

## **VIDA Y MUERTE DIGNA**

*Comunicación del académico de número Leonardo Mc Lean,  
en sesión privada de la Academia Nacional de Ciencias Morales  
y Políticas, el 25 de setiembre de 2013*

*Las ideas que se exponen en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente la opinión de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.*

ISSN: 0325-4763

Hecho el depósito legal

© Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas

Avenida Alvear 1711, P.B. - Tel. y fax 4811-2049

(1014) Buenos Aires - República Argentina

[ancmyp@ancmyp.org.ar](mailto:ancmyp@ancmyp.org.ar)

[www.ancmyp.org.ar](http://www.ancmyp.org.ar)

Se terminó de imprimir en Pablo Casamajor Ediciones ([www.imagenimpresa.com.ar](http://www.imagenimpresa.com.ar))  
en el mes de abril de 2014.

**ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS  
MORALES Y POLÍTICAS  
JUNTA DIRECTIVA 2013 / 2014**

*Presidente* . . . . . Académico Ing. MANUEL A. SOLANET  
*Vicepresidente* . . Académico Dr. SANTIAGO KOVADLOFF  
*Secretario* . . . . . Académico Dr. LEONARDO MC LEAN  
*Tesorero* . . . . . Académico Dr. RODOLFO A. DÍAZ  
*Prosecretario* . . . Académico Dr. JOSÉ CLAUDIO ESCRIBANO  
*Protesorero* . . . . Académico Dr. ROSENDO FRAGA

**ACADÉMICOS DE NÚMERO**

Nómina	Fecha de nombramiento	Patrono
Dr. Horacio A. GARCÍA BELSUNCE ....	21-11-79	Rodolfo Rivarola
Dr. Alberto RODRÍGUEZ VARELA .....	28-07-82	Pedro E. Aramburu
Dr. Natalio R. BOTANA .....	11-07-84	Fray Mamerto Esquiú
Dr. Horacio SANGUINETTI .....	10-07-85	Julio A. Roca
Dr. Leonardo MC LEAN .....	22-04-87	Juan B. Justo
Monseñor Dr. Gustavo PONFERRADA..	22-04-87	Nicolás Avellaneda
Dr. Gerardo ANCAROLA.....	18-12-92	José Manuel Estrada
Dr. Gregorio BADENI .....	18-12-92	Juan Bautista Alberdi
Dr. Eduardo MARTIRÉ .....	18-12-92	Vicente Fidel López
Dr. Isidoro J. RUIZ MORENO .....	18-12-92	Bernardino Rivadavia
Dr. Jorge R. VANOSSI.....	18-12-92	Juan M. Gutiérrez

ANALES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS MORALES Y POLÍTICAS

Nómina	Fecha de nombramiento	Patrono
Dr. Hugo O. M. OBIGLIO .....	23-04-97	Miguel de Andrea
Dr. Alberto RODRÍGUEZ GALÁN .....	23-04-97	Manuel Belgrano
Dr. Fernando N. BARRANCOS Y VEDIA .....	28-04-99	Benjamín Gorostiaga
Dr. Juan R. AGUIRRE LANARI .....	27-11-02	Justo José de Urquiza
Dr. René BALESTRA .....	14-09-05	Esteban Echeverría
Dr. Alberto DALLA VÍA .....	14-09-05	Félix Frías
Dr. Rosendo FRAGA .....	14-09-05	Cornelio Saavedra
Embajador Carlos ORTIZ DE ROZAS....	14-09-05	Ángel Gallardo
Dr. Mario Daniel SERRAFERO .....	14-09-05	José M. Paz
Dr. Juan Vicente SOLA.....	14-09-05	Deán Gregorio Funes
Dr. Carlos Pedro BLAQUIER.....	27-08-08	Nicolás Matienzo
Ing. Manuel SOLANET .....	27-08-08	Joaquín V. González
Dr. José Claudio ESCRIBANO .....	27-05-09	Domingo F. Sarmiento
Dr. Rodolfo Alejandro DÍAZ .....	14-04-10	Dalmacio Vélez Sarsfield
Dr. Santiago KOVADLOFF .....	14-04-10	Estanislao Zeballos
Dr. Vicente MASSOT .....	14-04-10	Fray Justo Santa María de Oro
Dr. Felipe DE LA BALZE .....	14-04-10	Bartolomé Mitre
Lic. María Teresa CARBALLO .....	26-10-11	Roque Sáenz Peña
Dr. Héctor A. MAIRAL .....	26-10-11	Carlos Pellegrini
Dr. Eduardo Martín QUINTANA.....	26-10-11	Vicente López y Planes
Dra. María Angélica GELLI .....	12-12-12	Antonio Bermejo
Dr. Adalberto RODRÍGUEZ GIAVARINI.	12-12-12	Adolfo Bioy
Almte. Enrique MOLINA PICO .....	12-12-12	José de San Martín

**ACADÉMICO EMÉRITO**

Dr. Carlos María BIDEGAIN

# VIDA Y MUERTE DIGNA

Por el académico Dr. LEONARDO MC LEAN

Como inicio de esta disertación deseo comentar principios éticos relevantes referidos a la vida humana.

El fundamento del respeto a la vida de un ser humano inocente se encuentra en la justicia: en dar a cada uno lo que es suyo. Es decir, en proporcionar al otro lo que le es debido. La razón es clara, todos los seres humanos deben ser tratados con el mismo respeto.

Entonces, el marco de referencia ético en cuestiones de la vida de seres humanos es la justicia; y una exigencia de ésta es la inviolabilidad de la vida humana. Al mismo tiempo, hay que añadir la afirmación de que esta inviolabilidad se fundamenta en la dignidad del hombre, y podríamos afirmar que la vida de todo ser humano tiene un valor inestimable<sup>1</sup>.

Conviene precisar que la inviolabilidad de la vida y de la integridad física es una exigencia mínima de la dignidad humana<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> García Cuadrado, J. A., *Antropología filosófica*, op. cit., p. 138.

