismas incompatibilidades que para la calidad de testigo según el artículo 3° de la presente ley.

Artículo 6°

En el documento de expresión de voluntad anticipada, se deberá incluir siempre el nombramiento de una persona denominada representante, mayor de edad, para que vele por el cumplimiento de esa voluntad, para el caso que el titular se vuelva incapaz de tomar decisiones por sí mismo...

No podrán ser representantes quienes estén retribuidos como profesionales para desarrollar actividades sanitarias realizadas a cualquier título con respecto al titular.

Artículo 7°

En caso que el paciente en estado terminal de una patología incurable e irreversible certificada de acuerdo con las formalidades previstas en el artículo 5° de la presente ley, no haya expresado su voluntad conforme al artículo 2° de la presente

ley y se encuentre incapacitado de expresarla, la suspensión de los tratamientos o procedimientos será una decisión del cónyuge o concubino o, en su defecto, de los familiares en primer grado de consanguinidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8° de la presente ley.

Artículo 8°

En todos los casos de suspensión de tratamiento que trata esta ley, el médico tratante deberá comunicarlo a la Comisión de Bioética de la institución,... debiendo en ese caso resolver en un plazo de 48 horas de recibida esta comunicación. En caso de no pronunciamiento en dicho plazo se considerará tácitamente aprobada la suspensión del tratamiento.

Asimismo, las instituciones de salud deberán comunicar todos los casos de suspensión de tratamiento a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, a los efectos que corresponda.

Artículo 9°

De existir objeción de conciencia por parte del médico tratante ante el ejercicio del derecho del paciente objeto de esta ley, la misma será causa de justificación suficiente para que le sea admitida su subrogación por el profesional que corresponda.

Artículo 10°

Las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios

de salud deberán:

- A) Garantizar el cumplimiento de la voluntad anticipada del paciente expresada en el documento escrito que alude el artículo 2° de la presente ley, incorporándolo a su historia clínica.
- B) Proveer programas educativos para su personal y usuarios, sobre los derechos del paciente que estipula la presente ley, debiendo el Ministerio de Salud Pública implementar una amplia difusión.

Artículo 11

Las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud no condicionarán la aceptación del usuario ni lo discriminarán basándose en si éstos han documentado o no su voluntad anticipada.

3. Sobre la LEX ARTIS en Medicina Paliativa

Conceptualizamos como *lex artis ad hoc* al conjunto de conocimientos técnicos y científicos adecuados al caso y la integración de los principios y reglas de bioética a los mismos, enmarcados en la normativa sanitaria vigente. Es decir, no basta con el adecuado procedimiento científico-técnico para caracterizar a la *lex artis*, sino que se agrega el debido respeto de pautas deontológicas y de derecho médico.

Por ejemplo ya no alcanza un protocolo científico de encare de tal o cual situación, sino que además no tiene que existir un re-

chazo informado y sí un consentimiento válido otorgado, a veces por delegación cuando el paciente no puede por sí otorgarlo.

Debe existir una historia clínica que permita apreciar cual ha sido la actuación médica, con el motivo de consulta, el interrogatorio médico, el examen físico, los estudios indicados y solicitados, la agrupación sindromática, el diagnóstico presuntivo, el definitivo, la terapéutica, el pronóstico y evolución, los consentimientos informados, el pasaje de las indicaciones con objetivos terapéuticos a las de tipo paliativo.

La *lex artis* delinea las reglas generales del ejercicio profesional, el modelo estándar, tenido por adecuado y en consonancia con normas del Derecho Médico y la Ética.

La *lex artis* conduce a que la conducta médica se compare con una conducta tipo o modelo que se toma como unidad de medida y que se supone que es como hubiese actuado un médico de la especialidad, ya no un buen padre de familia, sino un profesional prudente y conocedor de la ciencia y técnica exigibles en esas circunstancias en su profesión.

El análisis a través de la *lex artis* en suma, tiende a valorar desde el punto de vista objetivo la actuación desarrollada e informa sobre pautas de conducta que sirven de elemento comparativo y juegan como unidades mínimas exigibles.

La importancia de la *lex artis* radica también en que quien actúa sin respeto a ella y ocasiona por ello un daño, cae en culpa médica. Al respecto nuestros jueces han sido claros: por ejemplo el Dr. Tabaré SOSA AGUIRRE, en sendas sentencias publicadas en LJU, 107, 12.383 y 110, 12723, ha descrito la culpa médica como: “no actuar conforme a las reglas consagradas por la práctica médica - *lex artis*- con arreglo al estado de los conocimientos al tiempo de la prestación” y el Tribunal de Apelaciones Civil 4º el 16 de mayo de 1979 afirmaba que: “*existe culpa profesional porque quien ejerce una profesión está obligado no sólo a obrar con diligencia y atención, sino también a hacerlo siguiendo los conocimientos técnicos y habilidades que constituyen el acervo técnico-científico de dicha profesión*”

Ahora bien, entonces en Medicina Paliativa el accionar se debe encuadrar en un adecuado marco clínico y ético.

