



PODER JUDICIAL DE CÓRDOBA

**CAMARA CONTENCIOSO ADMI. 2A NOM**

Protocolo de Sentencias

Nº Resolución: 72

Año: 2023 Tomo: 4 Folio: 1070-1163

EXPEDIENTE SAC: 12077654 - SOSA OCAMPO, ROSA MARIANELA Y OTROS C/ MUNICIPALIDAD DE CORDOBA -

AMPARO LEY 4915

PROTOCOLO DE SENTENCIAS. NÚMERO: 72 DEL 28/09/2023

### **SENTENCIA NÚMERO: SETENTA Y DOS**

En la ciudad de Córdoba, a los veintiocho días del mes de septiembre de dos mil veintitrés, en virtud de lo dispuesto por el Acuerdo Reglamentario N° 1629, Serie “A”, del 06 de junio del año 2020 del Excmo. Tribunal Superior de Justicia (punto 8), las Señoras Vocales integrantes de la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación, Dra. María Soledad Puigdellibol, Dra. María Inés Ortiz de Gallardo y Dra. Daniela Susana Sosa, bajo la presidencia de la primera, proceden a dictar sentencia en estos autos caratulados: “**SOSA OCAMPO, ROSA MARIANELA Y OTROS C/ MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA – AMPARO LEY 4915**” (Expte. N° 12077654, iniciado el 29/06/2023), procediendo en primer lugar a fijar las siguientes cuestiones a resolver:

**PRIMERA CUESTIÓN:** ¿Es procedente la demanda de amparo?

**SEGUNDA CUESTIÓN:** ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar?

Conforme al sorteo practicado, las señoras vocales votan en el siguiente orden: Dra. María Soledad Puigdellibol, Dra. Daniela Susana Sosa y Dra. María Inés Ortiz de Gallardo.

**A LA PRIMERA CUESTIÓN PLANTEADA LAS SEÑORAS VOCALES**

**DOCTORAS MARÍA SOLEDAD PUIGDELLIBOL Y DANIELA SUSANA SOSA, DIJERON:**

1.- Con fecha 29/06/2023 (Op. N° 13627589) las Sras. Rosa Marianela Sosa Ocampo, Silvia Noemí Sosa y Rosa del Valle Ocampo, con el patrocinio letrado de la Dra. Ibarguengoytia Nadia Diva, promueven acción de amparo, en los términos del art. 43 de la Constitución Nacional, art. 14 de la Constitución Provincial y la Ley N° 4915, en contra de la Municipalidad de Córdoba, con el objeto de que se cumplimente la Ley de Muerte Digna de la Provincia de Córdoba (N° 10.058) y se proceda al retiro del soporte vital del Sr. J.S., con costas a la contraria.

Manifiestan que interponen el presente amparo en su carácter de hija, hermana y concubina del Sr. J.S., quien se encuentra en estado vegetativo persistente y con muerte de su corteza cerebral sin posibilidades de mejorar desde el día 12/03/2023. Explican que la legitimación activa encuentra sustento en el art. 24 de la Ley N° 10.058.

Agregan que, a su vez, el art. 21 inc. "f" de la Ley N° 24.193 establece el orden de prelación de las personas autorizadas para ejercer el derecho a la muerte digna en representación de quien ya no puede ejercerlo por sí mismo, y sin necesidad de acudir a la vía judicial.

Alegan que la negativa de los médicos tratantes y del Director Médico del Hospital de Urgencias de la Municipalidad a retirar el soporte vital viola normas de la Carta Magna Nacional y de la Constitución Provincial, Pactos Internacionales y principios generales del derecho.

Destacan que los arts. 59 y 60 del CCyCN regulan expresamente el consentimiento por representación, cuando el paciente se encuentra absolutamente imposibilitado para expresar su voluntad.

Relatan que J.S. se encuentra internado en el Hospital Municipal de Urgencias de la

ciudad de Córdoba desde el 13/03/2023 producto de haber sufrido un traumatismo de cráneo, por causa de un intento de robo, según se sospecha.

Exponen que el diagnóstico de ingreso fue traumatismo craneoencefálico grave y broncoaspiración, y que permaneció en terapia intensiva hasta el 4 de mayo, cuando fue trasladado a sala común.

Añaden que ese día los familiares firmaron un consentimiento que autorizaba a los profesionales a adecuar el esfuerzo terapéutico a los fines de retirar la hidratación y la alimentación del paciente, previo haber mantenido una entrevista con el Comité de Bioética Hospitalario (CBH).

Apuntan que avalaron el retiro de la hidratación y la alimentación que se estaba realizando de manera artificial, porque J.S. ya se encontraba con diagnóstico de estado vegetativo persistente y no respondía a ciertos estímulos, como el dolor y otros detalles clínicos.

Detallan que el sábado 10 de junio el equipo de salud procedió a retirar el soporte vital, cumpliendo la voluntad que en estado de lucidez J.S. les había manifestado en forma reiterada para el caso de hallarse en una situación gravosa o invalidante de su estado de salud.

Esgrimen que, sin embargo, cuatro días después, el 14 de junio, los profesionales le restituyeron tanto la hidratación como la alimentación, porque no consideraban que hubiera pasado el plazo necesario para que ese estado vegetativo sea permanente, el que, según esta interpretación, es de 12 meses.

Aclaran que tanto la ley provincial como la nacional de muerte digna, así como los artículos 59 y 60 del CCyCN, eximen de responsabilidad penal a los profesionales de la salud frente a determinados casos.

Indican que la Dirección del hospital pidió la intervención del Comité Ley 10.058 - Muerte Digna-, una entidad autónoma que debe reunirse para resolver este tipo de

casos dilemáticos.

Subrayan que después de deliberar y revisar el historial del paciente, el Comité recomendó dar curso a su voluntad, plasmada por sus familiares.

Invocan que con fecha 23/06/2023 el Comité Ley 10.058 -Muerte Digna- emitió su respuesta en opinión unánime de todos sus integrantes, Dr. Armando S. Andruet (h), Dr. Carlos A. Soriano, Lic. Enfermería Iris Alicia Maders, Dra. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F. Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré, dirigida al equipo de salud del Hospital de Urgencias.

Especifican que en dicho dictamen se afirma que se ha deliberado y que, tras sendas reuniones de trabajo del conjunto de integrantes del Comité, se recomienda y orienta al Sr. Director del Hospital de Urgencias, Dr. Mariano Marino (quien solicitó la intervención de este Comité con fecha 15/06/2023), que se brinde curso favorable sin dilaciones inadecuadas ni indebidas a la solicitud de la familia del Sr. J.S. de retirarle las medidas de sostén vital, y de asegurar de igual modo los cuidados paliativos integrales al paciente.

Mencionan que también se añadió en el dictamen que para que lo recomendado pueda ser cumplido debe tenerse como condición necesaria y suficiente, si así fuera considerado finalmente por el Hospital, asegurar que la familia no haya decidido revocar su directiva médica, de lo que deberá dejarse documentación fidedigna, así como que subsista en la actualidad el estado clínico del paciente, de lo cual deberá dejarse suficiente y fehaciente registro en la historia clínica.

Refieren que dicho Comité resalta que no puede pasar inadvertida la notable desorganización que se advierte en modo ostensible en la construcción de la historia clínica, y que la misma no se encuentra debidamente foliada, por lo que no se puede mencionar el lugar donde se encuentra lo que se invoca.

Aducen que se agrega en el informe, que de la historia clínica adjuntada se advirtió un

evento que no había surgido de la información que fue girada por el Director del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba, esto es, que después de aquellas notas de fecha 04/05/2023, por la cual se solicita y se deja constancia de la voluntad representada de J.S. de que el equipo médico proceda a la adecuación del esfuerzo terapéutico, el mismo es efectivamente cumplido y con ello, se suspendieron la alimentación e hidratación respectiva, pero que, sin embargo, el día 14/06/2023 el equipo médico reinstaló las medidas de esfuerzo terapéutico.

Cuestionan que se hayan reinstalado las medidas de soporte vital, sin dar previamente conocimiento a los familiares que habían tomado semejante decisión luego de meditarlo profundamente y de haber iniciado la etapa de duelo. Agregan que tal decisión fue tomada previa valoración y sugerencia no vinculante del Comité de Bioética Hospitalario del Hospital de Urgencias.

Recuerdan que toda la familia de J.S. ha firmado y/o postulado dos veces un consentimiento informado, donde manifestaron en forma fehaciente su deseo de que le retirasen todos los soportes vitales periféricos y de que se proceda a la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Precisan que en la inmensa mayoría de los casos de EVP la recuperación que se obtiene es muy limitada, con grandes secuelas residuales y una calidad de vida ínfima, y que la causa del EVP, su duración y la edad son los factores más importantes de cara al pronóstico, por lo que luego de los 50 años el pronóstico es desfavorable en la mayoría de los casos.

Sostienen que en el caso del Sr. J.S., además del grave traumatismo de cráneo que sufrió, también entró con broncoaspiración (situación que se produce cuando secreciones o sangre ocupan ambos pulmones).

Resumen que los criterios clínicos altamente fidedignos para diagnosticar un estado vegetativo persistente serían: No evidencia de conciencia de sí o del medio, e

incapacidad para interactuar con otros; no evidencia de reacciones conductuales mantenidas, reproducidas, deliberadas o voluntarias ante estímulos visuales, auditivos, táctiles o nociceptivos; vigilia intermitente que se manifiesta por ciclos de sueño-vigilia; no hay evidencia de comprensión o expresión del lenguaje; funciones hipotalámicas y autonómicas del tallo encefálico preservadas suficientemente como para permitir la supervivencia, con el cuidado médico y la enfermería, incontinencia vesical y rectal; y preservación variable de los reflejos del tallo encefálico (pupilar, oculocefalgiro, corneal, vestibular y nauseoso) y de los reflejos espinales.

Alegan que el paciente J.S., luego de 107 días de internación, no ha sufrido mejoría alguna en su estado de conciencia, presentando complicaciones propias de dicha patología, como infecciones múltiples y una escara de 6cm. en su región sacra.

Aprecian que, si bien es cierto que no han transcurrido aún los 12 meses para catalogarlo como “permanente”, puede inferirse de la abundante bibliografía mundial que estos pacientes, aun en el caso de presentar mejorías, éstas son excepcionales y quedan con grandes secuelas neurológicas y con una pobrísima calidad de vida.

Entienden que, dada su condición, J.S. jamás volverá a su situación anterior y que se trata de un paciente incurable en todo el sentido de la palabra, por lo que solicitan al personal de salud tratante y al Comité de Bioética del Hospital el retiro del soporte vital.

Aclaran que dicha situación de “incurabilidad” no es menor, por cuanto el art. 59 la describe como una condición (no conjuntiva sino disyuntiva) para poder retirar el soporte vital.

Señalan que hay dos ejes de conflicto con el equipo de salud tratante: por un lado, los médicos sostienen que la ley que establece la muerte digna en Córdoba define que se puede quitar el soporte vital en casos de estado vegetativo permanente, y, en este sentido, entienden que les faltarían elementos para terminar de valorar la situación

neurológica de J.S., quien no tiene muerte cerebral ni está conectado a un respirador artificial, por lo cual creen que se debe esperar 12 meses en su caso, para ver si produce o no una evolución favorable, a pesar de lo que el Comité opinó sobre la situación particular. Citan jurisprudencia de la CSJN.

Detallan que el segundo punto de controversia es que el equipo médico tratante no sabe qué familiar puede tomar esta decisión y que por ello consulta a la Asesoría Letrada Municipal.

Aseguran que la remisión de la Ley N° 10.058 al art. 21 inciso “f” de la Ley N° 24.193 es clara.

Destacan que, en este caso, y para que no haya duda alguna, la solicitud fue firmada oportunamente por todos sus hijos, la cónyuge (separada de hecho) y la conviviente actual.

Consideran que en los presentes se produce una tensión entre valores y derechos diversos: a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la autonomía, a la intimidad, al honor, a la libertad religiosa, pero que fundamentalmente, la discusión actual radica en la tensión existente entre el derecho a la vida y el derecho a la dignidad humana.

Manifiestan que el derecho a la vida es considerado como un atributo inseparable de la persona humana, “el primero y más importante de todos los derechos”, y que es reconocido en forma pacífica también como un derecho implícito en nuestra Constitución Nacional (art. 33) y en forma explícita por diversos instrumentos internacionales de jerarquía constitucional (art. 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art. 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, por la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, art. 4 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos).

Respecto de la dignidad humana indican que es un derecho humano reconocido implícitamente en el preámbulo de la Constitución Nacional, por cuanto asegurar los beneficios de la libertad, implica respetar la dignidad del hombre como persona y sus derechos individuales.

Añaden que este derecho fundamental se encuentra reconocido implícitamente en el art. 33 de la Constitución Nacional y en varios instrumentos internacionales con jerarquía constitucional (Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos).

Declaran que la protección de la dignidad del hombre es la base de la existencia del Estado, concebido como una organización jurídica y política democrática, y que, por lo tanto, constituye una muralla frente al mismo, en cuanto pretende invadir la esfera de autonomía (art. 19, Constitución Nacional) y la libertad de las personas.

Plantean que parte de la doctrina lo considera un derecho superior al derecho a la vida, pues ésta puede ceder en algunos supuestos, mientras que la dignidad debe mantenerse siempre.

Esgrimen que dicha dignidad exige que se respeten las decisiones personales, el propio plan o proyecto de vida que cada cual elige para sí, en la medida en que no perjudique a terceros ni afecte al bien común.

Expresan que el consentimiento informado se considera como un desprendimiento del principio bioético de autonomía (respeto a la dignidad y a la autodeterminación de las personas, debiendo acatarse la decisión del paciente competente y adecuadamente informado).

Mencionan que este instituto también está plasmado en la Ley N° 17.132 que regula el ejercicio de la profesión médica en nuestro país (art. 19.3).

Citan y analizan el caso “D.M.A. s/ declaración de incapacidad” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Estiman que los problemas jurídicos y éticos del morir humano encuentran fundamento en el valor de la vida humana.

Observan que el padecimiento de enfermedades crónicas, irreversibles o incurables, en etapas avanzadas, conlleva un elevado nivel de sufrimiento, y que los tratamientos extremadamente invasores o con importantes efectos adversos ubican al enfermo y a su entorno frente a una decisión consciente y angustiosa de extender la agonía, o de morir en paz.

En cuanto a las prácticas para demorar la muerte, apuntan que la distanasia es la práctica médica que tiende a alejar la muerte a través de medios proporcionados o desproporcionados.

Consideran que esta determinación de prolongar la vida a cualquier costo merece serios cuestionamientos éticos, por lo que en circunstancias de muerte clínica, estado vegetativo o situaciones de marcado deterioro, no resulta inmoral ni antijurídico suspender los tratamientos distanásicos, cargados de irracionalidad y con alto costo de sufrimiento.

Refieren a la ortotanasia que es el derecho a morir con dignidad y que consiste en la suspensión de toda cura en la inminencia de la muerte por enfermedad terminal, irreversible o incurable, o cuando hay una expresa manifestación por parte de quien elige "tal modo" de acabar sus días.

Subrayan que una cosa es provocar la muerte y otra distinta es dejar que la misma suceda según el orden natural de los acontecimientos.

Recalcan que una correcta y lícita práctica médica sería la que permite al paciente con una enfermedad terminal morir lo más aliviado y naturalmente posible, y autoriza a los médicos a prescindir de procedimientos o medicamentos desproporcionados e inútiles

que prolongan la agonía, sin que ello signifique dejar de apoyar a las personas ni abandonar la medicación que brinde tranquilidad y reduzca el dolor del enfermo. Indican que la eutanasia es la interrupción de la vida por supuestas razones humanitarias, y aclaran que el acto intencional destinado a provocar la muerte de una persona está prohibido por la ética médica y penado por ley, pero que la eutanasia ha cobrado relieve universal a raíz de los avances tecnológicos que permiten mantener la vida indefinidamente, a veces en condiciones vegetativas.

Alegan que los recursos tendientes a evitar el sufrimiento de pacientes agonizantes o seriamente afectados, asistidos por medios artificiales o por procedimientos invasores, así como de pacientes no terminales, pero con mala calidad de vida irreversible, no encuentran mayores reparos en la mayoría de los juristas, jueces y eticistas.

Sostienen que el paciente lúcido tiene derecho a decidir libremente y que, en los casos de pacientes en estado vegetativo persistente, la diligencia debida ordena evitar el encarnizamiento terapéutico.

Especifican que los métodos extraordinarios (o soporte vital) aluden a todo sistema o técnica que de no aplicarse producirá una muerte inminente (respirador, riñón artificial y otros mecanismos que incluyen la hidratación y alimentación artificial).

Aseveran que la decisión de suspender el soporte vital que se realiza en el marco indicado no es contraria a la ética ni al derecho.

Hacen notar que la bibliografía mundial coincide en definir a la hidratación y a la alimentación artificial como tratamientos médicos.

Destacan que en los últimos años se han sancionado leyes que tienen un tratamiento más humanitario para las personas que se encuentran en el umbral de la muerte.

Explican que Ley N° 10.058 de la Provincia de Córdoba, y su modificatoria la Ley N° 10.421 (2016), tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a

someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida.

Destacan que es fundamental respetar siempre la voluntad informada del paciente en lo que se refiere a su propia vida y muerte, y que la autonomía de la voluntad, a través del consentimiento informado, será el único freno a los abusos, ya sea de profesionales, familiares o del Estado.

Argumentan que no existe un deber de vivir sin dignidad sin la mínima calidad de vida y que, en cuanto a cuál es el límite tolerable, hay que considerar cada situación en particular.

Niegan que sea ilícito que el paciente requiera omitir asistencias que adelanten su muerte, e interpretan que esta decisión del paciente hace al derecho de morir con dignidad.

En definitiva, solicitan se haga lugar a la presente acción.

Ofrecen prueba.

Hacen reserva del caso federal (art. 14, Ley N° 48) y de recurrir ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

**2.-** Mediante proveído de fecha 29/06/2023 (Op. N° 106254000 y Op. N° 106291482) el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial de 5ta. Nominación dispuso remitir las presentes actuaciones a la Cámara en lo Contencioso Administrativo que por sorteo corresponda, dado lo dispuesto por el art. 4 bis de la Ley N° 4915.

Por decreto de la misma fecha (Op. N° 106292146), este Tribunal dispuso admitir la presente acción de amparo, fijar audiencia en los términos del art. 58 de la Ley N° 8465 para el día 05/07/2023 a las 11:30hs., citar y emplazar a la demandada para que en el término de dos días comparezca a estar a derecho.

**3.-** El día 30/06/2023 (Op. N° 13651167), compareció la Municipalidad de Córdoba, mediante sus apoderados, Dres. Andrés F. Varizat, Carlos Antonio Carelli y Martín

Bobone.

Seguidamente, mediante proveído de igual fecha (Op. N° 106325426) el Tribunal emplazó a la Municipalidad demandada para que en el plazo de tres días produzca informe circunstanciado en los términos del art. 8 de la Ley N° 4915.

**4.-** Por decreto de fecha 04/07/2023 (Op. N° 106453506) se dio intervención a la Asesoría Letrada Civil que por turno corresponda, atento a las especiales singularidades del presente caso.

El mismo día tomó intervención el Sr. Asesor Letrado Civil y Comercial del Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli (Op. N° 106461236). Por proveído de igual fecha se dio al compareciente participación en el carácter invocado y por constituido domicilio, en los términos del art. 12 de la Ley N° 7982 (Op. N° 106463558).