<sup>2</sup> Cfr. Schockenhoff, E., *Etica della vita. Un compendio teológico*. Queriniana, Brescia 1997, pp. 182-186.

Esto significa que el respeto a la vida de los demás es un mínimo absolutamente necesario que se exige a todos sin excepción y cuyo fundamento no es otro que nuestra común condición humana. Por tratarse de una exigencia mínima, se percibe claramente que se considera que la vida es un bien de carácter fundamental, presupuesto de cualquier otro bien humano. Por esto, el respeto a la vida ajena debe ser reconocido como el término que ninguna actividad individual o estatal puede traspasar<sup>3</sup>.

Aplicando estos conceptos al ámbito clínico podemos afirmar que el concepto “dignidad” se basa en lo que el hombre es: es intrínseco a la persona. Por tanto ninguna enfermedad puede alterarla<sup>4</sup> y que toda persona tiene una dignidad única e irrepetible, a lo que agregamos, como postulara el Doctor Eduardo Sambrizzi en su incorporación a la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires: “El derecho a la vida es el primero y más importante de los derechos, de carácter absoluto y sin el cual no pueden existir los demás”<sup>5</sup>.

Podría pensarse que la vida de una persona con alguna discapacidad pudiera parecer que tiene menos valor que la de otra con capacidad de desarrollarse en plenitud<sup>6</sup>. Sin embargo, la vida de un feto, la de un discapacitado, como la de cualquier otra persona, es siempre inviolable.

Por lo que el contenido ético de la inviolabilidad de la vida expresa que toda acción dirigida de modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano inocente, o bien el abandono intencional de vidas humanas cuyas subsistencias dependen de la propia

---

<sup>3</sup> Cfr. Rodríguez Luño, A., *Acetti in Cristo...* vol, III, *op. cit.*, pp. 134-135

<sup>4</sup> Cfr. Pellegrino. E., D., “*The lived experience of human dignity, in the Presidents Council on Bioethics*”, *Human dignity and bioethics. op. cit.*, 528

<sup>5</sup> Sambrizzi, Eduardo, Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Bs. As. Incorporación académica. La Ley - 2013-5-7 de marzo 2013.

<sup>6</sup> Cfr. Spisanti. S., *Ética-biomédica*. Edizioni Pauline, Milano 1987, pp. 71-73.

responsabilidad y están sujetas a la propia tutela, constituye objetivamente un desorden moral grave. Y en el ámbito sanitario propiamente dicho, la inviolabilidad de la vida humana fundamenta el actuar médico y constituye el único criterio de una acción terapéutica dirigida a causar el bienestar de la persona.

Es más, para los creyentes, para los que creemos en un Ser superior, es preciso considerar al hombre como ser creado a imagen y semejanza de Dios<sup>7</sup>. Para la tradición judeo-cristiana, la única forma de afirmar la dignidad incondicionada de la persona humana, es el reconocimiento explícito que el hombre está creado a imagen y semejanza de Dios.

De lo expuesto debemos afirmar que la vida es inviolable, porque el hombre es un “sujeto”, no un “objeto”, es una “persona” y no una “cosa”.

Y que toda persona tiene un valor único e irrepetible.

Que el ser humano, aun cuando actualmente sea un embrión de una célula, tiene una vida inviolable.

Que respetar la vida de una persona, por precaria que sea, es el mínimo exigido para cualquier acción médica.

Que las vidas de los seres humanos tienen igual valor, con independencia de las mayores o menores capacidades que puedan desarrollar en el futuro<sup>8</sup>.

En este siglo que transitamos, el problema del respeto al hombre se ha hecho trágicamente urgente. Registramos por un lado, una convicción cada vez más arraigada que en ese respeto radica la condición de una vida verdaderamente humana, pero por otro lado un prestigioso periódico de nuestro país en su editorial

---

<sup>7</sup> García Cuadrado, J. A., *Antropología filosófica*, *op.cit.*, pág.138

<sup>8</sup> Cfr. Melina. L., *Corso di bioetica. Il Vangelo della vita*. Edizioni Piemme, Casale Monferrato 1996, p. 82.

nos informa que en los primeros 6 meses de este año cada 40 horas es asesinada una persona denotando el desprecio que existe hacia el valor de la vida<sup>9</sup> y si nos remontamos a la primera mitad del siglo pasado, en la Alemania nazi, se ha consumado una de las más atroces y sistemáticas violaciones de ese respecto de las que tenga memoria la humanidad. Los abundantes programas de eutanasia en aquel momento no fueron el mero resultado de un fanatismo repentino, sino más bien la culminación de un movimiento intelectual que se originó por los años 20 con la publicación de “la destrucción de la vida carente de valor”, del psiquiatra Alfred Hoche y del jurista Karl Binding<sup>10</sup>.

Estos autores desarrollaron la tesis que hay seres humanos sin ningún valor vital y postularon la supresión de quienes no podían curarse, haciendo hincapié en la carga económica que representan estos pacientes y adujeron las ventajas de su eliminación.

A esto se suma que en el año 1933, la ley para la prevención de las “enfermedades hereditarias” que justificó la esterilización obligatoria para prevenir la propagación de taras: como la imbecilidad, la locura, la epilepsia, la sordera, la ceguera y el alcoholismo hereditario. Se manejan cifras de que esta ley habría causado la esterilización de más de trecientos setenta y cinco mil personas, incluyendo a quienes habían perdido algún miembro por accidente de trabajo<sup>11</sup>.

En el año 1939, Alemania tenía trecientos mil pacientes mentales, en 1940 quedaron solo cuarenta y seis mil. A todo esto se sumó la muerte de millones de judíos, y de los que no se consideraban pertenecientes a la raza “aria”.

El Papa Juan Pablo II, ha dicho palabras muy claras: que la crisis de nuestro tiempo es una crisis de la verdad. Una crisis de

---

<sup>9</sup> Editorial. Diario *La Nación*, jueves 15 de agosto 2013.

<sup>10</sup> Monge, Fernando, “Eutanasia y cultura de la muerte”, *ASD Prensa*. ASD 17/85. 15 de octubre 1985.