Cuando los tratamientos curativos se terminan y se da paso a la Medicina Paliativa, a excepción de los Pediátricos que suelen ser simultáneos y superponerse o comenzar sin haberse retirado las medidas terapéuticas²⁰, el accionar se debe encuadrar en un adecuado marco clínico, ético y médico legal (*lex artis*). Los cuidados paliativos deben llevarse a cabo bajo parámetros bien definidos²¹.

Así por lo pronto: se requiere una dosificación ajustada a las pro-

piedades farmacológicas, farmacocinéticas y farmacodinamias del agente empleado, adecuada a las características específicas del paciente y a la respuesta terapéutica obtenida.

Debe saberse y dejarse constancia de la respuesta del paciente y debe hacerse una monitorización clínica de la respuesta.

Enfermería debe estar informada de la estrategia paliativa y coordinada en todo momento con el equipo médico y con familiares, que incluso colaboran en el monitoreo del control sintomático. Medicina asertiva y no a la defensiva ni de complacencia.

El seguimiento permitirá, según la respuesta obtenida, adecuar las dosis.

Y todo enmarcado en criterios de buena práctica médica y con base en principios bioéticos de no-maleficencia y beneficencia, así como de autonomía.

Pero lo primero y previo a todo planteo debe ser tener una precisión diagnóstica y un análisis detallado del pronóstico.

Debe haberse hecho una valoración clínica exhaustiva que permita saber si el paciente tiene un proceso clínico irreversible en el que la muerte se prevé a corto plazo. Donde lo curativo da paso a lo paliativo.

Lo anterior exige, ante la mínima duda, la obtención de una segunda opinión. Que

tampoco deberá ser negada aunque no haya dudas y exige el registro fundamentado en la historia clínica. También frecuentemente se impone la consulta a un colega de sólida formación en cuidados paliativos. La valoración clínica referida debe haber identificado todos los factores potencialmente reversibles con un encare curativo.

La Medicina toda y la paliativa en especial no tienen por objetivo acelerar la muerte. Dicha muerte será una consecuencia inexorable de la evolución de la enfermedad y/o sus complicaciones.

La intencionalidad mortal no es paliativa y rompe los ojos cuando las dosis prescritas son inusitadas de inicio, no hay síntomas a tratar o se los trata de forma totalmente desproporcionada y no hay fundamentación alguna del accionar. (Distanasia vs Ortotanasia)

No pueden faltar las anotaciones de las indicaciones, del proceso desarrollado para la toma de esa decisión, el procedimiento propuesto, informado al paciente y/o familiares, consentido y seguido.

Y cuando se hubo de avanzar a medidas de sedación: deben registrarse adecuadamente los parámetros de medida de la respuesta del paciente, como: ansiedad, agitación y nivel de conciencia.

Cuando se pasa a sedación-analgésia la respuesta de éxito es el

alivio y no la muerte, pero si ésta sobreviniera por el llamado doble efecto, si el actuar médico fue de acuerdo a la *lex artis ad-hoc*, su conciencia queda en paz, actuó como médico. Su intención probada fue aliviar y la responsabilidad jurídica estará a salvo. Eso no es eutanasia en el sentido de dar muerte y sí en el de buena muerte (sentido etimológico en desuso)^{18,22}.

En 1516, Sir Thomas MORO, publicó su obra "*Utopía*"²³, en la que describió un mundo diferente y concibió la práctica de la eutanasia activa. Moro no fue el único filósofo en estudiar la práctica de la eutanasia. En 1620 Sir Francis BACON, publicó su *Novum Organum*²⁴, en la cual acuñó el actual concepto de eutanasia.

Sin embargo, la etimología del término *eutanasia* (eu -buena y *thanatos*- muerte), tal como fuera utilizado por griegos y romanos no merecería objeciones si fuera ése el concepto actual.

Pero si se dio muerte, según CAIROLI²⁵, este tipo de práctica en nuestro ordenamiento jurídico es un homicidio que, conforme lo dispuesto por el artículo 37 del Código Penal Uruguayo, podrá ser facultativamente perdonado por el juez, en la medida que haya súplicas reiteradas de la víctima y se den los demás requisitos (Homicidio piadoso).

Si se provocara la muerte intencionalmente, la fórmula adopta-

da por el codificador, José IRURETA GOYENA²⁶, en el art. 37 del C.P. consagra una causa de impunidad mediante el facultativo perdón del juez:

"Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima".

En suma: La normativa actual en nuestro país establece el siguiente marco médico-legal:

Acatar, en caso de estar inconsciente, las "*voluntades anticipadas*" que haya efectuado el paciente.

Que se medique a un paciente en las dosis necesarias para su alivio aún a expensas de un probable acortamiento de la vida.