**5.-** El día 05/07/2023 se llevó a cabo audiencia en los términos del art. 58 de la Ley N° 8465, de la que se labró acta en la que se hizo constar: “... *comparecen ante las Sras. Vocales, Dra. María Soledad Puigdellibol y María Inés del Carmen Ortiz de Gallardo, por la parte actora, las Sras. Rosa del Valle Ocampo DNI 27.173.940, Rosa Marianela Sosa Ocampo DNI 40.518.898, Silvia Noemí Sosa DNI 13.602.592 junto a su letrada patrocinante, Dra. Diva Ibargüengoytia; por la parte demandada, Municipalidad de Córdoba, el Sr. Asesor Letrado Dr. Andrés F. Varizat y el apoderado Dr. Carlos Antonio Carelli, junto a los Dres. Mariano Gustavo Marino DNI 24.120.604, Director del Hospital de Urgencias, Dra. Perla Blanca Pahnke DNI 20.433.130 Jefa del Servicio de Clínica Médica, Dr. Sebastián Pavan DNI 23.824.119, Subjefe de Clínica Médica, Dr. Fernando Jesús García DNI 17.261.665, Jefe de Servicio de Neurocirugía, el Dr. Federico Ariel Arce Sanmartino DNI 36.124.184, Director de control técnico de la Secretaría de Salud y el Sr. Secretario de Salud de la Municipalidad Dr. Ariel Aleksandroff; y el Sr. Asesor Letrado de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli. Abierto el acto y concedida la palabra a las*

*partes, primero a la parte actora, luego a la demandada, a los profesionales intervinientes y al representante de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli, cada una expuso las razones en que sostienen sus respectivas pretensiones. En este estado, el Tribunal ordena pasar a un cuarto intermedio para el día 21 de julio del corriente a las 11:30 hs. Asimismo, se dispone citar y emplazar a la Provincia de Córdoba para que en el término de un (1) día comparezca a estar a derecho y constituir domicilio en las presentes actuaciones. Notifíquese de oficio. Asimismo, cítese al Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias y al Comité Ley N° 10.058 – Muerte Digna, quienes deberán comparecer a la audiencia fijada precedentemente. Notifíquese de urgencia y sin la antelación del art. 155 de la Ley N° 8465. Hágase saber a las partes que deberán coadyuvar en el diligenciamiento de las citaciones...” (Op. N° 106517526 del 05/07/2023).*

**6.-** Con fecha 07/07/2023 (Op. N° 13742092) compareció la Provincia de Córdoba, a través del Sr. Director General de Asuntos Judiciales del Interior de la Procuración del Tesoro y con el patrocinio letrado de la Dra. María Florencia Malvasio.

**7.-** Por proveído del 11/07/2023 (Op. N° 106634357), el Tribunal de FERIA dispuso: “*Ingresando el pedido de audiencia ante este Tribunal de FERIA a fin de la comparecencia del Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias y el Comité de la Ley Nro. 10.085 (‘Muerte digna’) y el pedido de reconocimiento de firma y contenido de sus informes; se advierte que, conforme el estado y las constancias de esta causa, ya se encuentra fijada una audiencia para que dichos Comité tomen intervención, ante el Tribunal competente de la causa (acta de audiencia del 05/07/2023 última parte), la que además se encuentra prevista para el primer día hábil posterior a este receso). Por otra parte, no venció aún el plazo otorgado a la demandada a los fines del informe del art. 8 de la Ley Nro. 4.915; por lo que, cualquier medida probatoria está supeditada a que se cierre de aquella etapa y*

*definición de la intervención de terceros, resultando inoficioso lo requerido respecto del reconocimiento en esta instancia. Por todo ello, no habiéndose invocado circunstancias diversas al estado de cosas al momento de tener lugar la audiencia del 5 de julio del corriente año, al pedido de fijación de una nueva audiencia ante este Tribunal de Feria, no ha lugar. Sin perjuicio de ello, téngase presente la designación de letrado patrocinante y el domicilio constituido. Cumpliméntese con el aporte colegial (Ley 5.805), bajo apercibimiento”.*

**8.-** Con fecha 20/07/2023 (Op. N° 13788301), la patrocinante de la parte actora solicitó se autorice a participar de la audiencia fijada para el día 21/07/2023 al Sr. José Alberto Sosa, hijo del Sr. J.S., a quien se le dio intervención como parte mediante proveído del 21/07/2023 (Op. N° 106793474).

**9.-** El día 20/07/2023 (Op. N° 13799959) la Municipalidad de Córdoba produjo el informe del art. 8 de la Ley N° 4915, mediante sus apoderados.

Relata que desde el día 12/03/2023 el Sr. J.S. se encuentra internado en el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba, como consecuencia de haber sufrido un traumatismo craneoencefálico.

Agrega que el estado del paciente se detalla en el informe suscripto por los médicos tratantes Dra. Perla Blanca Pahnke, Jefa del Departamento de Clínica Médica, Dr. Sebastián Paván, Sub jefe del Servicio de Clínica Médica, Dr. Fernando García Colmena Neurocirujano, Dra. Marta Leguizamón, Médica Anestesióloga, y Cristian La Giglia, Médico.

Destaca que en el citado informe se expresa que el paciente no cumple criterios de irreversibilidad aún, lo que motivan con datos médicos: “*Escala de coma de Glasgow (SCG) 8/10 puntos,( apertura ocular espontanea 4, ninguna respuesta verbal 1, motor flexión anormal MMSS 3 ) pupilas intermedias reactivas, gestos de dolor ante estímulos propioceptivos, tose, deglute, Escala de Glasgow evolutiva(GOC) 2 puntos,*

*Escala de Glasgow evolutiva extendida (GOSE) de 2 puntos, traqueostomizado con oxígeno en T y respiración espontánea, gastrostomizado con alimentación por la misma, con en estado vegetativo persistente por lesión traumática, que, para considerarse irreversible dicho estado, deben pasar 12 meses, según ley 10.058 de la Provincia de Córdoba, artículo 5 y la evidencia científica actual al respecto, que se adjunta”.*

Manifiesta que allí también ponen en conocimiento que los días jueves 08/06/2023 y viernes 09/06/2023, durante el examen físico, el paciente presentó movimientos espontáneos (elevación de miembro inferior derecho), los cuales también fueron evidenciados por el personal de enfermería, y aclaran que se encuentra pendiente la realización de estudios para neuro pronóstico adecuados, dado que el Hospital de Urgencias no cuenta con aparatos aptos para su realización.

Señala que en el referido informe se considera que el traumatismo craneoencefálico (TEC) sigue siendo una devastadora condición que causa daño físico, neurocognitivo y psicosocial significativo, y que requiere un abordaje multidisciplinario dedicado a rehabilitación a largo plazo y seguimiento para que el tratamiento sea efectivo y asegurar los mejores resultados posibles para el paciente.

Invoca que los médicos agregan que el estado vegetativo “persistente”, descrito por Jennet y Plum en 1972, como un estado donde el paciente está “despierto pero inconsciente”, ha sido definido como “un estado vegetativo prolongado por un mes luego de un agudo daño cerebral traumático o no traumático”, que no implica irreversibilidad y que, de acuerdo con Multisociety Task Force in EV, se considera esta lesión como permanente cuando los signos clínicos persisten luego de tres meses para lesiones hipóxico/anóxicas y luego de doce meses de lesiones traumáticas.

Refiere a que en el informe mencionado también se comunica que estudios recientes han demostrado que la evolución de los estados vegetativos en recuperación de la

conciencia y sobrevida ha mejorado en estas dos últimas décadas, tratándose tanto de origen traumático o no, y que las probabilidades de recuperación del estado vegetativo, si bien disminuyen significativamente con el tiempo, no son despreciables.

Añade que allí se informa que los avances de la investigación en los últimos años han demostrado que algunos individuos en estado vegetativo o en estado de conciencia mínima pueden emerger a estados superiores de conciencia incluso años después de la lesión, y que también se ha demostrado que una minoría de pacientes con estado vegetativo que no responde conductualmente pueden seguir órdenes, o incluso comunicarse, utilizando técnicas de neuroimágenes funcionales o electrofisiológicas.

Subraya lo referido por los médicos en cuanto a que evidencia emergente sugiere que la conciencia encubierta, o estado de disociación cognitiva motora, está presente en hasta el 15-20% de pacientes con alteración de la conciencia y que la detección de la misma puede predecir recuperación al año de la lesión.

Hace referencia a lo informado con relación a que la recuperación de pacientes con traumatismo craneoencefálico a menudo requiere un largo y arduo proceso, pudiendo tomar hasta 12 - 18 meses para alcanzar el máximo potencial de recuperación.

Enfatiza lo concluido respecto a que algunos pacientes con trastornos de conciencia tienen el potencial de recuperar conciencia, comunicación e independencia funcional y que, de hecho, eso ocurre en el Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba, puesto que la recuperación de la conciencia puede ocurrir en cualquier momento del espectro temporal considerado (12 meses).

Refiere a lo informado en cuanto a que la literatura evidencia avances sustanciales en la detección, predicción y promoción de la recuperación de la conciencia en pacientes con trastornos de la conciencia post lesiones traumáticas cerebrales, y que técnicas avanzadas de neuroimagen y de electrofisiología han revelado nuevos conocimientos sobre los mecanismos biológicos subyacentes, identificando redes cerebrales

preservadas, aumentando así la esperanza de un diagnóstico y pronóstico más preciso. Especifica que el Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba se expidió con fecha 16/06/2023.

Asimismo, explica que el Director del Hospital Municipal de Urgencias, Dr. Mariano Marino, solicitó la intervención del “Comité Ley 10.058 -Muerte digna-”, que expidió una respuesta consultiva dirigida al equipo de salud del Hospital de Urgencias con fecha 23/06/2023, la que también incorpora en archivo PDF.

Destaca que la Ley Provincial N° 10.058 tuvo como objetivo regular el derecho que tiene cualquier persona a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida. Transcribe el objeto, las limitaciones y las definiciones de la referida ley.

Apunta que la Ley N° 26.742, modificatoria de la Ley N° 26.529, estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e institucionales de la salud. Cita el artículo primero y resalta la parte que refiere a que el paciente 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.

Respecto a la regulación del derecho a la vida, invoca el art. 19 inc. 1 de la Constitución de Córdoba, el art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el art. I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el art. 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el art. 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Considera que, de conformidad con lo dispuesto por la normativa aplicable al presente caso, en la atención que recibe el paciente J.S. en su internación en el Hospital Municipal de Urgencias, no hubo ningún acto, hecho ni omisión que fuera lesivo de

derechos garantizados constitucionalmente, ni que pueda tampoco ser interpretado en términos de semejante lesividad, mucho menos de haber obrado con arbitrariedad manifiesta o no manifiesta.

Asevera que la atención médica que recibe el paciente J.S. en el citado nosocomio se ajusta a los dictados de la ciencia médica, de la ética médica y de las normas que regulan el ejercicio de la medicina.

Sostiene la improcedencia de la acción de amparo promovida por cuanto no hay ninguna violación a derechos de los demandantes por parte de la Municipalidad de Córdoba que legitime o justifique la vía intentada.

Entiende que la pretensión deducida no se ajusta a las disposiciones de la Ley N° 10.058, en razón del estado de salud en el que actualmente se encuentra J.S.

Detalla que el paciente presenta una lesión traumática, pero sin que el diagnóstico médico, al día de la fecha, permita asegurar la “irreversibilidad” de su estado, lo que es confirmado por el informe producido por los médicos tratantes en el Hospital Municipal de Urgencias.

Destaca que el paciente no presenta “muerte cerebral”, respira sin necesidad de asistencia mecánica, ha realizado algunos movimientos espontáneos (elevación de miembros, cruzar una pierna) y durante el tiempo de internación verificó alguna mejora neurológica de acuerdo con el “índice Glasgow”, que es una escala para evaluar el estado neurológico.

Razona que el paciente nombrado sufrió una lesión traumática hace aproximadamente cuatro (4) meses, mientras que la bibliografía científica actual recomienda dejar transcurrir un tiempo de doce (12) meses con fundamento en la posibilidad de que el paciente evolucione favorablemente a futuro.

Aduce que el artículo 5 inc. e) de la Ley N° 10.058 fija un plazo de doce (12) meses para considerar la existencia de un estado vegetativo permanente, por lo que suprimir

las medidas de sostenimiento del paciente consistente en hidratación y alimentación como se requiere en la demanda, en la situación actual, implicaría infringir las limitaciones contenidas en el artículo 3 de la citada ley.

Esgrime que no se configura en absoluto el supuesto de arbitrariedad ni de ilegalidad a que se refiere la Ley N° 4915, por cuanto la Municipalidad ha cumplido con lo establecido expresamente por las normas que regulan la materia en cuestión. Cita doctrina y jurisprudencia.

Aclara que el caso “D.M.A. S/ DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD” invocado por la amparista es inaplicable por cuanto en aquel caso se trataba de una persona que hacía más de 20 años no hablaba, no mostraba respuestas gestuales o verbales, no vocalizaba ni gesticulaba ante estímulos verbales y tampoco respondía ante estímulos visuales.

Añade que resulta evidente que la situación del paciente al que hace referencia este fallo no es trasladable a la situación de autos en razón de que aquel paciente presentaba secuelas mucho más significantes y gravosas que las que presenta el Sr. J.S., y que en aquel supuesto le habían prolongado artificialmente la vida por más de 20 años, mientras que el Sr. J.S. lleva apenas poco más de 3 meses internado con asistencia médica.

Expone que en el caso de D.M.A. se trataba de un cuadro “irreversible”, en virtud de las secuelas que presentaba y el tiempo de internación transcurrido sin evidenciar mejora alguna, por lo que se trata de casos con características y tipologías muy diferentes.

Argumenta que la normativa es clara al determinar que frente a situaciones como la del Sr. J.S., el paciente 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 (art. 1, Ley N° 26.742).

Recuerda que la Ley N° 10.058 entiende por enfermedad terminal a aquella enfermedad avanzada, progresiva, incurable, irreversible y mortal a corto plazo, y por estado vegetativo permanente a aquel estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática (art. 5).

Interpreta que en el caso del Sr. J.S. no se encuentran configuradas las circunstancias requeridas por la ley a los efectos de hacer lugar a la pretensión de la parte actora, atento a que del informe de fecha 16/06/2023, producido por los médicos tratantes, surge que el paciente “...no cumple criterios de irreversibilidad aún...”, y que en gran cantidad de casos similares los pacientes han evolucionado favorablemente.

Remarca que han transcurrido apenas cuatro (4) meses de internación del paciente, restando un largo período a los efectos de que se cumplimente con los doce (12) meses que exige la ley para considerarlo en estado vegetativo “permanente” (art. 5 inc. “e”, Ley N° 10.058).

Advierte que la propia amparista en su demanda ha manifestado que “*Se ha visto que la causa del EVP, su duración y la edad son los factores más importantes de cara al pronóstico*”, por lo que resulta llamativa la contradicción en la que incurre en tanto considera que la duración configura uno de los factores más importantes de cara al pronóstico y, sin embargo, asume una conducta totalmente opuesta a dicho razonamiento pretendiendo el cese del soporte vital del paciente de manera apresurada, sin esperar a que se cumpla el plazo mínimo (12 meses) que exige la ley para su procedencia.

Pone de resalto que el derecho a la vida es considerado el derecho supremo y que, si bien el derecho a la dignidad es un derecho de suma relevancia, de ningún modo puede revestir el valor que aquél posee.

Expresa que la pretensión de la parte actora se direcciona a intentar demostrar que se afecta el derecho a la vida digna, pero que no concurren los presupuestos fácticos para que se configure dicha situación, lo cual no requiere mayor debate y marca la suerte adversa que debe darse a su pretensión.

Invoca nuevamente el caso “D.M.A. S/ DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD” y observa que los supuestos tampoco son similares en cuanto a la legitimación activa, toda vez que en autos el paciente no tiene la posibilidad de decidir la interrupción de los soportes vitales, sino que son algunos de sus parientes los que solicitan dicha medida extrema.

En definitiva, sostiene la plena improcedencia del amparo intentado, por lo que pide su rechazo, con especial imposición de costas a la contraria.

Ofrece prueba.

Formula reserva del caso federal (art. 14, Ley N° 48).

**10.-** El día 21/07/2023 se llevó a cabo audiencia en los términos del art. 58 de la Ley N° 8465, de la que se labró acta en la que se hizo constar: “...*comparecen ante las Sras. Vocales, Dra. María Soledad Puigdellibol y Dra. Daniela Susana Sosa, por la parte actora, las Sras. Rosa del Valle Ocampo DNI 27.173.940, Rosa Marianela Sosa Ocampo DNI 40.518.898, Silvia Noemí Sosa DNI 13.602.592 y el Sr. José Alberto Sosa, DNI 29.308.627 junto a su letrada patrocinante, Dra. Diva Ibarzüengoytia y su letrado patrocinante Dr. Claudio Orosz; por la parte demandada, Municipalidad de Córdoba, el Sr. Asesor Letrado Dr. Andrés F. Varizat y el apoderado Dr. Carlos Antonio Carelli, junto a los Dres. Mariano Gustavo Marino DNI 24.120.604, Director del Hospital de Urgencias, Dra. Perla Blanca Pahnke DNI 20.433.130 Jefa del Servicio de Clínica Médica, Dr. Sebastián Pavan DNI 23.824.119, Subjefe de Clínica Médica, Dr. Fernando Jesús García DNI 17.261.665, Jefe de Servicio de Neurocirugía, el Dr. Federico Ariel Arce Sanmartino DNI 36.124.184, Director de*

*control técnico de la Secretaría de Salud; por el Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias, la Licenciada María Soledad Ripoll DNI 20.257.561, la Licenciada Ruth Moreno Johannesen DNI 22.036.643, el Licenciado José Alberto Viñola DNI 16.228.536, acompañados por su letrado patrocinante Dr. Sebastián Sandoval Junyent; por el Comité Ley N° 10.058 – Muerte Digna, el Dr. Armando S. Andruet (h) en su carácter de Presidente, y el Dr. Julio Ricardo Bartoli; por la Provincia de Córdoba, las Dras. Silvana M. Chaig y María Florencia Malvasio junto con el Dr. Nicolás Zavaley, Director General Legal y Técnico del Ministerio de Salud de la Provincia y el Sr. Asesor Letrado de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli. Abierto el acto y concedida la palabra a las partes, primero a la parte actora, luego a la demandada, a los profesionales intervinientes, cada una ratifica las razones expuestas en la audiencia del 05/07/2023 y agregan las circunstancias acaecidas hasta el día de la fecha. Seguidamente se concedió la palabra a las representantes de la Provincia de Córdoba, quienes aclararon que su representada es ajena a la cuestión que se debate en los presentes autos. Luego a los representantes de los Comités mencionados, quienes ratificaron las opiniones vertidas en sus respectivos dictámenes y agregaron extractos de lo manifestado en la presente audiencia, cuyos originales se reservan en Secretaría. Por último, se le dio intervención al representante de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli, quien manifestó a este Tribunal su interés en realizar una visita al Sr. J.S. en el Hospital de Urgencias. A continuación a pedido de la parte actora, los presentes prestan conformidad para que concluida la audiencia, los miembros de los Comités reconozcan las firmas insertas en los informes y dictámenes acompañados en la demanda. Finalmente, el Tribunal dispuso que la causa continúe según su estado...” (Op. N° 106821899 del 21/07/2023).*

**11.-** Mediante acta de fecha 21/07/2023 (Op. N° 106822160) se hizo constar que el Dr.

Armando S. Andruet, Presidente del Comité Ley 10.058 -Muerte Digna-, y la Lic. M. Soledad Ripoll, Coordinadora de la Red Municipal de Bioética, reconocieron su firma en los informes y dictámenes acompañados por la parte actora en la operación de “demanda”.