<sup>11</sup> *Ibídem*.



la verdad es una crisis del hombre, porque en ella se rompe la verdadera relación de los hombres entre sí, con el mundo y con Dios.

Después de esta introducción, me limitaré a analizar las nociones tan profundamente arraigadas en la tradición deontológica de la medicina y en la actitud y conducta de muchos médicos. Son las nociones básicas de “dignidad del ser humano” y del respeto que le es debido<sup>12</sup>.

Es obvio que la dignidad del paciente es la misma y ordinaria dignidad general del hombre, pues el paciente es el mismo hombre que vive en las circunstancias específicas impuestas por la enfermedad. El paciente posee dignidad, no por el hecho de estar enfermo, ni porque está necesitado de atención médica, sino en razón que es un hombre, una persona.

Por todas partes se reclama respeto para la dignidad humana, se protesta contra los atentados a la dignidad de las personas, y al lado de tantas nobles causas vemos también cómo el fanatismo “pro eutanasia”, echa mano de los slogans de: “derecho a morir con dignidad”, o de: “muerte digna para todos”, para no culpabilizar la destrucción sistemática de esa dignidad.

## **Qué entendemos por eutanasia**

Etimológicamente, eutanasia, viene del griego eu (bien) y thanatos (muerte), y significa primariamente buena muerte, muerte apacible, sin sufrimientos, una “muerte dulce”.

Causar la muerte sin dolor a los que sufren. “Causar la muerte por piedad” con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos

---

<sup>12</sup> Melendo, T., *Dignidad humana y bioética*. Eunsa, Pamplona 1999, p.22.

mentales o a los incurables<sup>13</sup> la prolongación de una vida desdichada, quizá por muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a los familiares o a la sociedad. También la ayuda al suicida para que consuma su propósito.

Es necesario reafirmar con toda fuerza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad; ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo<sup>14</sup>.

Se trata en efecto de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad, dado que la vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social.

La súplica de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte, no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto y que además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor y afecto de todos quienes lo rodean.

La Real Academia Española define “eutanasia”: como “la acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes, acelere su muerte con su consentimiento o sin él” y en la opinión pública se ha difundido un concepto de “muerte digna” entendida como el derecho y la autodeterminación de acabar con el sufrimiento con el adelanto deliberado de la muerte del que sufre.

---

<sup>13</sup> Mc Lean, Leonardo, “La anancefalia como problema médico, ético y social”. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*, Año 3 N 1, diciembre 2004.

<sup>14</sup> Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la eutanasia*. Ediciones Paulinas, 5 de marzo 1984.

El derecho a no sufrir inútilmente y el derecho a decidir sobre sí mismo, amparan y legitiman la decisión de renunciar a los remedios o recursos excepcionales o extraordinarios en la fase terminal, siempre que tras ellos no se oculte una voluntad suicida<sup>15</sup>. Y en estas situaciones está ausente la eutanasia, que implica, una **deliberada** voluntad de acabar con la vida del enfermo<sup>16</sup>.

La eutanasia es un atentado contra la dignidad de la persona, la búsqueda deliberada de su muerte, pero es propio de esa dignidad, el aceptar su llegada en las condiciones menos penosas posibles.

La dignidad de la muerte significa proporcionar al que va a morir lo que declara la carta de los “Agentes de la Salud”:

“Lo más importante de las asistencias, que es la amorosa y específica presencia de médicos y enfermeros al lado del moribundo”. “Mostrarles con obras que son valiosos para nosotros, sus medios y toda la sociedad, que no han perdido su dignidad.”

Sin embargo, la palabra eutanasia se ha desvirtuado y ha adquirido desde antiguo otro sentido algo más específico: “Procurar la muerte sin dolor a los que sufren” (homicidio por compasión).

Pero todavía este sentido es muy ambiguo, puesto que la eutanasia así entendida puede significar realidades no solo diferentes sino opuestas profundamente entre sí, como: el dar muerte al recién nacido deficiente que se presume que habrá de llevar una vida disminuida, la ayuda al suicida para que consume su propósito, la eliminación del anciano que se presupone que no vive ya una vida digna.

Hoy más estrictamente se entiende por eutanasia el llamado “homicidio por compasión”, es decir: el causar la muerte de otro

---

<sup>15</sup> Comité de Bioética de la Soc. Arg. de Terapia Intensiva. *Rev. Medicina Intensiva*, vol. 16, N2, págs. 53 a 56, 1999).

<sup>16</sup> Dickens, B. M., *Comentary on “slow eutanasia”*. *J. Palliat. Care*. 1996, 12(4): 42.

por “piedad” ante su sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere.

Y en este debate no siempre se toma esta palabra en el mismo sentido y esto produce una grave confusión en el común de las gentes<sup>17</sup>.

Es muy importante entender el significado que se le dé al “término eutanasia” ya que puede parecer ante las gentes como un crimen inhumano o como un acto de misericordiosa solidaridad (es decir, la realidad que se quiera designar).

Por lo que llamaremos de acá en más eutanasia a la actuación de cuyo objeto es causar la muerte de un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida “**carece**” de la calidad mínima para que merezca el calificativo de “**digna**”.

Así considerada, “la eutanasia” es siempre una forma de “**homicidio**”, pues implica que un hombre da muerte a otro, ya mediante un acto positivo, por acción, ya mediante la omisión de la atención y cuidados debidos, esto puede deberse por acción (administrar sustancias tóxicas mortales) o por omisión (negarle la asistencia médica debida).

La decisión de suspender tratamientos que ya no sirven para curar o que prolongan inútilmente la vida se considera **buena práctica médica**. Lo cuestionable, en realidad, es seguir aplicándolos sólo porque existen.

Ni la suspensión de tratamientos curativos ni la limitación del esfuerzo terapéutico para prolongar artificialmente la vida son eutanasia, y aunque se ha llamado eutanasia pasiva a estas decisiones, para mayor claridad conviene dejar las diferentes clasificaciones de eutanasia a un lado, y llamar eutanasia a la que es activa, directa y voluntaria.