Suspender tratamientos curativos y no reanimar cuando ya no se pueda mejorar la condición del enfermo portador de enfermedad irreversible en etapa de futilidad terapéutica. No caer en obstinamiento.

Registrar en la historia clínica. Todo ello en consonancia con lo que desde distintos ámbitos del *derecho médico, la medicina legal y la bioética*, ya se enfatizaba^{27,28}.

Bibliografía

1. Jorge Manrique (Paredes de Navas, España, h. 1440 - Castillo de Garcimuñoz, Cuenca, id., 1479) Poeta castellano autor de las célebres Coplas a la muerte de su padre, máxima creación de la lírica cortesana del siglo XV y una de las mejores elegías de la literatura española.
2. Miguel de Unamuno y Jugo (Bilbao, 29 de setiembre de 1864 – Salamanca, 31 de diciembre de 1936) Escritor y filósofo.
3. José Saramago (Azinhaga, Portugal 1922, Premio Nobel de Literatura) Escritor.
4. Heidegger M. Introducción a la metafísica. Ed. Nova. Buenos Aires, 1959.
5. Scheler M. Muerte y Supervivencia. Ed. Concourt. Buenos Aires, 1979.
6. Raimbault G. A criança e a morte. Ed Fco. Alves. Rio de Janeiro, 1979.
7. Tolstoi L. Obras selectas. 6ª Edición. Edimat Libros. Guatemala, 2004.
8. Schopenhauer A. El amor, las mujeres y la muerte. Ed. Tor. Buenos Aires, 1940.
9. Jaspers K. Psicopatología general. Ed. Beta, Buenos Aires, 1977.
10. Voltaire F. Páginas amenas de un filósofo. Ed. Elevación. Buenos Aires, 1948.
11. Camus A. L'etranger. Ed. Gallimard. París, 1957.
12. Sabat Ercasty C. Soneto de las agonías y los éxtasis. Academia Nacional de Letras. Montevideo. 1977.
13. Broch H. La muerte de Virgilio. Alianza Ed. Madrid, 1979.
14. Acevedo Díaz E: Grito de Gloria. Col. Clásicos Uruguayos 1964, pág.31.
15. LEYES 14.005, 17.668, 18335 y 18473 y DECRETOS 258/92 y 274/010.
16. Tommasino A: La muerte desde el punto de vista jurídico-penal. Rev Psiq Urug 1984; 49: 35-40.
17. Soiza A, Berro G. Eutanasia. Rev Psiq Urug 1984; 49: 29-34
18. Corgatelli D. A propósito de cuestiones relativas a la determinación de la muerte y a la existencia de un derecho del individuo a no ser sometido a ciertos tratamientos en situaciones críticas. Anuario de 19. Derecho Penal Uruguayo. Tomo 3: 161-164. Montevideo 1979.

19. Garay A. Morir con Dignidad. Conferencia en: VII Congreso Latinoamericano de Derecho Médico. Santiago de Chile.10/11/2010
20. Alberti M, Lores R, Menchaca A. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos Rev Med Uruguay 2008; 24: 50-55
21. Puppo Bosch D. Reflexiones sobre el morir y la muerte. Rev Psiq Urug 1984, 49: 23-28.
22. Gamarra J. Responsabilidad Civil Médica. Tomo I pág. 35, FCU. Montevideo, 1999.
23. Moro T. Utopía, Ed. Akal. Madrid, 1997.
24. Bacon F. Novum Organum. Ed. Orbis S.A. Buenos Aires, 1984.
25. Cairolí M. La eutanasia en Uruguay. En: El tratamiento jurídico de la eutanasia, obra colectiva, Ed. Tirant lo Blanch. Valencia, 1996.
26. Irureta Goyena J. CÓDIGO PENAL URUGUAYO, 1934 (Comentarios al final del mismo).
27. DECLARACIÓN DE VENECIA de la AMM sobre la Enfermedad Terminal. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983.
28. Cluzet O. Erradicar la futilidad en la práctica médica: ¿un imperativo categórico? bases éticas para un debate necesario. Disponible en: <http://www.bioetica.edu.uy/bibliografia> (revisado set 2011)

Es una
nueva propuesta
para *gerenciar* la **salud**

Guillermo Vázquez, MDES 2007
Gerente de Servicios Complementarios de SUAT.

MDES

Máster en Dirección
de Empresas de Salud

www.ieem.edu.uy
Tel.: 27097220



1988-2013
25 AÑOS
CRECIENDO
Y HACIENDO CRECER

Parar para
seguir **andando**

Rosina Armanino, PDD 2002
Gerente de Operaciones
de la Unidad de Gestión de Operaciones de PNUD

PDD

Programa de
Desarrollo Directivo

www.ieem.edu.uy/pdd
Tel.: 27097220



1988-2013
25 AÑOS
CRECIENDO
Y HACIENDO CRECER