**12.-** El día 28/07/2023 (Op. N° 107056342) se emplazó a la demandada para que en el término de un (1) día remita la historia clínica completa y certificada del Sr. J. S.

**13.-** Por decreto de fecha 31/07/2023 (Op. N° 107134398), y atento lo solicitado por la parte actora en la audiencia del 05/07/2023 y por el Sr. Asesor Letrado de Sexto Turno en la audiencia del 21/07/2023, y las facultades del Tribunal, se fijó audiencia a los fines de tomar contacto personal con J.S. para el día lunes 07/08/2023 a las 10:00hs.

**14.-** Con fecha 03/08/2023 (Ops. N°s 13984690, 13984771, 13984793, 13987031, 13987158 y 13987883) los apoderados de la Municipalidad de Córdoba acompañaron archivos en PDF correspondientes a la historia clínica del Sr. J.S.

**15.-** El día 04/08/2023 (Op. N° 107361367) se celebró audiencia a los fines de la recepción de la declaración testimonial del Dr. Carlos Soriano, quien fue interrogado con el pliego de preguntas acompañado por la parte actora y labrándose el acta correspondiente.

**16.-** Con fecha 04/08/2023 (Op. N° 14018092) la Provincia de Córdoba solicitó el cese de su intervención en las presentes actuaciones y la desvinculación de sus representantes y letrados patrocinantes del sistema SAC, lo que fue proveído seguidamente (Op. N° 107367384 del 04/08/2023).

**17.-** Mediante acta del 07/08/2023 (Op. N° 107423122) se dejó constancia de que “*...las Sras. Vocales, Dra. María Soledad Puigdellibol y Daniela Susana Sosa, por la parte actora la Sra. Marianela Sosa Ocampo, la Sra. Rosa del Valle Ocampo, la Dra. Nadia Diva Ibarquengoytia, por la parte de la demandada el Dr. Martin Bobone, el Sr. Asesor Letrado Civil Sexto Turno, el Dr. Romagnoli concurren al Hospital de*

*Urgencia en presencia del Sr. Director del Hospital de Urgencias, Dr. Mariano Gustavo Marino, del Dr. Sebastián Pavan Subjefe de Clínica Médica, de la Licenciada en Kinesiología Sra. Bahamondeles, y de la enfermera Sra. Tania Ugarte a los fines de tomar contacto personal y directo con el Sr. J.S. En el transcurso de la audiencia las Sras. Vocales y el Sr. Asesor Letrado efectuaron diferentes preguntas al equipo médico presente, las que fueron evacuadas en el mismo acto...”.*

**18.-** Mediante decreto de fecha 09/08/2023 (Op. N° 107507195) se corrió vista de todo lo actuado al Sr. Asesor Letrado Civil del Sexto Turno, la que fue evacuada el día 17/08/2023 (Op. N° 14194221), en los siguientes términos: “...*Adelantando postura, debo sostener que en ‘este caso en particular’ se encuentran dadas las circunstancias necesarias para hacer lugar a la solicitud de las actoras”.*

**19.-** Con fecha 28/08/2023 (Op. N° 108169009) se dictó el decreto de autos.

**20.-** Por Decreto de Vocalía de fecha 28/08/2023 (Op. N° 108173358 y 108174843) la Sra. Vocal Dra. María Inés Ortiz de Gallardo dispuso como medidas para mejor proveer las siguientes: “...*con carácter urgente requiérase la intervención del **Cuerpo de integrantes del Comité Consultivo y Operativo en Prácticas Médicas y Sanitarias en Bioética perteneciente a la Dirección de Servicios Judiciales de la Administración General del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba (COPRAMESAB), para que mediante la realización una Junta Médica integrada por tres (3) peritos ‘Especialista en Medicina Legal’, ‘Especialista en Neurología’” y ‘Especialista en Diagnóstico por Imágenes’, y previo a la realización de estudios de diagnósticos que estimen necesarios como electroencefalograma, resonancias o TAC con contraste, que a criterio de los especialistas sean imprescindibles, valoren al Sr. J.S. y determinen desde su ingreso al Hospital de Urgencias y hasta el presente, en qué estado neurológico se encuentra.***

*En particular, se solicita que se especifique qué significa estado vegetativo ‘*

persistente y estado vegetativo 'permanente', como así también las diferencias existentes entre 'una lesión no traumática' y una 'lesión traumática', y qué cuestiones deben ser tenidas en cuenta para cada uno de esos casos.

El informe deberá contener un juicio médicamente fundado acerca de las características del estado neurológico actual del Sr. J.S. y de las características de la lesión que presentó al momento de ingresar al Hospital de Urgencias y sus secuelas. Líbrese oficio al COPRAMESAB. Notifíquese de oficio” y “...requiérase informativa - con carácter urgente, en el plazo de siete (7) días- a los siguientes órganos e instituciones:

1\*) Al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; Sra. Ministro Dra. Gabriela Barbás;

2\*) A la Sociedad Neurológica Argentina, Distrito Córdoba, Delegada Distrital Dra. Cecilia Lucero;

3\*) Al Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas Prof. Dr. Rogelio Pizzi y, por su intermedio, a la Cátedra de Neurología.

4\*) Al Sr. Director del Programa de Bioética y Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, Prof. Dr. Juan Carlos Tealdi, mail: [bioetica@hospitaldeclinicas.uba.ar](mailto:bioetica@hospitaldeclinicas.uba.ar);

5\*) Al Colegio de Abogados de Córdoba y, por su intermedio, a la Sala de Derecho de la Salud y Bioética del Colegio de Abogados de Córdoba, Directora: Rocío García Garro;

Con el objeto que informen fundadamente a esta Vocalía de Cámara, desde el punto de vista médico y legal, según corresponda, en el marco de la Ley N° 10.058 de 'Declaración de voluntad anticipada de muerte digna', el sentido y alcance de su art. 5 inc. e) que se transcribe a continuación, con lenguaje claro y comprensible para

*cualquier persona, no especialista en la materia:*

*‘Ley N° 10.058*

*ARTÍCULO 5°.- Definiciones. A los efectos de la presente Ley son de aplicación las siguientes definiciones, sin perjuicio de otras que puedan establecerse por vía reglamentaria:*

*...e) Estado Vegetativo Permanente: estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática’.*

*En particular, se solicita que se especifique qué significa estado vegetativo ‘persistente’ y estado vegetativo ‘permanente’, como así también las diferencias existentes entre ‘una lesión no traumática’ y una ‘lesión traumática’, y qué cuestiones deben ser tenidas en cuenta para cada uno de esos casos.*

*Hágase saber a las autoridades requeridas, que la informativa deberá ser respondida electrónicamente al mail oficial de esta Cámara que es: camcon2-cba@justiciacordoba.gob.ar, o bien en formato papel, lo que facilite la máxima celeridad, atento las razones de extraordinaria urgencia.*

*Por Secretaría de la Cámara, líbrense los oficios electrónicos y en formato papel. Notifíquese de oficio”.*

*Seguidamente, con fecha 28/08/2023 (Ops. N°s 108176753, 108176984, 108177783, 108178034, 108178149 y 108178312) se libraron oficios.*

**21.-** El 29/08/2023 (Op. N° 14336220) la parte actora interpuso recurso de reposición en contra de los decretos de fecha 28/08/2023 (Ops. N°s 108173358 y 108174843).

**22.-** Con fecha 29/08/2023 (Op. N° 108252525) se corrió traslado a las partes del recurso de reposición interpuesto y por decreto del 30/08/2023 (Op. N° 108266524) se dispuso: “...atento a la naturaleza y urgencia de la causa, déjese sin efecto el aviso de

*término de 3 días, previsto en el art. 4 del Acuerdo Reglamentario del TSJ N° 1103/12, para la notificación del proveído que antecede. Notifíquese de oficio”.*

**23.-** Mediante decreto de Presidencia de fecha 01/09/2023 (Op. N° 108362966) se dispuso: **“Proveyendo a la respuesta del COPRAMESAB remitida por despacho interno con fecha 31/08/2023: Atento a las constancias de los presentes obrados, en virtud de que los proveídos de fechas 28/08/2023 (Op. Nros. 108173358 y 108174843) fueron impugnados mediante el recurso de reposición de la parte actora (Op. N°14336220) y de conformidad al efecto de su interposición (art. 360 y cc de la Ley N° 8465 y art. 17 de la Ley N° 4915): hágase saber a las partes y a las entidades oficiadas que las diligencias probatorias ordenadas como medida para mejor proveer se encuentran suspendidas hasta tanto se resuelva la vía impugnativa intentada. Notifíquese de oficio”.** A continuación, se libraron los oficios correspondientes (Ops. N°s 108388271, 108388945, 108389782, 108390089, 108390376 y 108390649 de fecha 01/09/2023).

**24.-** Con fecha 04/09/2023 (Op. N° 14396333) los apoderados de la Municipalidad de Córdoba, Dres. Carlos Antonio Carelli y Martín Bobone, evacuaron el traslado conferido con motivo del recurso de reposición articulado por la actora. Solicitan se proceda al rechazo del mismo y se dé trámite a la medida para mejor proveer dictada en autos.

Con igual fecha (04/09/2023, Op. N° 14397207) el Asesor Letrado Civil y Comercial de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli, evacuó el traslado conferido mediante proveído de fecha 29/08/2023. Manifestó creer conveniente que se tomen sólo las medidas que resulten imprescindibles e inevitables, abreviando en lo posible los plazos judiciales a los fines de arribar a una resolución que garantice la autonomía y dignidad de J.S.

**25.-** Mediante proveído de fecha 04/09/2023 (Op. N° 108435802) se dictó decreto de

autos para resolver el recurso de reposición planteado. Atento a la naturaleza y urgencia de la causa, se dispuso dejar sin efecto el aviso de término de tres (3) días, previsto en el art. 4 del Acuerdo Reglamentario del TSJ N° 1103/12, para la notificación del proveído.

**26.-** Con fecha 04/09/2023 (Op. N° 14412965) los apoderados de la Municipalidad de Córdoba adjuntaron en archivo PDF la “EPICRISIS” desde el 30/06/2023 al 29/08/2023 e “Informe de Laboratorio” de fecha 29/08/2023, ambos correspondiente al paciente J.S. La documental acompañada fue agregada a autos con igual fecha (cfr. decreto de fecha 04/09/2023, Op. N° 108452203).

**27.-** Mediante Auto N° 280 de fecha 06/09/2023 (Op. N° 108548528), el Tribunal, por mayoría, resolvió: ***I.- Revocar de oficio los proveídos de Vocalía de fecha 28/08/2023 (Operaciones N°s. 108173358 y 108174843). II.- Ordenarla intervención del COPRAMESAB y del Comité Ley 10.058 - Muerte Digna’ conforme lo indicado en el punto 7 del presente pronunciamiento. Líbrense oficios...***”. Seguidamente se libraron los oficios correspondientes (Ops. N°s 108562442 y 108562584).

**28.-** Con fecha 07/09/2023 (Op. N° 108604206), conforme a lo informado por el Comité de Pericias y Auditorías del Poder Judicial, a los fines de la conformación del Comité de Bioética, se designaron a los Dres. Silvina Estefanía Rocha, Alicia Fernanda Muscarello Ramacciotti, María del Carmen Grosso y David Dib. El día 08/09/2023 (Op. N° 108651443) la Dra. María del Carmen Grosso informó que *“estaría faltando en la documental enviada el CD con las imágenes topográficas realizadas al paciente, ya que solo consta el informe de dicho estudio”* y requirió que el mismo sea acompañado a la brevedad para realizar dicha pericia.

Ante ello, el Tribunal emplazó el mismo día a la demandada para que en el plazo de veinticuatro (24) horas acompañe el CD con las imágenes topográficas realizadas al paciente (Op. N° 108651779), proveído que fue notificado de oficio y sin el aviso de

término de tres (3) días, previsto en el art. 4 del Acuerdo Reglamentario del TSJ N° 1103/2012. El emplazamiento fue cumplimentado por el Dr. Carelli con fecha 12/09/2023 (cfr. certificado, Op. N° 108740119).

**29.-** Con fecha 11/09/2023 (Op. N° 108679914) se agregó el informe producido por el “Comité Ley 10.058 – Muerte Digna” en cumplimiento del Auto N° 280/2023.

**30.-** El día 13/09/2023 (Op. N° 14546947), los apoderados de la Municipalidad de Córdoba, plantearon reserva de nulidad respecto del Auto N° 280/2023, en lo resuelto en su punto I, ello por considerar que la resolución afecta su derecho de defensa y el principio de amplitud probatoria. Por proveído de igual fecha (Op. N° 108823871) se dispuso “...*Téngase presente la reserva efectuada*”.

**31.-** Mediante oficios de fecha 14/09/2023 (Ops. N°s 108868544, 108871593, 108872135, 108872640 y 108872953) se comunicó que por Auto N° 280/2023 este Tribunal, por mayoría, resolvió revocar de oficio los proveídos de Vocalía de fecha 28/08/2023 y, en consecuencia, las diligencias probatorias ordenadas en éstos como medida para mejor proveer.

**32.-** Con fecha 15/09/2023 (Op. N° 14581632), la parte actora solicitó que, habiéndose vencido los plazos del decreto del 11/09/2023, pasen los presentes a despacho a los fines del dictado de la sentencia definitiva. El mismo día (Op. N° 108911796) se certificó el vencimiento del plazo otorgado al COPRAMESAB a fin de que emitiera el informe ordenado en el Auto N° 280/2023. Seguidamente, por decreto de igual fecha, se emplazó al COPRAMESAB para que en el término de veinticuatro (24) hs. - contados a partir de la comunicación por oficio electrónico de este proveído-, presente el informe requerido, lo que se comunicó mediante oficio el mismo día (Op. N° 108911965).

**33.-** Con fecha 18/09/2023 (Op. N° 108933385) se agregó el informe del COPRAMESAB recibido por correo oficial.

**34.-** Por decreto del 18/09/2023 (Op. N° 108933999) se dispuso: “*Atento a lo solicitado por la representante de la parte actora en el escrito de fecha 15/09/2023 (Op. N° 14581632): previamente proceda a notificar el decreto de autos de fecha 28/08/2023 (Op. N° 108169009). Atento a la naturaleza y urgencia de la causa, déjese sin efecto el aviso de término de tres (3) días, previsto en el art. 4 del Acuerdo Reglamentario del TSJ N° 1103/2012, para la notificación de dicho proveído. Fecho, notificado y firme el decreto de autos para sentencia, pasen los presentes a estudio de las Sras. Vocales en forma conjunta por el plazo legal (art. 11, Ley N° 4915)*”.

**35.-** Con fecha 20/09/2023 (Op. N° 14624916) los apoderados de la parte demandada solicitaron ampliación del informe, atento a que “*...el informe médico forense (INF 93/23) de fecha 15/9/23 que ha sido incorporado en autos no satisface en forma suficiente el requerimiento efectuado por V.E. mediante el Auto N° 280 de fecha 6/9/23 al disponer la intervención del COPRAMESAB...*”. A continuación, se corrió vista a la parte actora y al Asesor Letrado Civil y Comercial de Sexto Turno del pedido de “*ampliación del informe médico requerido al COPRAMESAB*” de la demandada (Op. N° 109059933 del 20/09/2023). El 21/09/2023 la parte actora evacuó la vista corrida (Op. N° 14655726) y el mismo día, el Sr. Asesor Letrado Civil y Comercial de Sexto Turno, contestó la vista ordenada, adhiriendo a los argumentos vertidos por la parte actora (Op. N° **14662197**).

**36.-** Por decreto fundado de fecha 22/09/2023 (Op. N° **109158451**) se resolvió “*... emplazar al COPRAMESAB para que en el plazo de 24 horas computados a partir de la notificación del presente aclare el informe presentado y adjuntado con fecha 15/09/2023 (Op. N° 108933385) y se expida exclusivamente sobre la medida ordenada por mayoría de esta Cámara en el Auto N° 280/2023 (punto 7), transcripta precedentemente. A tal fin, y a efectos de evitar nuevos inconvenientes, expídanse por Secretaría copias en formato papel y en PEN DRIVE de la historia clínica y*

***Epicrisis adjuntadas por la Municipalidad a las presentes actuaciones y del Auto citado. Oficiese. Notifíquese de oficio***".

**37.-** Con fecha 25/09/2023 (Op. N° **109234440**) se adjuntó el informe del COPRAMESAB de fecha 22/09/2023, recibido por correo electrónico oficial del Tribunal. En idéntica fecha se proveyó: *"Agréguese el informe del COPRAMESAB de fecha 22/09/2023, recibido por correo oficial del Tribunal, con noticia. Atento el estado procesal de la causa, la naturaleza del proceso de amparo, lo manifestado por el 'Comité Ley N° 10.058 -Muerte Digna-' en informe de fecha 08/09/2023 (Op. N° 108679914 del 11/09/2023), compartido por el Sr. Asesor Letrado Civil y Comercial del Sexto Turno (Op. N° 14662197 del 21/09/2023), y teniendo en cuenta lo establecido por el Protocolo AJuV de las personas con discapacidad (TSJ Acuerdo Reglamentario N° 664, Serie "A" de fecha 11/09/2017, que aprobó el proyecto marco 'Promoción de acceso a la justicia de grupos vulnerables'), en tanto autoriza adoptar ajustes en el procedimiento judicial (art. 13 CRPD), necesarios para que las personas en condición de vulnerabilidad tengan un acceso efectivo a la justicia en igualdad de condiciones y con mayor flexibilidad de las formas; a los fines de evitar mayores dilaciones, pasen los presentes a resolver en el plazo legal (art. 11, Ley N° 4915). Notifíquese de oficio"*. Dicho proveído fue notificado de oficio a las partes. Con fecha 25/09/2023 (Op. N° **109237667**) la actuario certificó el pase a fallo en forma conjunta a las Sras. Vocales, a los fines de dictar resolución.

**38.- La litis**

Tal como ha quedado trabada la *litis* la cuestión a resolver se circunscribe a analizar si la negativa del equipo médico del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba de retirar las medidas de soporte vital a J.S., con sustento en el art. 5 inc. e) de la Ley N° 10.058, resulta manifiestamente ilegal y arbitrario.

**39.- Prueba incorporada en autos**

## **A. DOCUMENTAL**

**I.-** Junto con la demanda (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023), la parte actora acompañó: DNI N° 27.173.940, correspondiente a la Sra. Rosa del Valle Ocampo, domiciliada en Agustín Roque Arias N° 1693, barrio Ameghino Norte, de esta ciudad de Córdoba. DNI N° 40.518.898, correspondiente a la Sra. Rosa Marianela Sosa Ocampo, domiciliada en Agustín Roque Arias N° 1693, barrio Ameghino Norte, de esta ciudad de Córdoba. DNI N° 13.602.592, correspondiente a la Sra. Silvia Noemí Sosa, domiciliada en Venecia N° 4, Villa del Laho, de la ciudad de Villa Carlos Paz. Acta del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas N° 554, Tomo 1, Serie S, Año 1997; de la que surge la paternidad del Sr. J. del C. S. respecto de su hija Rosa Marianela Sosa Ocampo. Constancia de exposición de extravío realizada por la Sra. Rosa Marianela Sosa Ocampo, del DNI N° 13.272.090 perteneciente al Sr. J. del C.S. Libreta de Matrimonio correspondiente a los Sr. Cristóbal Sosa y la Sra. María del Carmen Carabajal, de la que surgen el Sr. J. del C.S., la Sra. Silvia Noemí Sosa y el Sr. Héctor Alberto Sosa son hijos en común del matrimonio de referencia.