---

<sup>17</sup> Brian Pollard, *Eutanasia*. Ediciones Rialp, S. A. Madrid.

## **La eutanasia en la historia**

En los sucesivos períodos históricos el hombre ha tratado de explicarse la realidad y los acontecimientos que en ella tienen lugar: la vida, la enfermedad, y la muerte<sup>18</sup>.

Los esquimales practicaban la eutanasia voluntaria pues, a pedido del anciano o del enfermo, se le abandonaba tres días en un iglú herméticamente cerrado. En algunas tribus antiguas se imponía como obligación sagrada al hijo administrar la muerte buena al padre viejo y enfermo.

En la sociedad espartana, los recién nacidos deformes eran precipitados por los Montes Taigetos, mientras que los ancianos eran considerablemente respetados.

Hasta fines del siglo XIX en América del Sur existió el despenador encargado de hacer morir a los enfermos desahuciados.

En Cerdeña en el 1500 a. C. aparece la comadrona que ayuda en el parto y también a morir a los pacientes terminales. Esta forma oculta y popular de eutanasia ha persistido en la isla de Cerdeña hasta el siglo XX.

En 1998 el gobierno Chino autoriza la supresión de los enfermos terminales.

En 2001 y 2002 se aprueban las leyes que legalizan la eutanasia en Holanda y Bélgica respectivamente.

En Holanda el primero de abril de 2001 entra en vigor una ley que, estableciendo ciertos requisitos, hace impune a la eutanasia, aunque sigue prohibida en el código penal. Exige:

- 1) que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda;

---

<sup>18</sup> Heidenreich. Arturo, "Evolución de las ideas en medicina". *Rev. de la Asoc. Médica. Argentina*, vol.123. N2 de 2010/17.

- 2) que el médico esté convencido de que la petición del paciente es voluntaria, que esté bien meditada y haya sido manifestada en un documento de voluntad anticipada;
- 3) que se constate un sufrimiento insoportable y sin esperanza de mejora;
- 4) que se haya consultado a otro facultativo y que éste haya corroborado el cumplimiento de los requisitos;
- 5) que la realización de la eutanasia, o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.

Luego de esto el médico deberá hacer su informe al médico forense y éste a una comisión regional de comprobación.

La ley no autoriza aplicar la eutanasia a personas que presenten cuadros de depresión o ansiedad, ni a ancianos que no deseen vivir.

Bélgica hizo lo propio en el año 2002 aprobando una ley que despenalizó la eutanasia pero no menciona el suicidio asistido y con requisitos de que sea mayor de edad o menor emancipado; dialogar con el paciente y con otros médicos; dejar pasar un mes e informar a las autoridades pertinentes.

Luxemburgo, en diciembre de 2008 la acepta en casos de situación médica “sin solución” pero la prohíbe para los menores.

En Suiza la eutanasia es legal como “ayuda a morir” a quien lo desea luego de ser revisado su estado crítico por médico y abogado y, en caso de su aceptación el paciente es enviado a Zurich, donde se le ofrece un cóctel letal que debe ingerir por sí solo o en compañía de sus parientes próximos.

En los Estados Unidos son tres los estados que permiten la eutanasia, también invocada como “muerte dulce”. Oregón en 1997. Washington en el año 2008 aprueba el acta de “muerte con dignidad” y en ese mismo año en el estado de Montana se legali-

za que los enfermos terminales tienen el derecho a la libre administración de dosis “letales” de medicamentos recetados por un médico sin sanción legal y esto avalado por la Suprema Corte de Justicia.

Existen países que la prohíben pero autorizan una ayuda a morir, tales como Italia, Gran Bretaña, Alemania, Austria, España, Portugal, Noruega, Suecia, Hungría, República Checa y Eslovaquia. Sin embargo, como se ha dicho, en todos estos países citados se prevén ayudas para morir ya sea el rechazo –por el enfermo– de cuidados médicos o la interrupción de determinados tratamientos médicos.

Hay otros países en donde la eutanasia está prohibida y no prevén ayuda para morir, siendo castigados por la ley, tales como Grecia, Rumania, Polonia e Irlanda.

En diferentes países se mantiene el debate sobre la conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida: España, Francia, Australia entre otros y el Reino Unido donde, pese a ser la eutanasia ilegal, tanto la Corte Suprema, como el Colegio Médico Británico han establecido normas más abiertas en favor de la llamada “muerte dulce” y en el año 2005 se refiere que se practicaron dos mil casos de eutanasia.

En América Latina, Colombia reconoce la eutanasia en el año 1998.

En nuestro país, con fecha noviembre de 2012, el Honorable Senado de la Nación aprobó la modificación de la ley que regula los derechos del paciente, en relación con los profesionales e instituciones de salud. “Ley de Muerte Digna” (Ley 26529, modificada por la Ley 26742).

## **El enfermo terminal**

“Un Síndrome Terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo”.

Holland (en 1982) definió al enfermo terminal como aquel paciente que no ha respondido a ninguna de las medidas curativas que se conocen y le han sido aplicadas y, por consiguiente, el único objetivo del tratamiento que ahora cabe aplicarle es proporcionarle el máximo bienestar.

Sin embargo establecer un diagnóstico de “terminal” es, en la actualidad, extraordinariamente complejo y arriesgado, incluso para el paciente que sufre una evolución fatal y que se encuentra en estado grave. Hay pacientes cancerosos que han sobrevivido a una etapa muy crítica de su enfermedad y que más tarde vuelven a una vida normal, lo mismo puede afirmarse de algunos pacientes con serias afecciones cardíacas que se han recuperado gracias a las técnicas quirúrgicas y que ahora son capaces de llevar una vida productiva normal, y otros, después de haber sobrevivido a un estado de coma prolongado. No podemos mencionar un sinnúmero de enfermedades otrora consideradas incurables que, con los extraordinarios avances de la medicina, hoy tienen un feliz desenlace.

No olvidemos que el paciente terminal es un enfermo que está en la vida, y en una fase muy importante de esta, por lo que la atención al enfermo en esta fase terminal constituye una de las funciones más importantes e ineludibles del médico y, bajo ningún concepto, el médico debería desentenderse de su asistencia. No olvidemos que, incluso en esas circunstancias, comunicarse con él y tratar de comprenderle, constituyen una parte integrante del tratamiento que le es debido y, además, un deber ético que para el médico resulta irrenunciable, cualquiera que sea el punto de vista o el criterio que se haya adoptado, sobre este particular.



Y ¿qué decir sobre la comunicación con el enfermo terminal?<sup>19</sup>.

En este punto no hay lugar para las mentiras piadosas; aquí las mentiras son siempre perniciosas y esto significa que desfigurar la verdad a una persona que libremente la desea acerca de un hecho fundamental para su existencia, como es el hecho de que pronto va a morir, no es congruente con el tópico de la mentira piadosa.

Saber sentarse a la cabecera de un enfermo que va a morir, es ser médico de verdad, y cuando se genera un buen nivel de intercambio entre médico y paciente es cuando se puede contestar con sinceridad a todas las preguntas que el paciente quiere hacer a su médico.

Las opiniones sobre el deber de informar al paciente de una muerte próxima continúan estando muy divididas, tanto a nivel popular como entre los científicos que han tratado sobre este particular.

La mayoría de los que viven en la ignorancia de que también son mortales manifiestan que la mejor manera de morir es aquella en la que uno no se entera.

Otros, por el contrario, preferirían una muerte lúcida, aceptada humana y espiritualmente, que cancele los propios débitos y acabe de dar un sentido definitivo al vivir humano.

Desde el punto de vista teórico, las opiniones son también distintas según los países, las culturas y los tiempos.

Por todo ello nos parece muy difícil establecer unas normas rígidas. La pregunta es de si debe decirse la verdad a un enfermo terminal, no puede contestarse con un sí o un no rotundo, pero, sería deseable que toda persona tuviera la madurez y serenidad

---

<sup>19</sup> Domenech. E., Llaneria y Polaino-Lorente. A, "Comunicación y verdad en el paciente terminal", *Manual de Bioética General*. Pág. 390

suficientes para afrontar con lucidez su propia muerte. Pero el respeto a la libertad de la persona y el rechazo a todo tipo de manipulaciones nos obliga a tener muy en cuenta lo que el paciente quiere saber y respetar hasta dónde quiere ser informado

Uno de los graves problemas de la medicina actual es la escasa formación humana que reciben los estudiantes en algunas de las facultades de Medicina y Enfermería, para abordar el tema de la muerte. Del mismo modo, casi nada se les enseña respecto de las habilidades que son necesarias para relacionarse con el paciente en este estado y ayudarlo a prepararse para esta etapa final<sup>20</sup>.

Son interesantes los trabajos publicados por Elizabeth Kubler-Ross<sup>21</sup> (sobre la muerte y el moribundo) en el año 1981, quien consiguió abrir horizontes de estos pacientes y, en varios países estimular la creación de clínicas donde acoger a los enfermos más graves. Una de éstas, mundialmente famosa, es la que en EEUU fundó el doctor Cicely Saunders, con el nombre de St. Christopher's Hospice. Su lema era ayudar a los enfermos a vivir el tiempo gratificante y, decididamente, atacar el problema del dolor con el máximo respeto a sus exigencias éticas.

## **Medicina paliativa**

Por lo que hasta aquí hemos visto, la eutanasia, para un número creciente de seres humanos, está dejando de ser un problema, porque se está convirtiendo en una gran solución. Las encuestas de opinión están constatando un crecimiento continuado, persistente, del número de los que creen que el homicidio compasivo

---

<sup>20</sup> Figini, Héctor, *Rev. Asoc. Médica. Argentina*. Vol 123-Número 2- 2 agosto 2010.

<sup>21</sup> Kubler-Ross, *Elizabeth. On death and dying*. Mc Millan, New York. 1969 - Citado por Domingo Baso, O. D. en *Nacer y Morir con Dignidad*.

o la ayuda médica al suicidio son las soluciones más humanas y dignas que se pueden ofrecer a ciertos sujetos. Sin embargo la medicina paliativa es la única respuesta válida al tremendo desafío de la eutanasia, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del dolor, y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Los elementos que definen la necesidad de intervención de un equipo de cuidados paliativos son:

- 1) La presencia de una enfermedad avanzada y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento curativo específico.
- 2) Presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 3) Gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico.
- 4) Pronóstico de vida habitualmente inferior a 6 meses.

Estos cuidados paliativos incluyen intervenciones médicas que buscan entre otras –y quizá la más importante–, el alivio del dolor mediante la administración de los analgésicos comunes hasta el uso de opioides y morfina, aumentando las dosis cuanto sea necesario, sabiendo que no existe techo analgésico para la misma<sup>22</sup> y, si como consecuencia de esta indicación pudiera precipitarse la muerte del paciente, esta acción no deberá ser considerada como una forma de eutanasia<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> *Pío XII y las Ciencias Médicas*, López Medrano. C. Obiglio. H., Ray. C.

<sup>23</sup> *Mount. B., Morphine drips, terminal sedation, and slow eutanasia: definitions and facts, not anecdotes.* J. Palliat. Care. 1996; 12 (4) 31-37.

La muerte representa la característica de finitud del hombre, pertenece a la categoría de lo innombrable, lo profundamente irrepresentable. Cada cultura tiene un modo particular de procesar esta situación que, además, ha ido variando a lo largo de la historia.

Los arduos intentos por preservar la vida pueden llevar a una forma de asistencia incorrecta y, por lo tanto innecesaria, conocida como “encarnizamiento terapéutico”, que es preciso reconocer y evitar. Esta definición implica continuar con tratamientos invasivos, frecuentemente dolorosos y asociados al uso de compleja tecnología, cuando las posibilidades de sobrevida son racionalmente nulas<sup>24</sup>.