Informes del Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social de fechas 04/05/2023, 05/06/2023, 16/06/2023, 26/06/2023.

Certificación de alojamiento de Matías Ezequiel Sosa en el Complejo Carcelario N° 1. Hoja de Evolución (21/03/2023, 22/06/2023, 21/06/2023).

Respuesta consulta del Comité Ley N° 10.058 - Muerte Digna.

**II.-** Mediante “Agrega” de fecha 20/07/2023 (Op. N° 13742812) la demandada acompañó: Resúmenes 2015 de Medicina Intensiva. Un artículo sobre “Evolución del estado de conciencia en sujetos con traumatismo encéfalo-craneano grave tratados en la sala de estimulación multisensorial de un centro de rehabilitación”.

**III.-** Mediante “Traslado – evacúa” de fecha 20/07/2023 (Op. N° 13799959) la demandada acompañó los siguientes artículos: “Disorders of consciousness after

acquired brain injury: the state of the science”. “Prognostication in patients with severe traumatic brain injury”. “Uncovering Consciousness in Unresponsive ICU Patients: Technical, Medical and Ethical Considerations”. “European Academy of Neurology guideline on the diagnosis of coma and other disorders of consciousness”. “European Academy of Neurology guideline on the diagnosis of coma and other disorders of consciousness”.

**IV.-** Mediante “Agrega” de fecha 20/07/2023 (Op. N° 13800090 y 13800739) la parte demandada acompañó: Resúmenes 2015 de Medicina Intensiva. Artículos sobre “Vegetative state outcomes improved over the last two decades”, “Consciousness recovery after various periods in vegetative state”, “Evolución del estado de conciencia en sujetos con traumatismo encéfalo-craneano grave tratados en la sala de estimulación multisensorial de un centro de rehabilitación”, “COMA RECOVERY SCALE-REVISED”. “Prolonged disorders of consciousness following sudden onset brain injury: National clinical guidelines”. “Persistent vegetative state: an overview” y “Medical aspects of the persistent vegetative state”.

**V.-** Mediante “Adjunto Documental” del 21/07/2023 (Op. N° 106822754) se incorporó: Argumentación bioética del caso J.S. y Apuntes del Comité Muerte Digna de la audiencia del 21/07/2023.

**VI.-** Mediante “Agrega” del 24/07/2023 (Op. N° 13822583) la parte actora acompañó: Fotos de J.S.

**VII.-** Mediante “Agrega” del 26/07/2023 (Op. N° 13867721) la parte demandada acompañó: Informe del equipo de salud tratante.

**VIII.-** Historia clínica de J.S. agregada por los apoderados de la Municipalidad de Córdoba en archivos en PDF (Ops. N°s 13984690, 13984771, 13984793, 13987031, 13987158 y 13987883 de fecha 03/08/2023).

**IX.-** “EPICRISIS” desde el 30/06/2023 al 29/08/2023 e “Informe de Laboratorio” de

fecha 29/08/2023, ambos correspondiente al paciente J.S., adjuntados por los apoderados de la Municipalidad de Córdoba (Op. N° 14412965 de fecha 04/09/2023).

#### **B.- RECONOCIMIENTO DE FIRMAS**

I.- Mediante acta de fecha 21/07/2023 (Op. N° 106822160) se hizo constar que el Dr. Armando S. Andruet, Presidente del Comité Ley 10.085 -Muerte Digna-, y la Lic. M. Soledad Ripoll, Coordinadora de la Red Municipal de Bioética, reconocieron su firma en los informes y dictámenes acompañados por la parte actora en la operación de “demanda”.

#### **C.- TESTIMONIAL**

I.- Declaración testimonial del Dr. Carlos Soriano (Op. N° 107361367 del 04/08/2023).

#### **D.- MEDIDAS REQUERIDAS POR AUTO N° 280/2023**

I.- Informe producido por el “Comité Ley 10.058 – Muerte Digna” en cumplimiento del Auto N° 280/2023 (Op. N° 108679914 del 11/09/2023).

II.- Informe del COPRAMESAB de fecha 22/09/2023 -aclaratorio- en cumplimiento del Auto N° 280/2023 (Op. N° **109234440 del 25/09/2023**).

#### **40.- Cronología de los hechos**

I.- El día **13/03/2023** el Sr. J.S., de 64 años de edad, ingresó al Hospital de Urgencias por un traumatismo de cráneo grave, traumatismo facial y broncoaspiración (HC 91567) Antecedentes quirúrgicos (documental agregada 2-HISTORIA CLINICA DE S.- QUIROFANO, Op. N° 13984771), originado en un caso de violencia ciudadana.

El Sr. J.S. tiene por oficio labores de jardinería, vive en una vivienda propia compartida con su hija Marianela y su ex pareja. Tiene 3 hijos. Dos de sus hijos son biológicos (José y Matías) y Marianela es hija de su última pareja que fue reconocida por él. Solo Marianela, José y Silvia (hermana del paciente) son quienes lo visitan (documental Nota del 04/05/2023 del CBH agregada en Op. N° 13627589 de fecha

29/06/2023).

**II.-** El **04/05/2023** sacan a J.S. de terapia intensiva y lo pasan a sala común (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

Conforme surge de la Nota de fecha 04/05/2023 del Comité de Bioética Hospitalario (en adelante CBH) *“La hija lo define como muy ‘inquieto’, que le gusta salir a bailar, que es muy creativo, ‘el sábado me estaba arreglando un zapato con un aro, no sé cómo hizo y el lunes lo tuve que venir a ver aquí en el hospital’. Marianela refiere que le daba con todos los gustos desde chiquita, que no es su padre biológico, que la reconoció y siempre fueron muy unidos.*

*Se establece comunicación telefónica con Silvia la hermana de J., quien refiere que: ‘no quiere que sufra’, ‘mi hermano no se querría ver así incapacitado’, ‘yo sé lo que es mi hermano y no querría verse así’, ‘Que Marianela esté de acuerdo es un alivio, ella vivió toda la vida con él, es muy compinche y sabe lo que él querría’. Silvia crió a un hijo de (JS), José Alberto, que estudió para paramédico y sabe sobre la situación actual del padre por lo que estaría de acuerdo con una Muerte Digna...”* (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

La **nota del día 04/05/2023** fue firmada por dos hijos que son José y Marianela, en ella se referencia que la hija -Marianela- dice *“‘papá ya no está desde hace dos meses’, ‘es inaguantable verlo así, es inhumano’, ‘no me pueden decir que ese que está ahí es mi papá’, ‘cada vez más lleno de agujeros, uno para que coma, otro para que respire, una bosa colgada con el alimento que a su estómago’, ‘esto es un duelo lento’, ‘mi vida está estancada con la de mi papá’ (...)* En razón del estado irreversible de J.S., teniendo en cuenta lo expresado por los familiares como subrogantes y portadores de la voz de J.S., asistiendo su derecho a morir dignamente; en el marco de la ley 26.742 de Muerte Digna, se decide la adecuación del esfuerzo terapéutico’. En la mencionada nota, se indica que *‘Se establece comunicación*

telefónica con S. la hermana de J.S., quien refiere que 'no quiere que sufra', 'mi hermano no se querría ver así incapacitado', 'yo sé lo que es mi hermano y no querría verse así'. Además de estar firmada por las personas que se han indicado más arriba, también lo hace la Lic. Mag. Soledad Ripoll (Coord. Red Municipal de Bioética) y José Viñola (Lic. en Enfermería) (documental -dictamen del Comité Ley 10.058 – Muerte Digna- agregada en Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**III.-** El **05/06/2023** se realizó una nueva entrevista con Marianela, José Alberto, integrantes del Comité de Bioética Hospitalario e integrantes del servicio de Clínica Médica con el objetivo de continuar con el proceso de toma de decisiones en el final de la vida del paciente J.S.

En un primer momento Marianela plantea "como comenzar a hablar de esto..." "no quiero que papá se muera en cuotas" "Es mi papá y está sufriendo, no quiero que sufra más, se está deteriorando" "papá no quiere pasar por esto yo lo conozco" "Conocemos la Ley de Muerte Digna" "los médicos no nos explicaron porque no hicieron caso a lo que firmamos". Ante esta afirmación solicita que algún médico le explique el motivo por el cual no se respetó el documento anteriormente firmado, principalmente en lo referente a la suspensión de alimentación e hidratación. Se convoca a los médicos del servicio de Clínica Médica quienes le informan el estado actual y se debate sobre las medidas de alimentación e hidratación. Se le explica que no ha transcurrido el tiempo estipulado para declarar a su padre en un estado vegetativo persistente/permanente, razón por la cual no pueden declarar la irreversibilidad de su estado y por este motivo no se suspendió la alimentación e hidratación.

Ante esta condición el equipo médico refiere que para ellos "es muy difícil tomar esta determinación" a lo que Marianela responde que "yo los entiendo, pero háganlo" "quiero que lo corten, que corten todo". Dicha nota tiene firmas aclaradas de Silvia

Noemí Sosa D.N.I. 13.602.592 (hermana de J.S.), Matías Sosa D.N.I. 31.713.152 (hijo de J.S.), Rosa Marianela Sosa Ocampo D.N.I. 40.518.898 (hija de J.S.), Nancy Beatriz Pereyra D.N.I. 18.018.318 y una firma sin aclarar con un número de D.N.I. 29.308.627 (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**IV.-** El **10/06/2023**, después de las notas referidas por las cuales se solicita y deja constancia de la voluntad representada de J.S., los médicos proceden a la adecuación del esfuerzo terapéutico, el mismo es efectivamente cumplido y con ello se suspendieron la alimentación e hidratación respectiva (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**V.-** El **14/06/2023** el equipo médico reinstala las medidas de esfuerzo terapéutico (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**VI.-** El **15/06/2023** el Director del Hospital de Urgencias, Dr. Mariano Marino remite al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, una solicitud de intervención del “Comité Ley 10.058 - Muerte Digna” a los efectos de lograr un criterio respecto a la controversia planteada en dicha Institución, entre el CBH del nombrado nosocomio y el equipo médico tratante del paciente J.S. (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**VII.-** Por nota del **16/06/2023** firmada por la Lic. Mag. Soledad Ripoll Coordinadora de la Red Municipal de Bioética de la Clínica Social del Ministerio de Salud- y el Lic. en Enfermería José Viñola- se expresa: *“Continuando con el desarrollo del consentimiento informado como proceso deliberativo, se realizó una nueva reunión con los hijos de J., integrantes del CBH y el director del hospital municipal de Urgencias, debido a un documento que presentaron integrantes del equipo de salud tratante, negándose a cumplir lo acordado en el Consentimiento Informado, firmado por todos los familiares subrogantes de J.*

*En el documento presentado, los profesionales médicos, aducen que se niegan a cumplir con AET, acordado en reunión deliberativa realizada entre familia, médicos*

*tratantes e integrantes del CBH el día 5/06/2023, debido a que J. no cumple con los criterios de irreversibilidad, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el momento del ingreso del paciente, el día 13 de marzo 2023...*”, énfasis agregado (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**VIII.-** El día **23/06/2023** el “Comité Ley 10.058 – Muerte Digna” en opinión unánime de todos sus integrantes, Dr. Armando S. Andruet (h), Dr. Carlos A. Soriano, Lic. Enfermería Iris Alicia Maders, Dra. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F. Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré. se expide consultivamente este sentido: “...*se recomienda y orienta al Señor Director del Hospital de Urgencia de la Ciudad de Córdoba, Doctor Mariano Marino, quien solicitara la intervención de este Comité con fecha 15.VI.23, que se brinde curso favorable sin dilaciones inadecuadas ni indebidas a la solicitud de la familia del señor J.S. de retirarle las medidas de sostén vital y, de asegurar de igual modo, los cuidados paliativos integrales al nombrado paciente. Teniendo como **condición necesaria y suficiente** para que ello pueda ser cumplido, si así es considerado finalmente por el Hospital de Urgencia de la ciudad de Córdoba, asegurar que la familia no haya decidido revocar su directiva médica anticipada hecha valer por representación de lo que, se deberá dejar documentación fidedigna que se mantiene en tal sentido la mencionada voluntad. De igual manera y carácter, que subsiste en la actualidad, el estado clínico del paciente y de lo cual, se deberá dejar suficiente y fehaciente registro en la historia clínica del paciente...*” (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**IX.-** Informe de fecha **26/06/2023** del Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital Municipal de Urgencias, donde, tras analizar el dictamen del “Comité Ley 10.058 – Muerte Digna”, reitera su recomendación de que se respeten los sucesivos pedidos de la familia de suspensión de soporte vital acorde a los derechos que la Ley N° 26.742, el C.C.C.N y la Ley N° 10.058 le acuerdan (Op. N° 13627589

de fecha 29/06/2023).

#### **41.- El principio de dignidad humana y el derecho a la autodeterminación como ejes fundamentales para la resolución del caso en cuestión**

##### **41.1.- La dignidad humana como principio rector**

**41.1.1.-** Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el principio de la dignidad humana, en tanto se encuentra consagrado expresamente en los Preámbulos de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, y en el art. 13.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y en el art. 11.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

En la Opinión Consultiva OC-6/86 de 9 de mayo de 1986 (párrs. 26-27) la Corte interamericana expresa que la dignidad humana es el límite sobre la que se conforman las posibles restricciones normativas a los derechos. El vocablo leyes cobra todo su sentido lógico e histórico si se le considera como una exigencia de la necesaria limitación a la interferencia del poder público en la esfera de los derechos y libertades de la persona humana.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (denominado como Protocolo de San Salvador), reafirma la relación entre los derechos humanos, fruto del reconocimiento de la dignidad de la persona humana, por lo cual exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros.

Especial relevancia tiene “La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, Paris, Francia del 19 octubre 2005, en cuyo preámbulo expresa “*Consciente de la excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar*

*sobre su propia existencia y su entorno, así como para percibir la injusticia, evitar el peligro, asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que dé expresión a principios éticos...*

*...Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, Resolviendo que es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales que sirvan de fundamento para una respuesta de la humanidad a los dilemas y controversias cada vez más numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente...*

*Reconociendo asimismo que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto...*

*...Teniendo presente también que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales...”.*

Al enumerar los principios, destaca:

*“Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos*

***1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.***

*“Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual*

***Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su***

*autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses*”, énfasis agregado (<https://es.unesco.org/about-us/legal-affairs/declaracion-universal-bioetica-y-derechos-humanos#>).

La Constitución Nacional si bien no enumera el derecho a la dignidad humana entre los explícitos, lo incluye en los implícitos del art. 33 y las referencias necesariamente aplicables, en virtud de los Tratados de Derechos Humanos (art. 75 inciso 22), de los que se hizo mención.

La Constitución de Córdoba en el Preámbulo expresa: “... *nos los representantes del pueblo de la provincia de Córdoba, reunidos en convención constituyente, con la finalidad de exaltar la dignidad de la persona y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos...*”. Esto significa que la dignidad humana figura como la primera finalidad de la elaboración de ley fundamental.

En el art. 4 sobre “inviolabilidad de la persona”, prescribe “...*la dignidad y la integridad física y moral de la persona, son inviolables. Su respeto y protección es deber de la comunidad y, en especial, de los poderes públicos*”.

El art. 18 reza “...*Todas las personas en la Provincia gozan de los derechos y garantías que la Constitución Nacional y los tratados Internacionales ratificados por la República reconocen, y están sujetos a los deberes y restricciones que imponen*”.

El art. 20 en cuanto a los “Derechos no enumerados”, establece: “*Los derechos enumerados y reconocidos por esta Constitución no importan denegación de los demás que se derivan de la forma democrática de gobierno y de la condición natural del hombre*”.

Finalmente, en nuestro país, el Código Civil y Comercial de la Nación (CCCN) inaugura el capítulo relativo a los derechos personalísimos, consagrando el reconocimiento y respeto de la “dignidad”. Ello significa que todos los derechos de la personalidad derivan y se fundan en la noción de dignidad. Esta incorporación implica

un cambio de concepción y paradigma.

El art. 51 sostiene: “*Inviolabilidad de la persona humana. La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad*”. El precepto significa que la persona es reconocida y debe ser respetada, debiendo garantizarse la tutela de su dignidad. Ella deriva del hecho de ser, ontológicamente, una persona y, en consecuencia, el derecho debe garantizarle esta dignidad precisamente por ser tal. El respeto a la dignidad de la persona humana se concreta en reconocer su existencia, su autonomía y su individualidad. Es por esto que en el dispositivo civil se la considere inviolable.

**41.1.2.-** Ahora bien, la materialidad del caso en cuestión es la muerte de una persona con resguardo de su dignidad, la cual reviste una trascendencia desde lo jurídico, ético, científico y social.

La particularidad de supuestos como el presente es que no pueden desprenderse de un contorno antropológico en el sentido pleno, razón por la cual debemos poner la mirada en el mismísimo sujeto de todo el derecho: el hombre de carne y hueso, que se encuentra en el atravesamiento del momento más crítico de su vida, como es el que constituye el proceso de morir (cfr. ANDRUET (h.), Armando S., *Las Directivas Médicas Anticipadas y su Conocimiento Profesional Médico-Jurídico*, Alveroni, Córdoba 2016, pág. 128).

En estos casos, todas las articulaciones jurídicas que se hayan podido colocar a disposición del Tribunal para dar una respuesta, siempre serán escasas para dar satisfacción a problemas de la centralidad humana y, por ello, es que estos asuntos de auténtica naturaleza antropológica jurídica y que son presentados muchas veces bajo el ropaje más impersonal de ser “temas bioéticos”, posibilitan una natural cabida a las propias cosmovisiones personales que se dinamizan en cualquier juez a la hora de resolverlos. Y nada de ello está mal, pues al fin de cuentas, los jueces son parte de la

sociedad y piensan y sienten, como de alguna manera la sociedad también lo hace (Vid MORELLO, A., *La Corte Suprema en el sistema político*, La Plata, Platense, 2005, citado por ANDRUET (h.), Armando S., op. cit., págs. 128/129).

Debemos partir de la convicción de que todo ser humano es una persona y que ésta es sujeto de una inalienable dignidad en su vida hasta el acto mismo de morir (ARAMINI, M., *Introducción a la bioética*, traducción del italiano, Marco Tulio Mejía, Bogotá, Sociedad de San Pablo, 2007, pág. 14, citado por PADRÓN, Héctor J., *¿Por qué sostener una vida digna hasta morir?*, en ANDRUET (h.), Armando S., *Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna). Derecho, Bioética y Ética*, Advocatus, Córdoba 2015, pág. 162).

En tal entendimiento, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha señalado que “...*el hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo –más allá de su naturaleza trascendente– su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental*” (Fallos 316:479).

Los conceptos de persona, individuo y personalidad están estrechamente ligados y, si bien diferenciados, se contienen unos a otros. El ser humano es persona y el ser humano tiene personalidad. Uno de los aditamentos de la personalidad más relevantes y primordiales es el de la dignidad.

La dignidad aparece como un valor supremo, irreductible y absoluto, propio de la condición personal; la dignidad se corresponde a lo que se afirma de manera absoluta, es decir aquello que es principio o punto de partida para surgir de sí mismo, por apoyarse en sí.