Podemos afirmar que el médico dignifica la muerte cuando se abstiene de tratamientos dolorosos e injustificados, y cuando los suspende porque son inútiles.

En nuestro país con motivo de la ley que regula los derechos del paciente (ley de muerte digna) se permite “al paciente que presenta una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”, rechazar “procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimiento de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

Muchos profesionales de la salud han sido reacios a generalizar el uso de fluidos endovenosos en pacientes terminales argumentando efectos negativos, como prolongación de la vida, el aumento de la secreción urinaria obligando al uso de catéteres o sondas, a trastornos gastrointestinales, respiratorios.etc.

---

<sup>24</sup> Larguía. M., “Muerte Digna en Neonatología”. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*.2012; 31(3).

En oposición a esta actitud, Robin Faisinger, director del Centro del Programa de Cuidados del Royal Alexandra Hospital-Universidad de Alberta: opina todo lo contrario afirmando junto a su equipo de trabajo, que la hidratación nunca ha sido causa de síntomas de distress y la misma permite la administración de la medicación necesaria para paliar todas las fallas orgánicas que se van presentando, sabiendo que la deshidratación conlleva a sequedad extrema de la mucosa bucal seguida de lesiones costrosas con dolor, úlceras posturales por decúbito, falla renal que es causa de estados de inquietud, confusión, convulsiones, y otros.

Es corriente observar que cuando un enfermo grave recupera la conciencia, aunque sea por muy poco tiempo, suele clamar para que se le humedezcan los labios y le permitan ingerir sorbos de agua. Si ello no es posible o resulta insuficiente, el objetivo de la hidratación sería solamente aliviar la sed, sin pretender normalizar la función de los distintos órganos.

Y, si bien es cierto que en las horas que preceden al final de la vida la “hidratación” puede ser considerada inútil, en este período “agónico” la decisión de suspender la misma podría tener otra “connotación ética”, ya que se la considera como una necesidad básica de todo ser humano<sup>25</sup>.

Una situación especial se presenta cuando el niño recién nacido está en riesgo de morir.

El ensamble entre ciencia y tecnología ha permitido a la perinatología asistir exitosamente a niños muy pequeños o gravemente enfermos. Las unidades de terapia intensiva UTIN responden a desafíos cada vez mayores.

Es de suma importancia la información oportuna dada a los padres, escuchar las inquietudes de los mismos y sus familiares,

---

<sup>25</sup> Declaración de la Acad. Nac. de Medicina. Referente a la “Modificación de la ley que regula los derechos del paciente, su relación con los profesionales e instituciones de salud”.

alentándolos a que efectúen preguntas y expresen sus emociones. Ser respetuosos y comprensivos de las mismas. Usar un lenguaje sencillo y claro y comprobar que lo transmitido ha sido comprendido.

Proponer a los padres que reciban en brazos a su hijo, retirándolos transitoriamente de la incubadora si allí estuviera, que tengan ese contacto piel a piel, y en el caso que suceda la muerte, posibilitar la muerte de estos hijos en brazos de sus padres, hecho comparable a la propuesta para los adultos de “morir en casa”<sup>26</sup>.

Para finalizar podemos afirmar que No es deontológico admitir la existencia de algún período en que la vida humana carezca de valor.

La vida terminal del hombre, por tanto, posee un valor inestimable, no inferior al de ninguna otra fase de la vida humana.

La eutanasia u “homicidio por compasión” es contraria a la ética médica.

En caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Acad. Largaña, Miguel., *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2012; 31(3).

<sup>27</sup> Prof. Herranz, Gonzalo, *El paciente terminal y la ética de la medicina paliativa*. Dep. Bioética. Universidad de Navarra.

## **OBSERVACIONES Y COMENTARIOS**

presentados por los señores académicos:

*Académica María Angélica Gelli*

Acerca del deber de hidratar y alimentar, si no le comprendí mal usted dijo que quitar la hidratación puede causar más dolor ¿es así?

*Académico Leonardo Mc Lean*

El fin que tiene el mantener la hidratación en el enfermo terminal, ya sea por vía endovenosa o subcutánea, tiene por objeto que el paciente no experimente la sensación de tener sed, con las connotaciones y angustia que esto provoca y al mismo tiempo nos permite tener una vía habilitada para la administración de analgésicos con el fin de evitar el dolor.

*Académica María Angélica Gelli*

¿Sería un cuidado paliativo? ¿No la alimentación? ¿Se podría distinguir?

*Académico Leonardo Mc Lean*

La hidratación al paciente terminal está dentro de los cuidados paliativos y, como ya se ha dicho el tener la vía endovenosa o subcutánea habilitada, permite no sólo calmar la sed sino también el dolor y poder dar sedación.

*Académico Hugo O. M. Obiglio*

Adhiero a las felicitaciones para el orador y de quienes me precedieron. La claridad del enfoque en un tema que pareciera natural en el ámbito del manejo médico es, en ocasiones, motivo de discusiones y diría por momentos casi agresivas. Hay razones múltiples para lo que acabo de afirmar. Creo, hablo a título personal, que ha cambiado la formación del médico en el correr de este siglo en relación con el pasado. Si bien nosotros no teníamos en esos momentos en el curriculum de nuestra carrera disciplinas como filosofía, antropología, y menos bioética como tal, ya que el neologismo aparece en los 70, sí teníamos un algo que era la enseñanza del médico que teníamos adelante, el maestro, que a nosotros nos marcaba los pasos a dar en nuestra compleja relación inicial con el paciente. Tuve la suerte de formarme en el Antiguo Hospital de Clínicas, fundado en 1881, el que en esos momentos era prácticamente la sede de la Facultad de Medicina de la UBA. Sólo dos cátedras estaban afuera que eran psiquiatría e infecciosas. Todos los titulares que eran pocos, estaban ahí como jefes de sala acompañados por un grupo de profesores adjuntos quienes tiempo después fueron también cabezas de las distintas especialidades. Es así que tuve oportunidad realmente de vivir una medicina de excepción, y tener verdaderos maestros. Estos maestros tenían una relación muy clara con el paciente, muy digna y respetuosa. He visto retirar de las comisiones, que en su momento eran pequeñas de hasta ocho o diez –que en la actualidad se triplican– dejando dos nomás para examinar a una mujer con



un problema ginecológico, o hacer una semiología abdominal baja de un adulto indicando que era necesario tener respeto hacia el doliente. Esto es un indicador de lo que hoy se ha perdido, que es la relación médico paciente, que lleva de alguna manera a la deshumanización de la medicina.

El segundo componente de esa pérdida de relación, afectividad, cariño, aprecio, respeto, es el cambio del entorno cultural. Si uno simplemente pierde un poco de tiempo mirando la pantalla de un televisor aun antes de las 10 de la noche –hora límite, en teoría, para la presencia de niños y adolescentes– ya se ven monstruos horribles, muertes, asesinatos, gestos de violencia, sexo explícito. Entonces ese entorno cultural pesa de alguna manera también en el médico, en las decisiones que tiene que tomar; porque la familia del paciente de alguna manera presiona cuando se pone en contacto con él exigiendo determinado fármaco, alguna cirugía estética o apoyando un equivocado criterio de ayuda al bien morir, incurriendo últimamente en la eutanasia.

En tercer lugar digamos que elegí medicina –entre otras cosas, mi padre era médico, una familia con antecedentes en el campo de la salud–, porque de todas maneras me entusiasmó el que fuera una profesión liberal, es decir el no estar atado a nadie, y hoy todos los médicos en el ejercicio de la profesión están atados, salvo casos excepcionales a todo. Y ese “todo” muchas veces no facilita el acto médico; no digo que el tiempo marque conductas visibles ocurridas medio siglo atrás, pero de todas maneras lo que hoy se ve es prácticamente la falta real de contacto entre paciente y médico. Hay una vieja anécdota que yo repito siempre, cierta y no gastada para mí, pero no menos válida de una familia de cardiólogos franceses, abuelo, padre y nieto. El abuelo le decía a su nieto “mira, yo te veo a vos con mucha preocupación en el ejercicio de la cardiología, porque cada vez estas más lejos del paciente”. Y a su padre que estaba presente le decía “a vos también, porque cuando yo empecé a hacer cardiología la distancia mía con

el paciente era el largo de la goma del estetoscopio. Y cuando tu padre la ejerció el contacto con el paciente estaba dado por la distancia del largo cable del electrocardiógrafo. La cardiología que vos haces al manejar un eco doppler cardíaco o distintas técnicas de diagnóstico por imagen hacen que todavía estés mas lejos del paciente. Esto es una vivencia personal. Así que en segundo lugar eso y en tercer lugar la familia y el Estado. Al hablar del entorno cultural hicimos alguna mención sobre la presión de los medios de comunicación en su entorno, situación esta que de alguna manera participa junto con el hábitat –espacios pequeños– en la integración de la familia. Antes se convivía con los padres, los abuelos en espacios más grandes, que facilitaban el acompañamiento de los seres queridos al enfermo terminal. Hoy esto es casi un imposible y es por ello que la muerte nos encuentra en ocasiones solo y en un frío establecimiento hospitalario.

Y en cuanto al Estado en relación con el enfermo terminal, cada vez avanza una legislación que apoya y favorece prácticamente desde la niñez la eutanasia frente a estos casos. Y en ocasiones con la exigencia de la participación activa del servicio de salud ignorando ex profeso la objeción de conciencia.

Hoy, como se ha dicho en esta Academia, se debe oponer a la eutanasia los cuidados paliativos ya que estos son sin duda los que acompañan al enfermo terminal a bien morir. Y si uno entiende por bien morir sufrir dolor lo menos posible desde el punto de vista humano, el cuidado paliativo cubre el episodio de dolor casi un 99%. Pero hoy en día, el soporte psicológico, el acompañamiento del equipo de salud, y la atención espiritual es lo que lleva al paciente a un descanso, a terminar su vida de una forma distinta a la que la medicina todavía hoy ofrece al paciente en estas situaciones. Con esto quiero decir que son temas en donde los países, las culturas, los tiempos, como dijo el académico Mc Lean, juegan un rol muy importante. La educación del médico, a la que le falta una formación filosófica antropológica lleva a veces a entrar en la

fase última que también mencionó el orador, y que es el encarnizamiento terapéutico.

*Académico Leonardo Mc Lean*

Quisiera tener la opinión de los señores académicos presentes, referente al tema que plantea la académica Gelli al respecto hasta cuándo mantener la alimentación.

*Académica María Angélica Gelli*

Siempre entendí que la alimentación no debía negarse en ningún caso, a ningún enfermo. Asistir a los pacientes proveyéndoles hidratación parece un deber insoslayable, natural de quienes los atienden.

Sin embargo y a propósito de un estudio crítico de Carlos R. Gherardi –*Permiso para morir en la Justicia Argentina*– publicado en la Revista Jurídica *La Ley* (2007) acerca de la crueldad de mantener durante muchísimo tiempo la alimentación de un enfermo en estado vegetativo permanente, mediante un soporte asistencial, creo recordar, por vía endovenosa, quería preguntarle si privar de hidratación a una persona en esas condiciones tenía consecuencias para ella en términos de dolor o de menos confort en ese paso de la vida a la muerte.

Gherardi sostenía que la práctica de la hidratación en esos enfermos constituía encarnizamiento terapéutico porque en esas condiciones se provocaban, o podían generarse, llagas, mortificaciones mayores a un paciente sin destino. Para el autor, la traducción de ese imperativo tecnológico, que él rechazaba expresamente, sería «porque se puede [mantener artificialmente la vida con la hidratación] se debe [hacerlo]».