La verdad sobre el ser humano es que es persona, es decir, sujeto concreto que se distingue de todo otro por su eminente dignidad.

Cuando afirmamos que el ser humano debe ser tratado dignamente, estamos afirmando

que se deben respetar sus derechos fundamentales.

En esta línea de pensamiento, Bidart Campos señala que “*La persona humana se concibe así como un ser de eminente dignidad caracterizado por su razón y por su libertad*” (*Teoría General de los Derechos Humanos*, 2da. Ed., Astrea Bs. As. pág. 73).

El concepto de dignidad resulta un principio rector y corrector de la bioética, y permite ser el faro y norte para la ética clínica, es decir, aquella destinada a desentrañar los valores morales que impregnan la relación asistencial (CIRUZZI, María S., *Decisiones ante el final de la vida. La autonomía personal frente a la proximidad de la muerte*, Astrea, Ciudad de Buenos Aires 2022, pág. 283).

En definitiva, la dignidad es una cualidad inherente a todo ser humano que no comunica el contenido de un derecho determinado, sino que es el fundamento último de los derechos (SANTIAGO, A., *La igual e inviolable dignidad de la persona humana como fundamento del orden jurídico nacional e internacional*, Prudentia Iuris, (83), 2017, págs. 102/103).

#### **41.2.- El derecho a la autodeterminación como derivación del principio de dignidad humana**

Un aspecto central del reconocimiento de la dignidad constituye la posibilidad de todo ser humano de autodeterminarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones, vale decir, a diseñar su proyecto de vida.

En la experiencia descubrimos a la persona como un alguien que es, como un ente que es y actúa de un modo especialísimo: con autonomía y libertad. Existe un estrecho vínculo entre dignidad, libertad y autonomía. El derecho a autodeterminarse es un índice luminoso de la dignidad, del valor incomparable que posee cada ser humano en concreto.

Destaca Dworkin *“que existe otro sentido de la palabra ‘autonomía’, mucho más determinante. Cualesquiera que sean los límites y desafíos que enfrentamos, queremos retener nuestra autonomía -la libertad- de ser autores de nuestras vidas. Esta es la verdadera esencia, la savia de ser humano: ‘El valor de la autonomía descansa sobre el esquema de responsabilidad que crea: la autonomía nos hace a cada uno responsable de moldear nuestra propia vida de conformidad con un sentido coherente y distintivo de personalidad, convicción e intereses. Nos permite dirigir nuestras propias vidas más que ser liderados a través de ellas, de manera de que cada uno de nosotros pueda ser, en la medida que tal esquema de derechos puede hacerlo posible, aquello que uno mismo ha hecho de sí”* (Dworkin, Life’s dominion, citado por CIRUZZI, María S., op. cit., págs. 284/285).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha sostenido, desde los primeros casos, que ninguna actividad del Estado puede fundarse sobre el desprecio a la dignidad humana. Ha dado ciertas precisiones sobre el objeto del derecho a la dignidad, a través de su vinculación con la autonomía y la igualdad. Así, en el caso “I.V. vs. Bolivia” (2016, Serie C No. 329), en el que estaba en debate el consentimiento informado previo a determinadas prácticas médicas, declaró la violación del artículo 11.1, junto con los artículos 5.1, 7.1, 11.2, 13.1 y 17.2, en relación con el artículo 1.1 de la Convención.

El Tribunal vinculó el derecho a la dignidad con el derecho a la libertad personal, el derecho a la vida privada, el derecho a la integridad personal y el derecho de acceso a la información a través de su “elemento indisoluble”: la autonomía personal (parr. 159). Se definió a la “dignidad” como “uno de los valores más fundamentales de la persona humana entendida como ser racional” (parr. 149), señalando que este valor se basa en el principio de la autonomía de la persona y en la igualdad de todos los individuos en tanto fines en sí mismos. Indicó que el reconocimiento de la dignidad

implica el respeto de la posibilidad que tiene toda persona de autodeterminarse, lo cual veda toda actuación estatal que procure su instrumentalización (parr. 150).

En el caso “Poblete Vilches y otros vs. Chile” (2018) volvió a sostener que la dignidad implica *“la posibilidad de todo ser humano de autodeterminarse”* (parr. 168).

Siguiendo esta tesitura, cabe destacar la clara distinción que efectúa Andruet entre la autonomía del enfermo y la autonomía del sujeto, lo que conlleva a distinguir entre el consentimiento informado y las directivas anticipadas que suponen un “consentimiento proyectivo”.

En tal sentido, explica *“Mediante el consentimiento informado, tal como conocemos, se asiente o disiente con un determinado acto médico luego de que éste le ha sido suficientemente explicado al paciente y por lo tanto, se tiene por satisfecho cuando hay cabal apreciación de que se ha comprendido por el enfermo de qué se trata la práctica que se habrá de cumplir y para lo cual se le solicita autorización. El consentimiento informado es entonces: ‘para cumplir un acto’ -tiene una realización positiva- por parte del médico y que como tal, el paciente es quien podrá habilitarlo o no para su ejecución.*

*De esta manera se advierte claramente que existe en este tipo de realización, una ‘natural presentidad o simultaneidad, aunque no sea ella una necesaria ‘instantaneidad’ entre la información que resulta brindada antes del cumplir el acto médico y el consentimiento recibido por parte del sujeto para que la práctica médica sea ejecutada o impedida...”.*

Luego destaca que *“...los supuestos que autorizan las directivas anticipadas (...) prescinden completamente del CI (...) por la simple y pura razón de que quien echa mano a dichas DA, lo hace para que cobren vigencia cuando no tenga conciencia y autonomía el sujeto que a ellas invoca...*

*...De tal manera que no hay en dicho transe, propiamente una atención al*

*‘consentimiento informado’ del cual se pueda seguir, un ponderado ‘comportamiento autónomo de la voluntad’ que como tal se orienta por el rechazo o la aceptación de la mencionada práctica médica.*

*Ello así, porque el consentimiento ha sido brindado en una manera ‘proyectiva’ y por ello es que no hay -presentidad/simultaneidad o instantaneidad- proyección tal como se puede advertir, es sobre un ideario de lo que puede ocurrir...” (ANDRUET (h), Armando S., *Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna). Derecho, Bioética y Ética*, Advocatus, Córdoba 2015, pág. 69 y 70).*

Por lo tanto, cabe concluir que del principio rector de la dignidad humana se desprende el derecho de toda persona a la autodeterminación.

Este derecho a la autodeterminación, cuando lo vinculamos a las decisiones sobre el propio cuerpo, se traduce en el derecho a prestar un consentimiento informado -autonomía del enfermo- o bien a dejar una directiva o voluntad anticipada -autonomía del sujeto-.

De allí que la Ley N° 26.742, el art. 60 del Código Civil y Comercial de la Nación y en la Provincia de Córdoba la Ley N° 10.058, habilitan la posibilidad de que las personas puedan hacer adhesiones a realizaciones de prácticas futuras mediante la ejecución de instrumentos jurídico-bioéticos denominados: Directivas Anticipadas o Declaración de Voluntad Anticipada (Córdoba), las cuales constituyen la máxima expresión del derecho de autodeterminación en lo que respecta al cuerpo de una persona.

Mediante ellas, en realidad lo que el disponente quiere, es tener una muerte digna y para lo cual, hace previsiones respecto a determinadas escenografías en las que puede quedar incurso y sobre esos supuestos escenarios, hace las disposiciones que le parecen adecuadas y razonables, teniendo como única limitación -en el caso Argentino al menos- el no poder solicitar prácticas eutanásicas y que se garanticen los cuidados

paliativos (ANDRUET (h.), Armando S., *Exégesis jurídico-bioética mínima de las directivas anticipadas*, Publicado en: DFyP 2013 (diciembre), 152, TR LALEY AR/DOC/4121/2013).

En definitiva, la dignidad se materializa con el respeto del principio de autonomía personal y el derecho a la libertad personal. De allí que, la autonomía personal como elemento indisoluble de la dignidad, implica que la violación del derecho a la libertad personal, entendido éste como la posibilidad de autodeterminarse, implica una vulneración del derecho a la dignidad.

#### **42.- Marco normativo específico**

##### **42.1.- La Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742**

El **art. 2°** prescribe “*Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes...*

*...e) 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” (Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012).*

El **art. 6°** establece *“Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.*

*En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.*

*Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario” (Artículo sustituido por art. 3° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012).*

A su turno el **art. 11**, que refiere a las Directivas anticipadas, prescribe *“Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.*

*Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.*

*La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la*

*manifestó*” (Artículo sustituido por art. 6° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012).

#### **42.2.- El Código Civil y Comercial de la Nación**

El **art. 59** que regula el “Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud”, dispone “*El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:*

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

*Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite.*

*Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.*

*Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente”.*

Por su parte el **art. 60**, que refiere a las Directivas médicas anticipadas, establece “*La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas.*

*Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento”.*

### **42.3.- La Ley N° 10.058 modificada por la Ley N° 10.421 “DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA DE MUERTE DIGNA”**

El **art. 1º** define el objeto: “*La presente Ley tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona -con plena capacidad de obrar- a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida”.*

En cuanto al ámbito de aplicación el **art. 2** establece “*Esta Ley es de orden público e interés social y se aplica a todas las personas que, de manera libre y voluntaria, manifiesten expresamente su intención de ejercer el derecho objeto del presente texto*

*normativo en todo el ámbito territorial de la Provincia de Córdoba”.*

El **art. 3** fija como limitaciones: *“La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no permiten ni facultan, bajo ninguna circunstancia, la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, la eutanasia o la provocación de la muerte por piedad”.*

A su turno el **art. 5** da una serie de definiciones. *“A los efectos de la presente Ley son de aplicación las siguientes definiciones, sin perjuicio de otras que puedan establecerse por vía reglamentaria:...*

*...e) Estado Vegetativo Permanente: estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática;*

*f) Medidas Desproporcionadas o de Encarnizamiento Terapéutico: acciones que prolongan la agonía de una persona sin posibilidad de recuperación, que atentan contra la dignidad humana y que no demuestran evidencias médicas de beneficios para la salud...”.*

En su Capítulo V refiere a la “Autoridad de Aplicación”.

Conforme con lo establecido en el **art. 20** *“El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba o el organismo que en el futuro lo sustituyere, es la Autoridad de Aplicación de la presente Ley”.*

El **art. 21 bis** prescribe *“La Autoridad de Aplicación designará un Comité ad hoc que se denominará ‘Comité Ley N° 10.058- Muerte Digna’ y entenderá consultivamente en cuestiones de duda y evidente singularidad acerca del acogimiento o no por el respectivo Registro Único de Voluntades Anticipadas, como así también de cualquier otra cuestión que por aplicación efectiva de la presente Ley se pudiere generar”*, énfasis agregado.

El **art. 21 ter** establece “El ‘Comité Ley N° 10.058- Muerte Digna’ intervendrá cuando el paciente no hubiere formalizado su Declaración de Voluntad Anticipada (DVA) y la decisión fuere tomada por los representantes legales en los términos del artículo 24 de la presente Ley”, énfasis agregado.

El **art. 24** refiere a los “Representantes legales” y dice “Cuando el paciente no hubiere formalizado su Declaración de Voluntad Anticipada (DVA) o prestado el consentimiento informado y hubiere perdido la capacidad de obrar o el pleno uso de sus facultades mentales, las personas enumeradas en el artículo 21 de la Ley Nacional N° 24.193 -en el orden de prelación allí determinado-, podrán ejercer el derecho que establece la presente Ley o la normativa supletoria”, énfasis agregado.

El **art. 21 de la Ley N° 24.193** prescribe “*En caso de muerte natural, y no existiendo manifestación expresa del difunto, deberá requerirse de las siguientes personas, en el orden en que se las enumera siempre que estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales, testimonio sobre la última voluntad del causante, respecto a la ablación de sus órganos y/o a la finalidad de la misma. a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida; b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años; c) Cualquiera de los padres; d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años; e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años; f) Cualquiera de los abuelos; g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive; i) El representante legal, tutor o curador; Conforme la enumeración establecida precedentemente y respetando el orden que allí se establece, las personas que testimonien o den cuenta de la última voluntad del causante que se encuentren en orden más próximo excluyen el testimonio de las que se encuentren en un orden*”

*inferior. En caso de resultar contradicciones en los testimonios de las personas que se encuentren en el mismo orden, se estará a lo establecido en el artículo 19 bis. La relación con el causante y el testimonio de su última voluntad serán acreditados, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva, cuando correspondiere”. (Artículo sustituido por art. 8° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).*

Finalmente, el **art. 25 de la Ley N° 10.058** regula lo referente a las responsabilidades de los representantes, profesionales o personal de los equipos de salud humana, y establece que cuando obren conforme a las disposiciones establecidas en la presente ley quedan exentos de toda responsabilidad civil, penal o administrativa derivados de la aplicación de la misma.

### **43.- Análisis del caso**

#### **43.1.- Fundamentos de la negativa del equipo médico del Hospital de Urgencias a retirar las medidas de soporte vital. El objeto de amparo**

El objeto del presente amparo es la negativa del equipo médico del Hospital de Urgencias tratante del paciente J.S., a proceder a la adecuación del esfuerzo terapéutico, solicitada mediante dos consentimientos informados firmados por los familiares del paciente con fechas 4 y 5 de mayo de 2023, y reiterada, frente al hecho de la reinstalación del soporte vital con fecha 14/06/2023, luego de haber sido retirado el 10/06/2023.

Esgrimen como fundamento de dicha decisión que el paciente se encuentra en estado vegetativo persistente por lesión traumática, y que, por lo tanto, para ser considerado dicho estado como permanente, deben pasar 12 meses, de conformidad con lo prescripto en el art. 5 inc. e) de la Ley N° 10.058 (Op. N° 13799959).

Del informe dirigido al Sr. Secretario de Salud con fecha del 16/06/2023 (Op. N° 13867721 de fecha 26/07/2023), firmado por el Dr. Fernando García Colmena, el Dr. Pavan Sebastian, la Dra. Marta Leguizamon, la Dra. Perla Blanca Pahnke y el Dr. Cristian La Giglia, surge: *“...Nos dirigimos a Ud. y por su intermedio a quien corresponda para informar acerca de nuestra Negativa a la adecuación del esfuerzo terapéutico, en el (Sr. J.S.), HC 91567, DNI 13.272.090; en el marco de la ley 26742 de Muerte Digna, en contraposición al consentimiento informado firmado por los familiares del paciente, y sugerido por el Comité de Bioética hospitalario y recomendado por el Comité de Bioética del Ministerio de la provincia de Córdoba. Motiva dicha decisión, que el paciente no cumple criterios de irreversibilidad aún. Esta con Escala de coma de Glasgow (SCG) 8/10 puntos, (apertura ocular espontanea 4, ninguna respuesta verbal 1, motor flexión anormal MMSS 3) pupilas intermedias reactivas, gestos de dolor ante estímulos propioceptivos, tose, deglute, Escala de Glasgow evolutiva (GOC) 2 puntos, Escala de Glasgow evolutiva extendida (GOSE) de 2 puntos, traqueostomizado con oxígeno en T y respiración espontanea, gastrostomizado con alimentación por la misma, **con en estado vegetativo persistente por lesión traumática, que, para considerarse irreversible dicho estado, deben pasar 12 meses, según ley 10.058 de la Provincia de Córdoba, artículo 5 y la evidencia científica actual al respecto, que se adjunta.***

*Cabe destacar que cuando la voluntad del paciente se halla definida legalmente, no dudamos en respetar su deseo expresamente definido y no aplicar la terapéutica recomendada por la evidencia, lo cual queda demostrado con pacientes anteriores. El día jueves 08/06/23 y viernes 09/06/23, durante el examen físico el paciente presento movimientos espontáneos (elevación de miembro inferior derecho), y los mismos también fueron evidenciados por el personal de enfermería. Continúan pendientes la realización de estudios para neuro pronóstico adecuados, que no*

*contamos en nuestra Institución.*

*Entendemos que el Estado Vegetativo Persistente suscita debates éticos, los tomadores de decisiones sustitutos deben decidir sobre la vida o muerte de terceras personas y basarse en el pronóstico de los médicos como guía, más nunca es fácil saber cuál es la mejor intervención para ellos. No existen pautas para ayudar a los médicos en la formulación o comunicación de pronósticos en cuidados críticos; por lo tanto, el pronóstico es muy variable, potencialmente sesgado y, a menudo, prematuro. Se necesita más investigación para pasar del arte a la ciencia y descubrir estrategias de comunicación efectiva (honesta, concreta, consistente y compasiva para dejar espacio a la esperanza) de neuro pronóstico. (1)...*

*...Traumatismo craneoencefálico (TEC) sigue siendo una devastadora condición que causa daño físico, neurocognitivo y psicosocial significativo, requiere un abordaje multidisciplinario dedicado a rehabilitación a largo plazo y seguimiento para que el tratamiento sea efectivo y asegurar los mejores resultados posibles para el paciente. El dinamismo, la heterogeneidad y complejidad que lo caracteriza dificulta intervenciones eficaces. (4) Los avances en investigación mejoran su monitoreo, atención, rehabilitación y pronóstico. (14)*

*La lesión traumática cerebral es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, especialmente en pacientes varones jóvenes, con tasas de mortalidad en la literatura que van desde 30 – 50%, mientras que el 30% de los sobrevivientes sufren trastornos neurológicos significativos. (3)*

*En nuestro hospital, en un estudio observacional retrospectivo y prospectivo de corte trasversal, de 203 pacientes con TEC. TEC aislado 58%, TEC con Politraumatismo (PT) 42%. La severidad del TEC según Escala de coma de Glasgow (GCS): <8 Grave – 44%, 9-13 Moderado-31% y 14-15 Leve Potencialmente Fatal 24%. Se objetivo una Mortalidad Hospitalaria global 22%. M en TEC aislado 16,9%. M en TEC con PT*

30.5%. Valoración ECODAIIC 7,88%. Donación 3,4 GOS 1:22,6%; Escala de Glasgow evolutiva (GOS) 2-3: 11,3%; GOS 4-5: 59,1%. Escala de Glasgow evolutiva extendida a los 6 meses (GOS-E 6m): 1: 24,6%; 2 a 4: 5,9%; 5 a 8: 62,5%; Derivación: 6,8%. (4)

SCG es una escala de evaluación neurológica que permite medir el nivel de conciencia y severidad del TEC inicia. GOS es una escala de evaluación evolutiva global después de una lesión cerebral grave. GOSE es una escala para evaluar la discapacidad global y la recuperación después de una lesión cerebral traumática. (GOS Y GOSE de 2 puntos significa, estado vegetativo) (5)

Las alteraciones del estado de Conciencia, a saber, son coma (C), estado vegetativo (EV), estado de mínima conciencia (EMC), y la reciente incorporación del estado de disociación cognitivo motora (EDCM), se caracterizan por alteraciones en el despertar y/o el contenido de la conciencia en diferentes grados, subyacentes a distintas causas, lesiones hipóxica-isquémica, traumáticas y/o secuelas neurodegenerativas. (6-7-11)

El estado vegetativo persistente, descrito por Jennet y Plum en 1972, como un estado donde el paciente está 'despierto pero inconsciente', ha sido definido como 'un estado vegetativo prolongado por un mes luego de un agudo daño cerebral traumático o no traumático'. Asimismo, se considera que el estado vegetativo persistente no implica irreversibilidad. (8) También de acuerdo con Multisociety Task Force in EV, (9) se considera esta lesión como permanente cuando los signos clínicos persisten luego de tres meses para lesiones hipóxico/anóxicos y luego de doce meses de lesiones traumáticas.