Se lo pregunto a Ud., que ha realizado una exposición tan interesante y a la vez conmovedora, porque, francamente y sin conocimientos médicos me parecía, intuitivamente, que había que rechazar una posición tan extrema, que la hidratación no debía suprimirse. Por eso le preguntaba cómo lo veían ustedes desde la perspectiva médica, porque ese dilema ético suele aparecer en situaciones extremas. Es más sencillo escribir acerca de ello –y lo he hecho, aunque planteando interrogantes– que tomar la decisión concreta sobre personas queridas que están sufriendo. Lo que se quiere es que esos pacientes no sufran, pero tampoco se quiere provocar o acelerar la muerte.

Existe un fallo emitido por la Suprema Corte de los Estados Unidos, el caso “Vacco Attorney General of New York (1997) en el que se planteó la diferencia entre ayudar al suicidio y administrar una serie de medicamentos para aliviar el dolor, por ejemplo, sin intención de acortar la vida, sino a pesar de que esos medicamentos o analgésicos, puedan acelerar la muerte. El análisis que se realiza en la sentencia es muy interesante. Intervinieron los denominados “Amigos del Tribunal” –médicos, filósofos, religiosos– dando sus opiniones. El encuadre que finalmente prevaleció en la decisión de la Suprema Corte fue el de la ética clásica: distinguir la intencionalidad con la que se realiza un mismo acto del efecto que produce esa determinada acción. Es decir, diferenciar “intención” de “causación”. No obstante, también en esos casos se plantean dilemas: ¿cómo y qué hacer para asistir al enfermo, para mantenerlo confortable, para acompañarlo hasta último momento y no contribuir uno mismo al dolor o a la prolongación de una agonía que es terrible?

*Académico Leonardo Mc Lean*

En lo que se refiere a la alimentación, ésta se podrá administrar, ya sea por vía oral si el paciente puede deglutir, o de lo

contrario se le administrará alimentación (líquida) por una sonda colocada por la nariz que llega al estómago. De esta forma el paciente cubre sus necesidades básicas de alimentación.

Debo aclarar que por vía endovenosa sólo se podrán administrar sueros en sus distintas variedades con los fines ya mencionados. Se puede administrar alimentación por vía endovenosa pero con fines terapéuticos, no se utiliza esta vía de alimentación en pacientes en cuidados paliativos.

Y en cuanto al “doble efecto” mencionado en mi disertación, desde el punto de vista bioético, se encuentra aceptado el uso de analgésicos comunes y opioides (morfina, fentanilo, etc.) aumentando la dosis cuando sea necesaria sin “techo analgésico”. Si el aumento de la analgesia según la necesidad del paciente precipita la muerte, esta acción no es considerada como eutanasia o suicidio asistido.

*Académico Hugo Obiglio*

Debo decir que costó bastante convencerme que realmente en determinadas circunstancias no se debía continuar, frente a un paciente terminal, con la hidratación. No hablemos de la alimentación sólida calórica. La sonda nasogástrica no se puede mantener mucho tiempo, contrariamente a lo que se creía, porque genera un fenómeno de esofagitis de reflujo, es decir el contenido sube por sus paredes, creando una situación difícil y muy dolorosa en el epigastrio ya que es una de las causas del *chest pain* no cardíaco por espasmo del esófago terminal. Entonces lo que uno puede hacer es una ostomía, es decir un agujero en el estómago, colocar un equipo a través del cual se alimenta artificialmente al paciente. El Dr. Martínez Marull aquí presente puede hablar con mayor propiedad de esto. Hay también formas de alimentación ordenadas a través de sistemas de bombas de perfusión continua, es decir uno

hace la mezcla del alimento afuera calculando la calidad y el aporte calórico que se va administrar.

*Académico Manuel Solanet*

Voy a hacer una reflexión muy breve ya que en la relación del tema de la eutanasia con la cuestión del gasto en salud, existe la posibilidad terrible que alguien tome como política de salud la eutanasia como una forma de ahorrar gastos futuros. Sobre todo cuando la medicina aleja al médico del paciente, como aquí se ha dicho, al socializarse a través de los seguros de salud. Estos empiezan a ver el tema en su conjunto y pueden estar pensando en políticas de reducción de gastos sin tener la relación directa que tienen el médico o los familiares con el paciente. Cuando eran los familiares los que tenían que afrontar el costo de la salud podían hacer una elección de lo que estaban gastando basada en el amor, la proximidad, y el respeto por su vida. Hoy esas decisiones están más en organismos públicos o en empresas de medicina prepaga y seguros de salud. Hasta ahora no he tenido la percepción de que haya una relación pero sería posible pensar que la hay. O sea disminuir los gastos de salud y el desarrollo de políticas de eutanasia. No sólo lograr una muerte digna sino provocar una muerte anticipada de aquellos que justamente entran en una etapa de enorme gastos en salud. No sé si los médicos aquí presentes han tenido la sensación de que las empresas de salud o el Estado mismo, han sido proclives a avanzar en el tema de la eutanasia y muerte digna como consecuencia de esa responsabilidad económica.

*Académico Leonardo Mc Lean*

De acuerdo a la pregunta que nos hace el académico presidente, pienso que esta modificación de la ley, la ley de muerte digna, es un primer paso hacia una legalización de la eutanasia. Ese es el temor que tengo.

*Académico Hugo O. M. Obiglio*

Pienso lo mismo pero quisiera agregar que a veces hay un accionar encubierto en el enfermo terminal por el medio que lo atiende. Por ejemplo no hay habitación, ¿cómo no hay habitación si estoy en el mejor plan? No hay habitación, entonces vamos a esperar. Vamos a esperar... El infartado no espera, el que tiene un accidente cerebro vascular tampoco.

También faltan fármacos; hoy en día faltan remedios importantes, lo puedo confirmar; es una forma también muy particular de decir si faltan fármacos que se arreglen los que los necesitan. Aquellos que hacen una diálisis renal tienen dificultad para obtener en ocasiones buenas tubuladuras y catéteres. Este ajustado mecanismo se ha desarticulado y sin duda favorece indirectamente junto a otras dificultades de orden técnico necesarias para el paciente, a una encubierta eutanasia. Estoy de acuerdo con lo que dice el académico Mc Lean esta es una primera etapa que impacta fuertemente en el manejo de la hoy llamada “muerte digna”.