Los límites temporales y los criterios de irreversibilidad, continúan tanto en la ley vigentes, como en una revisión hecha reciente de la literatura médica. (13)...

...La recuperación de pacientes con TEC a menudo requiere un largo y arduo

*proceso, pudiendo tomar hasta 12-18 meses para alcanzar el máximo potencial de recuperación. Esto requiere un compromiso continuo con el tratamiento, rehabilitación, y acompañamiento familiar en un sistema que a menudo lucha por priorizar y administrar recursos limitados. (3)*

*Las estrategias de manejo para los pacientes con TEC deben seguir un esquema de 3 niveles enfoque para producir los mejores resultados, esto debe incluir prevención, manejo médico agudo basado en la evidencia y a largo plazo alimentación, rehabilitación y prevención de complicaciones. La tercera y último nivel de la estrategia de gestión, posiblemente el más importante en términos de impacto funcional para el paciente, pero también quizás la más descuidada, es la rehabilitación a largo plazo y acceso limitado a las instalaciones de rehabilitación del sector público. (3)*

*Los especialistas en ética ahora se han asociado con las partes interesadas clínicas y familiares para desarrollar recomendaciones de consenso acerca de lo más éticamente apropiado y los enfoques clínicamente factibles para la implementación de técnicas avanzadas para detección de Trastornos de conciencia. (16)*

*Conclusiones: Algunos pacientes con Trastornos de conciencia tienen el potencial de recuperar conciencia, comunicación e independencia funcional. De hecho, esto nos pasa en nuestra institución, la recuperación de la conciencia puede ocurrir en cualquier momento del espectro temporal considerado (12 meses)...”, énfasis agregado.*

### **43.2.- La importancia de la intervención de los Comités de Bioética. La necesidad de no judicialización**

En las XVI Jornadas Nacionales de Derecho Civil (Buenos Aires, 1997) en el despacho F de la Comisión 9 -interdisciplinario: “Bioética y derecho civil”-, referente a la competencia de los Comités hospitalarios de ética, se consignó como conclusión:

*“Cuando la aplicación de procedimientos médicos supone la aparición de conflictos propios de la bioética, el consejo brindado por el Comité de bioética como fundante de la decisión del profesional de la salud debe ser considerado suficiente sin ser necesario el requerimiento del aval judicial como regla general”, énfasis agregado (CIRUZZI, María S., op. cit., pág. 255).*

Claramente estos Comités han sido creados para dictaminar frente a un conflicto concreto propio de la Bioética, razón por la cual, frente a una recomendación por ellos efectuada, como regla, debe ser considerada suficiente, y de tal manera evitar la judicialización de dichos conflictos.

En el caso bajo análisis, sin perjuicio de las opiniones brindadas por el CBH, tal como fue relatado, con fecha 15 de junio del corriente año, el Director del Hospital Municipal de Urgencias solicitó la intervención del “Comité Ley 10.058 -Muerte Digna”, a los efectos de lograr un criterio respecto de la controversia entre el CBH y el equipo médico tratante del paciente J.S.

La competencia para intervenir en el caso planteado, tal como fue precisado en el dictamen emitido, encuentra sustento normativo en el art. 21 bis de la Ley N° 10.058 - incorporado por la Ley N° 10.421- que prescribe que el Comité Ley 10.058 – Muerte Digna “...entenderá consultivamente (...), como así también de cualquier otra cuestión que por aplicación efectiva de la presente Ley se pudiere generar”; y luego en el art. 21 ter ib. el cual dispone que dicho Comité intervendrá cuando el paciente no hubiere formalizado su Declaración de Voluntad Anticipada, y la decisión fuere tomada por los representantes legales en los términos del art. 24 de la ley.

Con el fin de emitir un dictamen fundado, el Comité ofició con carácter de urgente al nosocomio para que sea remitida “...la totalidad de la historia clínica y registros complementarios que puedan existir para con ello, tener completa la base fáctica sobre la cual, se habrá de producir el respectivo dictamen...”, la que fue entregada

con fecha 22/06/2023.

Ello evidencia que la recomendación del Comité fue realizada luego de un estudio minucioso de toda la documental existente, necesaria a los fines de delimitar acabadamente la base fáctica del conflicto en cuestión.

Ahora bien, resulta importante destacar lo manifestado por el Comité en consonancia con la conclusión arribada en las XVI Jornadas Nacionales de Derecho Civil (1997): *“Comprendemos que con buen criterio el Hospital de Urgencia de la Ciudad de Córdoba, ha visualizado con mayor crédito para la Institución, el Equipo de Salud, el Comité de Bioética Hospitalario (en adelante CBH) y los familiares del Señor J.S., que la recomendación que habrá de brindarse será suficiente para evitar toda situación de judicialización del evento que implicaría mayores desgastes morales y dispendio temporal para todos los involucrados, comenzando por la familia del Señor J.S.”*, énfasis agregado (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

Empero, la recomendación no fue suficiente para el equipo médico del Hospital de Urgencias, lo que llevó indefectiblemente a la familia del Sr. J.S. a interponer la presente acción de amparo y, por ende, a judicializar el conflicto, provocando el *“desgaste moral y dispendio temporal para todos los involucrados, comenzando por la familia del Señor J.S.”*.

Ello así, pese lo advertido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación: *“...el Tribunal estima conveniente formular algunas precisiones respecto de **cómo deberán tratarse, en el futuro, situaciones en las que se pretenda hacer efectivo el derecho a la autodeterminación en materia de tratamientos médicos.***

*Que, para ello, resulta necesario recordar que esta Corte ha sostenido que la primera fuente de interpretación de la leyes su letra (Fallos: 307:2153; 312:2078 y 314:458, entre muchos otros) pero a ello cabe agregar que su comprensión no se agota con la remisión a su texto, sino que debe indagarse, también, lo que ella dice jurídicamente,*

*dando pleno efecto a la intención del legislador, y computando la totalidad de sus preceptos de manera que armonicen con el ordenamiento jurídico restante y con los principios y garantías de la Constitución Nacional (Fallos: 334: 13; CSJ 369/2013 (49-R) /CS1 'Rizzo, Jorge Gabriel (apoderado Lista 3 Gente de Derecho) s/ acción de amparo c/ Poder Ejecutivo Nacional, ley 26.855, medida cautelar', sentencia del 18 de junio de 2013).*

*De este modo, partiendo de estas premisas interpretativas, debe resaltarse que en lo que se refiere a esta importante cuestión y para el supuesto que aquí nos ocupa, **el legislador no ha exigido que el ejercicio del derecho a aceptar o rechazar las prácticas médicas ya referidas quede supeditado a una autorización judicial previa.***

*Esta conclusión, basada en la lectura del texto de la norma que no formula ninguna referencia a esta cuestión, se ve corroborada al acudirse a los antecedentes parlamentarios. De ellos surge que distintos **legisladores manifestaron en forma contundente que la normativa introducida pretendía evitar la judicialización de las decisiones de los pacientes** (conf. senadores Cano, Lores y Fellner, Diario de Sesiones de la H. Cámara de Senadores de la Nación, págs. 32, 39 y 49)...*

*...Por tal razón, **no debe exigirse una autorización judicial para convalidar las decisiones tomadas por los pacientes respecto de la continuidad de los tratamientos médicos, en la medida en que estas se ajusten a los supuestos y requisitos establecidos en la ley 26.529, se satisfagan las garantías y resguardos consagrados en las leyes 26.061, 26.378 y 26.657 y no surjan controversias respecto de la expresión de voluntad en el proceso de toma de decisión***, énfasis agregado (Consid. 30, 31 y 32, Fallos 338:556, D.,M.A. s/declaración de incapacidad).

En consonancia con lo expuesto, el Dr. Carlos Soriano manifestó en su declaración testimonial: “Una de las cosas fundamentales que se aconseja es no judicializar estos casos, porque se resuelve consensuando con el médico tratante y **no se revictimiza al**

paciente y los familiares, por ello el fallo lo aconseja, porque la ley es clara para actuar al respecto...” (Op. N° 107361367 de fecha 04/08/2023).

### **43.3.- Los sólidos fundamentos brindados por los Comités de Bioética intervinientes**

**43.3.1.-** El dictamen del “Comité Ley 10.058 -Muerte Digna” comienza describiendo la matriz normativa y jurisprudencial en análisis: “En el año 2009 en el orden nacional, se promulga la ley 26.529 que se la conoce como de ‘Derechos de los pacientes’, dicha ley, nunca entró en vigor porque no fue reglamentada. Ínterin de ello, se modifica el texto de la misma, como consecuencia de un caso conocido por su epónimo –Ley Camila (Herbón Sánchez)- (...) De tal modo, que tales criterios se incorporaron a la nueva ley del año 2012 y que se nombra como ‘Derechos de los pacientes y Muerte digna’ (adviértase el cambio en su denominación), que lleva el número 26.742. Dicha ley fue reglamentada mediante el decreto 1089/12 y es la vigente en este tiempo.

Promulgada la ley nacional antes dicha, la Legislatura de Córdoba, que había tenido algunos intentos fallidos en dictar una ley que incorporara las directivas médicas anticipadas o voluntad anticipada puesto que no tiene competencia para eximir de responsabilidad a los Equipos Médicos por seguir una directiva anticipada, como la ley 26.742 las incorpora con esa extensión, encuentra en dicha ley, el plafón suficiente para dictar una ley provincial en función del poder de policía que sobre materia sanitaria las provincias se reservan, así dicta una ley propia sobre un ámbito específico de dicha ley nacional, puesto que su interés estaba en avanzar en el campo de las voluntades anticipadas de los ciudadanos.

De cualquier manera habrá de hacer una limitación al carácter extenso que la ley nacional había dado al rechazo de la alimentación y/o hidratación. Dirá así la ley provincial 10.058 (2012) que tales medidas, son ‘cuidados mínimos no dispensables’ y

*por lo tanto, lo que una ley nacional permitía, una ley provincial negaba. La nombrada ley 10.058, se reglamenta mediante el Decreto 1276/14, entre otras cuestiones que allí se consideran relativas a la mecánica, funcionamiento y objeto del texto; también se crea el ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’, que ahora interviene. Con posterioridad en el año 2015 se reforma el Código Civil, dictándose un nuevo Código Civil y Comercial de la Nación y en tal lugar, se toman dos grandes secciones de la ley 26.742, esto es, lo que corresponde al consentimiento informado y lo relacionado con la alimentación y/o hidratación por una parte y por la otra, lo que concierne a directivas médicas anticipadas.*

*La legislatura provincial, atento a que ya no se trataba de una ley nacional que invitaba a las provincias a adherirse (ley 26.742) sino expresos artículos (59 y 60) del nombrado CCCN, **la ley provincial 10.058 debía adecuarse a dicho instrumento y por ello, se dicta la ley provincial 10.421 que retira del texto, el concepto de que los ‘cuidados mínimos no son dispensables’** y otros temas que ahora no importa revisar...*

*...En materia jurisprudencial existe el antecedente más significativo que se puede mencionar y que ha sido dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2015, antes de la reforma del Código Civil, es el caso ‘Marcelo Diez’. En dicho pronunciamiento, se pueden advertir dos cuestiones centrales, que aun no existiendo una directiva de voluntad anticipada efectivamente brindada, la misma puede conjugarse a partir de elementos probatorios de personas cercanas al fallecido, quienes dan fe que ese estado –estado vegetativo- no hubiera sido nunca aprobado por la persona, con lo cual se hace valer un suerte de voluntad anticipada de una persona que carece de conciencia, pero que alguien habla por él, porque conoce su misma realidad biográfica la puede reconstruir y decir...”, énfasis agregado (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).*

**43.3.1.1.-** La jerarquía que el Comité da al Código Civil y Comercial de la Nación se justifica porque precisamente la matriz bioética de éste se encuentra en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO, “...*que en modo expreso indica que la dignidad humana es el mismo fundamento de ella y, por lo tanto, se torna en principio activo, eje hermenéutico y sintetizador del mencionado instrumento. Por lo que, podrán existir situaciones de conflicto respecto a la diversidad de cuestiones que en torno a la bioética se puedan presentar y cuando ellas acontezcan, el criterio de resolución y eje hermenéutico de la deliberación moral y extensivamente también jurídica, estará centrada en pos a la manera en que mejor sea respetada la dignidad de la persona humana...*”, énfasis agregado (ANDRUET (h.), Armando S., *La matriz bioética del Código Civil y Comercial de la Nación. Las directivas anticipadas y la formación de los médicos para su utilización*, Publicado en: SJA 15/02/2017, 1 - Cita: TR LALEY AR/DOC/5010/2016).

Asimismo, el autor citado señala “*Puesto que en la mayoría de los casos en que los jueces habrán de tener que echar mano a la hermenéutica bioética, serán casos que bien podemos nombrar como difíciles o trágicos y por lo tanto, **los cercos normativos serán de muy baja altura** y la habilidad del discernimiento del juez estará entonces, por su misma capacidad de hacer un **buceo en los núcleos fundamentales que sostienen a la bioética para con ello, poder encontrar una respuesta que resulte adecuada...***

*...Sin embargo -y por ello la complejidad del problema-, es que tampoco se puede ocultar que se puede completar lo dicho, con otra lectura desde el propio CCiv.yCom. y que como tal, colocaría la sintonía fina del problema en la completa perspectiva del problema, esto es, desde la tradición de los derechos humanos toda vez, que la introducción expresa y totalmente novedosa que se hace en el sistema mediante la incorporación del art. 51, al postular la inviolabilidad de la persona humana y el*

*‘...derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad’; en realidad convierte a dicho art. 51 en seguramente el más importante de la totalidad de los que existen en el CCiv.yCom. Nada es posible en contra de la dignidad humana...’, énfasis agregado (ANDRUET (h.), Armando S., *La matriz bioética del Código Civil y Comercial de la Nación. Las directivas anticipadas y la formación de los médicos para su utilización*, Publicado en: SJA 15/02/2017, 1 - Cita: TR LALEY AR/DOC/5010/2016).*

En definitiva, siguiendo este razonamiento, no existe duda en orden a que, por vía de la dignidad humana, se ha producido una suerte de difuminación de una matriz bioética en el Código Civil y Comercial de la Nación cercana al modelo generativo de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Es imprescindible conocer dicha matriz bioética, porque ello permitirá identificar una suerte de estándar predispuesto y, en consecuencia, quien se ponga por sobre o bajo el mismo, deberá dar muy buenas razones.

**43.3.1.2.-** Por otro lado, lo señalado en el dictamen respecto de la doctrina sentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “*Marcelo Diez*”, priva de sustento a lo alegado por la demandada en orden a “la inaplicabilidad del caso mencionado” con base en que se trata de supuestos de hecho distintos por el tiempo transcurrido. Ello por cuanto el *holding* del fallo radica en la reconstrucción de la voluntad del paciente, a través de los testimonios de los familiares, cuando se encuentra imposibilitado de manifestar su voluntad y no ha dejado una directiva anticipada, “promoviendo la atención y respeto al modelo autonómico del sujeto” y reconociendo al principio de la dignidad humana como núcleo de toda hermenéutica judicial.

**43.3.2.-** Asimismo, el dictamen determina “*La centralidad de lo controvertido*”, explicando que “*Se reduce específicamente -en las lecturas de los actores centrales- a la temporalidad que debería tener el estado vegetativo que tiene el Señor J.S., para*

*que, según dice el Equipo médico pueda ser considerado que el mismo es entonces irreversible. A este efecto señala tal ámbito que se debe contabilizar al menos 12 meses y para lo cual, se cita la exigencia misma que recoge del art. 5 de la ley 10.058 modif. 10.421...”, énfasis agregado.*

*Luego refiere a la opinión del CBH y dice “...sin desconocer la irreversibilidad que pueda existir, sino además, sumando al análisis elementos que se ubican en la condición más biográfica de la persona y no solo biológica de ella, señalan que ante la imposibilidad de una supervivencia con una calidad de vida mínima aceptable, se debe orientar un diálogo que abra el camino para la limitación de los esfuerzos terapéuticos y tratamientos de soporte vital y adecuar cuidados paliativos correspondientes”.*

*En efecto, el CBH en la nota del 16/06/2023 expresó “...Como Comité de Bioética consideramos que la familia siempre estuvo informada respecto a que los tiempos para establecer la irreversibilidad del cuadro no se habían cumplido, el equipo médico explicó de esta situación a la familia, pero ellos fueron más allá de los tiempos, tuvieron en cuenta la pérdida en J. de sus características de persona (conciencia, comunicación, afectividad, etc.) y en cuanto al pronóstico desfavorable de secuelas graves del que fueron informados desde el primer momento en Terapia Intensiva, consideraron que J. no hubiese querido verse así, ‘si se viera así un segundo se las ingenia para matarse y es muy creativo’.*

*Otro criterio a tener en cuenta es el de las condiciones socio-económicas-familiares, nos encontramos ante un paciente sin cobertura social, que vivía en situación de extrema precariedad (paredes sin revoque, ventanas con nylon, baño semi-instalado, etc.) y quien no tiene red familiar de contención que pueda acompañarlo y asistirlo llegado el momento del alta hospitalaria, debido a que todos los familiares en este caso principalmente los hijos, presentan una economía de subsistencia, con trabajos*

*múltiples para satisfacer necesidades básicas.*

*Este último criterio es necesario ponerlo en juego en el análisis considerando la calidad de vida del paciente y familia, además de su situación de pobreza, se debe tener en cuenta la escasa o casi nula respuesta del estado ante los pacientes secuestrados (si es que J. llegase a una instancia de recuperación), el Estado no cuenta con centros de rehabilitación públicos con internación que sería la necesidad de J. al alta hospitalaria, tampoco brinda los elementos para una internación domiciliaria como por ejemplo bomba de alimentación (desde hace dos años el Ministerio de Salud de la Provincia, no provee este recurso para pacientes secuestrados de este hospital). El afuera posible de J. es prácticamente imposible.*

*Ante esta vulneración de derechos de J. y su familia que se produjo por la ausencia de información adecuada respecto a la última decisión médica de reconectar después de cinco días de haber suspendido medidas de hidratación y alimentación, la asincronía de los tiempos de valoración neurológica, realizados posteriormente a la firma del consentimiento informado y después de 88 días de internación, la interrupción de dos momentos en que la familia comenzó su proceso de duelo (al firmar el primer consentimiento y el segundo consentimiento), el irrespetar la voluntad de los familiares expresada en el consentimiento informado, fuente principal de la autonomía y derechos de los pacientes.*

*Se recomienda que se respeten los consentimientos anteriormente firmados y se brinden todas las garantías del derecho de J. a morir dignamente, respetando el deseo del paciente, expresado en forma oral a sus subrogantes a tener una Muerte Digna, evitando el proceso de deshumanización que se produce ante la prolongada internación (96 días) en un hospital de agudos donde no se realiza la rehabilitación adecuada debido al perfil hospitalario y de esta manera evitar un deterioro mayor, difícil de contemplar para sus seres queridos y de vivir en su corporeidad. **Su***

*corporeidad que era el motor que le permitía desplazarse por el mundo en búsqueda de sus proyectos, en la actualidad lo mantiene atrapado y aparece con tanta violencia disruptiva, que es él, pero a la vez no lo es. Ese vacío que representa su cuerpo en una actitud meramente biológica, emerge ante los familiares, que asumen una actitud de respeto a su autonomía y reclaman por sus derechos más allá de los criterios de tiempos de irreversibilidad establecidos”, énfasis agregado (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).*

**43.3.3.-** Por otro lado, el Comité de la Ley 10.058 Muerte Digna en su dictamen hace referencia al contenido del consentimiento firmado en dos oportunidades por la familia de J.S.: *“Corresponde recordar que la totalidad de la familia de J.S. han firmado y/o postulado dos veces un consentimiento informado, donde refieren su deseo que al Señor J.S., le retiren todos los soportes vitales periféricos y se ajuste la adecuación del esfuerzo terapéutico...”*.

En efecto, surge de las constancias de autos que los familiares de J.S. solicitaron dos veces la adecuación del esfuerzo terapéutico mediante el retiro de las medidas de soporte vital, específicamente la hidratación y alimentación artificial (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

Sobre el particular, se ha señalado que *“...el soporte vital incluye aquellas medidas que prolongan la vida biológica y, en algunas circunstancias, proporcionan el tiempo necesario para la recuperación de los pacientes pero per se no revierten la enfermedad del paciente.*

*Es indudable que el prototipo de las medidas de soporte vital lo constituyen procedimientos como las técnicas de circulación asistida, los sistemas de oxigenación extracorpórea, la reanimación cardio pulmonar, ventilación mecánica, depuración extrarrenal o la utilización de derivados sanguíneos o sustancias vasoactivas. Sin embargo, de forma casi universal se acepta que en la definición de soporte vital se*

*incluyen también otras medidas aparentemente menos complejas, desde un punto de vista tecnológico, o menos costosas, como ciertos tratamientos farmacológicos, citostáticos, antibióticos y diuréticos, así como la nutrición y la hidratación artificiales*” (C. BOUZA-ÁLVAREZ, *Medidas de soporte vital en un paciente en estado vegetativo persistente*, Magíster en Bioética Médico intensivista. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España).

Destacada doctrina afirma que “...*la hidratación artificial es una intervención terapéutica que suministra líquidos por medios diferentes a los que apela usualmente una persona que incorpora algo a su boca y lo deglute. Pues tiene una indicación médica esencial de conservar el equilibrio hídrico, es decir, compensar las pérdidas fisiológicas y patológicas, por una vía diferente a la ingesta oral -enteral o parental-. Cuando se trata de recibir o proporcionar alimento o fluidos nutricios de cualquier otra manera que no sea la ingestión oral, se dice que es una alimentación artificial*” (Vid Boletín del Consejo Académico de Ética de la Medicina, vol. 9, N° 1, 2012, citado por en ANDRUET (h), Armando S., *Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna). Derecho, Bioética y Ética*, Advocatus, Córdoba 2015, pág. 131).

La American Academy of Neurology ha dicho que cuando un paciente ha sido correctamente diagnosticado como un estado vegetativo persistente, cuando resulta claro que el paciente no desearía continuar con más tratamiento médico, y la familia acuerde con el paciente, toda medida terapéutica, incluyendo la provisión de nutrición e hidratación artificial, debe ser interrumpida (Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient. Adopted by the Executive Board, American Academy of Neurology, apr. 21, 1988, Cincinnati, Ohio, “Neurology”, vol. 39, n° 1, 1989, p. 125 y 126, CIRUZZI, María S., op. cit., pág. 38).

Es menester aclarar que los pacientes en estado vegetativo persistente y/o permanente

no sienten hambre o sed, “*porque todo eso se maneja con la corteza cerebral*” que no tienen. Después de haber retirado alimentación e hidratación artificial mueren de un desequilibrio hidroelectrolítico, por lo tanto, terminan muriendo de la enfermedad que tienen, ya sea el EVP traumático o hipóxico, no de hambre o sed; por lo tanto, no se los deja morir, sino que se deja que la naturaleza actúe sin interferir con tratamientos fútiles que sólo conducen a una muerte indigna (cfr. declaración del Dr. Soriano Op. N° 107361367 del 04/08/2023).

**43.3.4.-** A continuación, los miembros del Comité reflexionan sobre el fondo del problema en ciernes. Para ello presentan las siguientes cuestiones que ayudarán a arribar a una definición y orientar la recomendación, así: “1) *¿Tiene la centralidad que se le ha dado, la temporalidad del estado vegetativo persistente?*, 2) *¿Existe alguna otra vía explorable, que permita superar el dilema bioético que se presenta?*”

*Respecto a la primera cuestión, corresponde señalar que si bien es cierto que la ley 10.058 modif. 10.421 ha dado una descripción que se compadece con lo que técnicamente las sociedades científicas sostienen, en orden a que recién después de doce meses, cuando el estado vegetativo persistente es por lesión traumática, se puede señalar que el mismo es permanente y de ello se sigue por lógica definición su ‘irreversibilidad’, cabe agregar, que dicho artículo 5 (10.058 modif. 10.421) en donde ello consta, en rigor no debe ser tenido como una norma de naturaleza prescriptiva fuerte, toda vez, que es un artículo en donde se clarifica definiciones y conceptos, entre ellas la de ‘estado vegetativo permanente’ (art. 5 inc. ‘g’), pero que sin embargo deja abierta a otras que pueden establecerse por vía reglamentaria o que extensivamente la propia dinámica evolutiva de la ciencia médica y su aparatología puedan presentarse con mayor efectividad.*

*De tal manera que se puede señalar, que la naturaleza prescriptiva de dicho artículo es débil, porque al fin, puede cambiar porque los parámetros médico-clínicos que se*

tienen en cuenta sean otros o porque siendo los actuales, deben compatibilizarse con los demás elementos que se han venido a sumar a la reflexión, como es el mismo Código Civil y Comercial de la Nación.

En dicho orden, es siempre una hermenéutica jurídica válida en todo terreno, y por ello no se excluye al que nos ocupa, que la norma especial gobierna sobre la norma general y ello lleva a tener que reconocer, **que lo especial en la ley 10.058 modif. 10.421 es la Voluntad Anticipada, en cuanto que su implementación orienta un camino de muerte digna y no, la matriz del consentimiento informado que está establecida como central en el texto del art. 59 del CCCN y a lo cual, la ley provincial no hace ninguna mención.**

Puesto en movimiento ambos núcleos reflexivo-normativos, emerge que la cuestión de haber pasado o no, el tiempo previsto en la definición del art. 5 inc. 'g' de la ley 10.058 modif. 10.421, pierde potencialidad, porque en rigor de verdad lo que está en juego, es otra cosa. Es si los familiares del Sr. J.S., pueden hacer valer como si fuera una Voluntad Anticipada, lo que han sostenido que como tal no desearía J.S. para sí, esto es, verse en esa condición de asistido mecánicamente atento a su estado vegetativo persistente. Tal aspecto, lo han hecho valer en modo incontestable en las distintas evaluaciones que ha tenido con el CBH, la hija –R.M.S.O.- y también por la misma hermana de J.S., quien la referencia a la antes dicha, como la persona más próxima al paciente y por ello, **quien mejor podía reflejar dicha condición de voluntad.**

En cuanto corresponde a la segunda cuestión que se ha señalado, y dicho lo anterior, corresponde entonces tener por suficientemente asimilada la condición de autonomía de la voluntad de J.S., hecha valer por sus representantes. De tal guisa, que si las personas libremente pueden hacer valer una directiva anticipada rechazando una determinada acción como la que en este caso está en juego (vinculada con el rechazo

*y/o retiro del soporte vital de alimentación y/o hidratación), no habría ninguna razón justificada para no hacer valer igualmente ello, cuando la directiva anticipada es realizada ex post mediante sus representantes tal como la ley 10.058 modif. 10.421, lo permite en el art. 21 ter y que al fin, es lo que habilita la competencia funcional de este 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna' por ser ello, una materia específica al contenido y alcance de la voluntad anticipada.*

*No permitirlo, sería sin duda generar una afectación a la igualdad de derechos de las personas, puesto que, quienes están sanos y hacen una directiva médica anticipada o voluntad anticipada, pueden adelantar su negativa a recibir determinadas prácticas de soporte vital; mientras que otros, estando gravemente enfermos, pero no cumpliendo con los estándares de incurabilidad, irreversibilidad y no terminalidad; sin haber dejado una directiva médica anticipada, se encontrarían en ejercicio de un derecho personalísimo con menor entidad o potencia, que el que asiste a otras personas que han cumplido con la voluntad anticipada o directiva médica anticipada.*

*A tal efecto el art. 59 del CCCN que se ocupa del 'Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud' y que reproduce cuasi textualmente el art. Respectivo de la ley 26.742 sobre igual materia, dice: 'inc. g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que o coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;' **De esta norma resulta que el concepto de irreversibilidad con independencia si son tres meses o doce**, es una condición junto a otras que deben cumplir las personas que se encuentran en tales estados clínicos para*

*rechazar el esfuerzo terapéutico...*” (sic), énfasis agregado, (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

De este modo, el Comité da fundamentos suficientes de por qué la temporalidad (12 meses) del estado vegetativo no posee la centralidad que la demandada y el equipo médico le ha dado, con sustento en lo prescripto en el art. 5 inc. e) de la Ley N° 10.058, modificada por la Ley N° 10.421.

En primer lugar, porque el art. 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, al cual debe adecuarse la Ley N° 10.058, utiliza el concepto de irreversibilidad con independencia del tiempo transcurrido.

En segundo término, porque la definición contenida en la norma provincial puede variar según los avances de la ciencia médica, tal es así, que la demandada alega que hoy el plazo va de “12 a **18 meses**”. Entonces si cada provincia, en ejercicio de su poder policía sobre materia sanitaria, dictase una ley estableciendo un plazo para la configuración de una situación de “estado vegetativo permanente”, los ciudadanos argentinos, por el hecho de residir en una provincia u otra, se encontrarían en desigualdad de condiciones a la hora de ejercer un derecho personalísimo como es la negativa a someterse a medios o tratamientos de encarnizamiento terapéutico, que pretendan prolongar de manera indigna su vida.

Por ejemplo, si en otra provincia se dictara una ley que adopte como criterio de temporalidad “los 18 meses” para pasar de estado vegetativo persistente a permanente, cuando la causa es una lesión traumática, ¿en esa provincia los médicos deberían aguardar 18 meses, a diferencia de lo que está regulado en la Ley N° 10.058 de Córdoba? Y, si en una provincia no se regula nada, entonces ¿se aplicaría el CCyCN, en el cual no se fija un tiempo determinado para definir la irreversibilidad?

Ello supondría la existencia de “*cuerpos normativos superpuestos y contradictorios en temas que precisamente parece que el orden jurídico tiene que ser muy cuidadoso*”

*puesto que está en juego, nada menos que la sensibilidad de las personas en los procesos de salud-enfermedad y muerte...*” (ANDRUET (h.), Armando S. (E.D.), *Las Directivas Médicas Anticipadas y su Conocimiento Profesional Médico-Jurídico*, Alveroni, Córdoba 2016, pág. 174/175), generando una clara violación del derecho a la igualdad regulado en el art. 16 de la C.N.

De allí que, acertadamente, el Comité destaca que la temporalidad fijada en el art. 5 inc. e) de la Ley N° 10.058 no tiene la centralidad que le atribuye la demandada, sino que el *quid* de la cuestión radica en la “Voluntad Anticipada” regulada en la mencionada ley, que en este caso, al no haber firmado J.S. el formulario de V.A., esa voluntad es reconstruida *ex post* por el testimonio de los familiares.

En cuanto a la reconstrucción de la voluntad manifestada en ejercicio de la autonomía que tiene el sujeto, el Máximo Órgano Jurisdiccional de la Nación sostuvo “...*Por aplicación del sistema establecido por el legislador, son determinadas personas vinculadas al paciente -impedido para expresar por sí y en forma plena esta clase de decisión-*’, los que hacen operativa la voluntad de este y resultan sus interlocutores ante los médicos a la hora de decidir la continuidad del tratamiento o el cese del soporte vital...

*...En efecto, no se trata de que las personas autorizadas por la ley ~en el caso, las hermanas de M.A.D.-, decidan la cuestión relativa a la continuidad del tratamiento médico o de la provisión de soporte vital de su hermano en función de sus propios valores, principios o preferencias sino que, como resulta claro del texto del artículo 21 de la ley 24.193 al que remite el artículo 6° de la ley 26.529, ellas **solo pueden testimoniar, bajo declaración jurada, en qué consiste la voluntad de aquel a este respecto.***

*Los términos del artículo 21 de la ley son claros en cuanto a que, quienes pueden transmitir el consentimiento informado del paciente **no actúan a partir de sus***

*convicciones propias sino dando testimonio de la voluntad de este. Es decir que no deciden ni ‘en el lugar’ del paciente ni ‘por’ el paciente sino comunicando su voluntad”, énfasis agregado (consid. 22 Fallos 338:556 D.,M.A. s/ declaración de incapacidad).*

Destaca Andruet que *“Justamente la mencionada situación de formalizar la declaración de voluntad del Sr. Marcelo Diez en dicha forma reestructiva e histórica, es lo que nos permite indicar de ella, que es algún modo, un consentimiento retrospectivo, puesto que sus hermanas dicen bajo juramento lo que de su hermano escucharon a este respecto y ello, afirma la Corte, no ha sido contrareestado por ninguna otra vía (Cfr. consid. 29).*

*A la vez, lo que se reconstruye históricamente es una declaración dada por el Sr. Diez imposibilitado en el presente para brindarla; pero el objeto de dicha reconstrucción paradójicamente es una voluntad proyectiva de que frente a una situación física como la que culminó siendo, dejó traslucir acerca de cuales eran sus preferencias vitales y existenciales; por todo ello es que destacamos, que desde ese punto de vista, se trata de un consentimiento de tipo proyectivo (...) y que es el que se conjuga en todas las formulaciones de directivas anticipadas, puesto que se está consintiendo a futuro una determinada acción u omisión a ser cumplida por parte del equipo médico...” ( ANDRUET (h.), Armando S. (E.D.), *Las Directivas Médicas Anticipadas y su Conocimiento Profesional Médico-Jurídico*, Alveroni, Córdoba 2016, pág. 145/146).*

Compartimos la conclusión del autor citado en orden a que este tipo de conjugación de la voluntad responde a un consentimiento “retro-proyectivo”.

De allí, que en el dictamen se concluye: *“Todo ello es lo que explica de la mejor manera posible, porque la ley provincial y en consecuencia este mismo ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’, tiene por denominación de ‘Declaración de voluntad anticipada – Muerte digna’.*

*A tal respecto vale la pena aclarar, que no azarosamente hemos indicado en el párrafo anterior, ‘rechazo y/o retiro’ del soporte vital, porque el Señor J.S. inicialmente y a solicitud de la familia y la intervención del CBH, fue el Equipo médico quien procedió a hacer una adecuación del esfuerzo terapéutico y con ello, ‘retirar’ el soporte y atender paliativamente la salud y síntomas del paciente; mas como luego, una nueva reflexión del Equipo médico llevó a que volviera a ser reinstalado el soporte vital –inconsulta la familia de J.S.-, la solicitud que ahora se formula por el colectivo familiar –de subsistir ella- sería propiamente de ‘rechazo’ a esa nueva definición.*

*O sea que se está haciendo valer en tiempos sucesivos, por los familiares de J.S. tanto el ‘retiro’ como el ‘rechazo’ de operaciones (acciones y/u omisiones) que en este caso, se refieren a la alimentación y/o hidratación y que tal como se ha dicho, no es ello un campo específico sino solo incidental de la ley 10.058 modif. 10.421 y que, a juicio de las observaciones de la secuencia cumplida en el caso del Señor J.S., no se le habría dado la entidad completa que tiene ya que puesta en su completa dimensión la voluntad anticipada que se hace valer retrospectivamente por la intervención de los representantes del paciente, es que permite materializar diferente la misma apreciación de la ‘irreversibilidad’ que se ha nombrado y que se advierte entonces, que tiene una razón de ser, no solo médico-neurológica sino también jurídica que se asienta en lo normado por el art. 59 del CCCN.*

*Continuando con dicho derrotero en la presente deliberación y ahora mirando el art. 1 de la ley 10.058 modif. 10.421 se puede leer que allí dice: ‘La presente ley tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona –con plena capacidad de obrar- a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida’.*

*Dicho texto, naturalmente que guarda semejanza interpretativa con el que luce en el art. 60 del CCCN que regula las Directivas Médicas Anticipadas, y dice: ‘La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad...’.*

*De tal guisa, que todo aquello que una persona con estado de lucidez puede consentir admitiendo o negando, es lo que también puede dejarlo a futuro destacado en una voluntad anticipada para el caso que por diferentes razones, dicha persona no tuviera lucidez suficiente para hacerlo ulteriormente.*

*A la luz de ello, cuando se revisa el alcance que tiene el art. 59 del CCCN, cuando habla allí del consentimiento informado, lo está explicando al mismo en un contexto de la persona en cuanto que no ha dejado una directiva médica anticipada o cuando no se puede reconstruir ex post ella –como se ha hecho en este caso- acerca de cuál hubiera sido dicha directiva médica anticipada o voluntad anticipada. Dicho artículo –si bien, iteramos- refiere a personas que no han dejado voluntad anticipada y por ello es que destaca que esa persona se debería encontrar en ciertos estados fácticos sanitariamente hablando, esto es, padeciente de una enfermedad irreversible, incurable, estado terminal o haber sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, es que podrá rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, de alimentación, reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital.*

**En nuestro caso, según comprende este ‘Comité Ley 10.058-Muerte Digna’, la asimilación de haber podido reconstruir una voluntad anticipada por el Sr. J.S. mediante la cual, ha negado ser sujeto pasivo de alimentación y/o hidratación o medidas de soporte vital, hace completamente innecesario estudiar si su situación es como de quien no hubiera dejado una voluntad anticipada y por lo cual, se debería colocar claramente una atención preferente en los estados sanitarios fácticos en que esa persona se encuentra y para lo cual, el concepto de enfermedad irreversible,**

*incurable o estado terminal tienen una entidad que ahora no resulta propia de este análisis*”, énfasis agregado (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).

**43.4.-** En conclusión, el dictamen del “Comité Ley 10.058 -Muerte Digna” deja en claro que la temporalidad del estado vegetativo persistente, en el que hoy se encuentra J.S., no tiene la centralidad que la demandada le atribuye, por los motivos ya expuestos.

Luego para dar una respuesta que permita superar el dilema bioético que presenta el caso de J.S., teniendo como eje hermenéutico la dignidad humana, matriz del Código Civil y Comercial de la Nación, destaca el derecho que de ella se deriva, a la autodeterminación, es decir el derecho de toda persona a decidir su propio proyecto de vida.

De tal modo, resulta trascendental la autonomía de la voluntad, que en el caso de J.S., se traduce en la autonomía del sujeto, no del enfermo; de un sujeto que no ha tenido la posibilidad de hacer adhesión a la realización de prácticas futuras, mediante la ejecución del instrumento jurídico-bioético, denominado en la Ley N° 10.058, modificada por la Ley N° 10.421, como “Declaración de Voluntad Anticipada”. Ahora bien, dicha circunstancia no puede constituir un obstáculo para hacer valer su voluntad, cuando ésta ha sido reconstruida por los testimonios de sus familiares, quienes han prestado su consentimiento en dos oportunidades.

Asimismo, el dictamen no soslaya que la solicitud firmada por la familia del paciente fue en principio respetada por el equipo médico, el cual el día 10/06/2023 procedió a hacer la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico y, en consecuencia, retiró el soporte vital, atendiendo paliativamente la salud y síntomas del paciente; mas luego, con fecha 14/06/2023 el mismo equipo médico, sin dar aviso a la familia, lo reinstaló. De allí, que coincidimos con la opinión del CBH: *“Como integrantes del CBH nos preguntamos: ¿Por qué, no consideraron este impedimento en la reunión anterior*

*realizada con la familia el día 5 de junio de 2023? Si bien el tema de los tiempos necesarios para declarar la irreversibilidad del cuadro, se plantearon como un motivo por el que no se había respetado la suspensión de hidratación y alimentación solicitada por la familia el día 04/05/2023, ante esta explicación la familia sostuvo la decisión de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico en dicho sentido, debido a considerar el criterio de irreversibilidad de J. desde la concepción de pérdida de atributos de persona. El equipo médico procedió a evaluar el estado neurológico de J. el 08/06/2023 y el 09/06/2023 (según informan en la nota presentada), 88 días posteriores a su ingreso (sin informar a la familia de las respuestas obtenidas en dicho examen). **Posteriormente a dicha valoración, suspendieron medidas de hidratación y alimentación el día 10/06/2023, momento en que se colocó en la Historia Clínica el consentimiento informado firmado por todos los integrantes de la familia.***

***El día 14/06/2023, cinco días después de haber suspendido hidratación y alimentación, presentaron la nota de negativa de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico y ese mismo día reiniciaron las medidas de hidratación y alimentación, tomando la decisión de manera unilateral debido a que la familia sostenía su decisión de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico, aún después de ser informada del documento presentado por el equipo de salud tratante.***

*Se considera este acto médico como una vulneración de derechos, en razón de que se efectivizó sin consultar e informar a la familia, debido a que los hijos, después de la reunión en la que el director informó de la existencia de esa nota, continuaron con la decisión de suspender las medidas y de no realizarle ningún estudio diagnóstico más, en esta instancia de la AET (5 días de suspensión)...*

*...Un acto que vulnera los derechos del paciente y la familia que ha iniciado el proceso de duelo en dos oportunidades, quienes, en este transcurso de toma de*

*decisiones informadas, fueron consistentes en su deseo de respetar la voluntad transmitida por J., cuando se encontraba en pleno uso de su conciencia. Y buscaron contención psicológica, legal y religiosa para tomar esta decisión dolorosa que definieron como ‘un acto de amor’, ‘el mayor acto de amor hacia J.’.*

*El impacto emocional de esta decisión tomada de manera unilateral, en quien fue la principal portavoz del grupo familiar, la hija con la que J. sostuvo mayor vínculo hasta los días previos a su internación y con quien convivía, provocó ataques de pánico y asistencia en institución psiquiátrica de emergencia...” énfasis agregado (Op. N° 13627589 de fecha 29/06/2023).*

En suma, como señalamos al comienzo, lo relevante a los fines de dar una solución al caso bajo análisis es garantizar a J.S. una muerte digna.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos ha caracterizado a la buena muerte como *"aquella libre de todo sufrimiento evitable para los pacientes, familiares y cuidadores, congruente con los deseos del paciente y su familia, y consistente con los estándares clínicos, culturales y éticos"* (Vid Boletín del Consejo Académico de Ética de la Medicina, Vol. 9, No 1 (2012), consulta en sitio <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/view/1581/1462>, última consulta 11.IX.13).

Al respecto, afirma Andruet *“...hemos siempre preferido referirnos a este tipo de circunstancias que parecen rodear al concepto de muerte digna, como aquellas que forman no un mero ornato del espectáculo del proceso de la muerte del otro, sino con las características sustanciales y que están puestas en condición del aseguramiento de la auténtica buena muerte del hombre que se materializa en un cuidado proceso del morir, y donde la práctica médica en algún momento deja de curar y sólo pasa a cuidar y en dicha instancia, permite según las circunstancias de la enfermedad de cada quien, que se puedan hacer o intentarlo por parte del muriente, las propias*

*síntesis biográficas materiales y trascendentales que crea que corresponden efectuarse en tal oportunidad irrepetible. Por todo ello, es el concepto que bioéticamente resulta más adecuado para el representado por el imaginario colectivo de muerte digna, el de ortotanasia y que encierra entonces las connotaciones que lo potencian sanamente durante el proceso, y el acto de morir; como también de las atenciones y de los respetos que cabe brindarle a quien muere” (ANDRUET (h.), Armando S., *Exégesis jurídico-bioética mínima de las directivas anticipadas*, Publicado en: DFyP 2013 (diciembre), 152, TR LALEY AR/DOC/4121/2013).*

Se trata del valor que cabe brindarle a los “procedimientos de alimentación y/o hidratación” en personas que se encuentran en estados vegetativos y que, por lo tanto, no han dejado de ser personas, y merecen una dignidad que les corresponde por el sólo hecho de serlo; pero sin embargo esa misma dignidad es puesta en crisis, cuando los procedimientos que se pueden manipular sobre la naturaleza humana, comienzan a afectarla severamente y, por lo tanto, lejos de ser procedimientos dignificantes son claramente no beneficiantes y, por ello, de una caladura típica de encarnizamiento terapéutico (ANDRUET (h.), Armando S., *Las Directivas Médicas Anticipadas y su Conocimiento Profesional Médico-Jurídico*, Alveroni, Córdoba 2016, págs. 170/171).

Señala Soriano, haciendo referencia a pacientes como J.S. que no pueden alimentarse naturalmente y que necesitan ser alimentados por medio de sondas, que éstas acarrear múltiples inconvenientes como escaras e infecciones, tal como está padeciendo J.S. Por tal motivo, precisa que en la literatura sobre el tema se considera “...en determinados casos a la nutrición artificial como ‘un tratamiento médico desproporcionado’. A este respecto, múltiples tribunales han fallado a favor del retiro de la misma en todo el mundo. Podría tomarse como casos paradigmáticos al de Nancy Cruzan, en Estados Unidos, o al de Anthony Bland, en Inglaterra...” (SORIANO, Carlos, *Morir con Dignidad en Argentina: verdad o utopía*, Âlaya

Servicio Editorial, Córdoba 2022, pág. 42).

Vale decir, que las medidas o tratamientos médicos para resultar proporcionados a la situación clínica del paciente deben ser analizados en relación con las perspectivas reales de su mejoría, sin que aquellos sólo logren posponer en el tiempo la muerte o causen sufrimientos desmesurados, pues ello no se condice con el derecho fundamental a una muerte digna.

Como dice Soriano resulta mucho más sencillo comprender qué es la dignidad al pensar en personas adultas, competentes, en pleno uso de sus facultades mentales, mientras que, respecto de alguien internado, que se encuentra en un estado vegetativo persistente, pareciera que la dignidad como tal queda subsumida bajo la sacralidad de la vida del paciente, que emerge como criterio que a veces termina justificando, contrariamente, una muerte indigna.

*“Es justamente en dichos estados en los que un ser humano, incluso con la mejor de las intenciones, puede degradar a otro, ya que la muerte indigna no precisa de mala intención. Eso se da, precisamente, porque los límites de dignidad se ven desdibujados y porque tanto los profesionales de salud como los familiares de los pacientes, muchas veces no tienen en claro hasta qué punto la dignidad del paciente entra en conflicto con los tratamientos médicos para extenderle artificialmente la vida”* (SORIANO, Carlos, op. cit. pág. 22).

En definitiva, los sólidos fundamentos de los dictámenes emitidos por los Comités de bioética intervinientes, no han logrado ser conmovidos por la demandada, la que insiste en la necesidad de cumplimiento del plazo exigido por el art. 5 inc. e) de la Ley N° 10.058 -modificada por la Ley N° 10.421- a los fines de que el estado vegetativo de J.S. sea considerado permanente, mediante una mera subsunción normativa, que desconoce no sólo el resto del marco jurídico aplicable, cuyo eje es la dignidad humana, sino además el conflicto bioético que subyace y que ha sido claramente

resuelto por el “Comité Ley 10.058 -Muerte Digna”.

#### **43.5.- El mantenimiento de las condiciones bajo las cuales fue emitida la recomendación del “Comité Ley 10.058 - Muerte Digna”**

El “Comité Ley 10.058 - Muerte Digna”, en su dictamen, recomendó al Señor Director del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba, “...*que se brinde curso favorable sin dilaciones inadecuadas ni indebidas a la solicitud de la familia del señor J.S. de retirarle las medidas de sostén vital y, de asegurar de igual modo, los cuidados paliativos integrales al nombrado paciente*”.

Ello siempre que se den dos condiciones: a) asegurar que la familia no haya decidido revocar su directiva médica anticipada hecha valer por representación y b) que subsista, en la actualidad, el estado clínico del paciente.

No existe duda alguna respecto de la subsistencia de la primera condición.

En cuanto a la segunda, tal como ha sido reseñado, con fecha 04/09/2023 (Op. N° 14412965) los apoderados de la Municipalidad de Córdoba adjuntaron, tras el dictado del decreto de autos, “EPICRISIS” desde el día 30/06/2023 al 29/08/2023 e informe de laboratorio de fecha 29/08/2023 del paciente J.S.

En la “EPICRISIS” se informa: “...*Paciente masculino cursando internación en sala común con diagnóstico de TEC grave, en plan de control evolutivo. **Intercurre con varios episodios febriles** por lo que se realizan cultivos (sangre, aspirado traqueal y orina), junto con imágenes (Radiografía de Tórax y TAC de tórax) siendo el urocultivo positivo para *Pseudomonas aeruginosa*. Se efectúa diagnóstico de Infección del tracto urinario en repetidas ocasiones aislándose constantemente la misma bacteria. Cumple correctamente tratamiento con Antibiótico terapia endovenosa: Piperacilina Tazobactam en un primer momento y con Amikacina en la última infección, sin repetir registros febriles. El 14/8/2023 presenta movimientos espasmódicos (**símil convulsiones parciales**) por lo que se realiza carga de diazepam*

*junto con carga y mantenimiento de levetiracetam. Dichos movimientos no se vuelven a reiterar. El 24/8/2023 se desplaza la sonda de alimentación percutánea por lo que el servicio de Cirugía la recoloca, controlando el procedimiento con una Fistulografía sin complicaciones. Se realizan curaciones cada 48 hs de escara sacra, con arginato de calcio según indica servicio de Cirugía Plástica. En seguimiento por Enfermería, Kinesioterapia y Fonoaudiología. Paciente afebril, hemodinamicamente estable.*

*Examen físico:*

*Neurológico: **paciente presenta un estado vegetativo persistente. No responde ordenes simples**, presenta apertura ocular espontánea con parpadeo, pupilas isocóricas reactivas y simétricas, reflejo tusígeno positivo. Respuesta intermitente entre flexión y extensión ante estímulos dolorosos. Diferentes servicios han objetivado en ocasiones apertura bucal espontánea y fijación de mirada. Abordaje neuromotor: mantiene tronco en sedestación.*

*Cardíaco: R1- R2 normofonéticos, ruidos netos, silencios o impresionan libres, ingurgitación yugular negativa, sin edema en miembros inferiores, pulsos periféricos presentes simétricos. Relleno capilar <2 segundos.*

*Respiratorio: Traqueostomía, Tórax simétrico, buena mecánica ventilatoria, buena entrada bilateral de aire, murmullo vesicular presente, sin ruidos sobreagregados.*

*Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, con gastrostomía. Diuresis por sonda vesical con ritmo conservado. **Presenta escara sacra grado III**”, énfasis agregado (Op. N° 14412965).*

Tal como fue relatado precedentemente, este Tribunal, por mayoría, en Auto N° 280 de fecha 06/09/2023 (Op. N° 108548528), ordenó la intervención del COPRAMESAB y del “Comité Ley 10.058 - Muerte Digna” a los fines de que informen si la Epicrisis adjuntada importa una modificación significativa con estudios anteriores y describan el diagnóstico clínico del Sr. J.S.

En cumplimiento de lo ordenado, el “Comité Ley 10.058 -Muerte Digna” en informe de fecha 08/09/2023 (Op. N° 108679914 del 11/09/2023) expresó, mediante juicio unánime de la totalidad de sus integrantes: “...*el diagnóstico del paciente J.S. es el que se encuentra indicado por el Equipo médico tratante del Hospital de Urgencias en la mencionada documental, esto es, el ‘paciente presenta un estado vegetativo persistente’ (sic, epicrisis). De allí, que el mismo no ha variado, según lo registrado con anterioridad.*

*De tal manera que el señor J.S. continua en estado vegetativo persistente, permaneciendo en estado de inconsciencia, en total desconocimiento de sí mismo y del entorno, acompañado de ciclos de sueño-vigilia, con preservación de algunas funciones autonómicas hipotalámicas y del tronco encefálico. Presenta algunos automatismos, pero no muestra evidencias de respuesta conductual reproducible, deliberada o voluntaria.* Todo lo cual, es propio y correspondido con el estado vegetativo persistente en que se encuentra, todo ello, según el estado actual de la ciencia médica”, énfasis agregado.

En el informe de fecha 22/09/2023, aclaratorio del anterior (Op. N° 108933385 del 18/09/2023) el COMPRAMESAB opinó: “*Se trata de un paciente de sexo masculino, de 64 años de edad que el día 12/03/23 sufre traumatismo de cráneo grave en la vía pública complicado con broncoaspiración (no pudiéndose establecer el tiempo transcurrido entre el momento del evento y el de la llegada del auxilio médico). Ingresa al HMU en estado de coma, permaneciendo durante más de tres meses en la unidad de terapia intensiva.*

*Evoluciona con estado vegetativo persistente y el día 04/05/23 es trasladado a la sala común. En dicha fecha sus familiares firman consentimiento para la aplicación de la ley de muerte digna.*

*En la Epicrisis Hospital Municipal de Urgencias (...) podemos leer que: ‘al examen*

*físico neurológico paciente que presenta un estado vegetativo persistente. No responde ordenes simples, presenta apertura ocular espontanea con parpadeo, pupilas isocóricas reactivas y simétricas, reflejo tusígeno positivo. Respuesta intermitente entre flexión y extensión ante estímulos dolorosos. Diferentes servicios han objetivado, en ocasiones, apertura bucal espontánea y fijación de mirada. Abordaje neuromotor: mantiene tronco en sedestación’.*

*También refiere: ‘que intercorre con varios episodios febriles durante su evolución...’  
‘el 14/08 presenta movimientos espasmódicos similares convulsiones parciales’...*

*Se desprende de la epicrisis que es un paciente poli invadido (sonda y alimentación percutánea, traqueotomía, sonda vesical, etc.) y presenta una escara sacra grado tres.*

*Lo descripto configura un paciente con internación prologada, poli invadido, con múltiples interrecurrencia infecciosas, sin cambios significativos en su estado neurológico desde el ingreso. Actualmente en sala común...*

*...En relación al diagnóstico clínico actual, el Sr. JS presenta un estado vegetativo persistente (producto de lesión traumática y no traumática) sin objetivarse una modificación significativa en su estado neurológico desde el ingreso.*

*En este caso estimamos que se trata de un individuo que tuvo una lesión traumática inicial y una situación no traumática, que fue la broncoaspiración, que fueron capaces de producir la situación clínica actual.*

*Inferimos que durante la asistencia recibida fueron tenidas en cuenta todas las posibilidades para tratar de alcanzar la recuperación de la persona sin éxito alguno.*

*Con los elementos analizados podemos opinar que el paciente se encuentra en estado vegetativo persistente y que no presentó cambios significativos en su estado neurológico.*

#### **OPINIÓN MEDICO LEGAL**

*Con los elementos analizados, que son suficientes, opinamos que: se trata de un*

*paciente que tuvo una lesión primaria traumática y un evento no traumático (broncoaspiración) que fueron las causas de la situación clínica actual.*

*Siendo que la situación actual (estado vegetativo persistente) no ha presentado cambios respecto al momento del ingreso del paciente al nosocomio”, énfasis agregado (Op. N° 109234440).*

Los informes transcritos evidencian la subsistencia de la segunda condición establecida por el “Comité Ley 10.058 -Muerte Digna”.

En efecto, ambos informes coinciden en que, pese a lo descrito en la Epicrisis, el estado clínico del paciente -estado vegetativo persistente- **no ha presentado cambios significativos desde el momento de su ingreso al nosocomio hasta la fecha**, de conformidad con los estudios existentes en la historia clínica adjuntada por la demandada a los presentes.

El “Comité Ley 10.058 -Muerte Digna” explica que el paciente presenta algunos automatismos, pero no muestra evidencias de respuesta conductual reproducible, deliberada o voluntaria, lo que concuerda con lo respondido por el Dr. Carlos Soriano, en su declaración testimonial, a la pregunta del Dr. Arce: “...*en la historia clínica se habla de un movimiento de cruzamiento de piernas, si posee esa insignificancia a los fines y términos de actividad cerebral*”. El testigo dijo: “...*si usted le dice a J. que cruce la pierna, obviamente, es signo de que me escucha y se mueve, por lo tanto tiene neuronas vivas, si el paciente lo hace, es importante, si no está ordenado es reflejo medular...*” sic (Op. N° 107361367 del 04/08/2023).

De tal modo, lo descrito en la Epicrisis, en lo referente al análisis neurológico de J.S., en modo alguno puede ser interpretado como respuestas conductuales deliberadas o voluntarias.

Sin perjuicio de ello, cabe resaltar lo advertido por el COPRAMESAB en orden a que “*se trata de un paciente que tuvo una lesión primaria traumática y un evento no*

*traumático (broncoaspiración) que fueron las causas de la situación clínica actual*".

Ello coincide con el testimonio del Dr. Carlos Soriano, quien declaró "...si bien es cierto, que el estado vegetativo de J., es pos traumatismo de cráneo, el diagnóstico de ingreso es traumatismo cráneo encefálico grave más broncoaspiración, que significa que en sus bronquios, sus dos pulmones, se le ha metido algún líquido de secreción o sangre lo cual hace que haya ese diagnóstico, lo que no podemos saber es que grado de hipoxia, que significa falta de oxígeno, que cantidad de hipoxia hubo al cerebro (...) No tiene el paciente solo traumatismo de cráneo puro, sino además broncoaspiración, no sabemos cuánto estuvo el paciente broncoaspirado...", sic (Op. N° 107361367 del 04/08/2023).

Por lo tanto, y sin perjuicio de compartir plenamente lo manifestado por el "Comité Ley 10.058 -Muerte Digna" en orden a la interpretación del art. 5 inc. e) de la Ley N° 10.058, no teniendo el estado vegetativo persistente de J.S. como única causa el traumatismo de cráneo sino también la broncoaspiración, carece de sustento el argumento de la demandada en cuanto a la necesidad de que se cumpla el plazo de doce meses exigido por dicha norma, cuando la causa del estado vegetativo ha sido puramente traumática.

Dado el estado clínico de J.S., no cabe otra solución que no sea la de respetar su voluntad reconstruida por los testimonios de sus familiares. Una decisión contraria implicaría una clara vulneración del derecho a la autodeterminación y, por ende, a la dignidad humana, fuente de todos los derechos humanos.

#### **44.- La importancia de la difusión y educación a la ciudadanía**

Tal como advirtió el "Comité Ley 10.058 -Muerte Digna", resulta de suma importancia que la sociedad visualice la enorme trascendencia que tiene para la vida de las personas y en especial para su proceso de morir, el comprender la responsabilidad de cumplir con su voluntad anticipada, en orden a que colaborará al

aseguramiento de la dignidad en tales dramáticos momentos.

En este sentido, se ha manifestado destacada doctrina “...tratándose las DA de un instrumento que planifica los mismos proyectos de vida en la etapa conclusiva a los ciudadanos, porque pueden hacer opciones personales en el proceso de morir, es que corresponde también hacer un esfuerzo sostenido por el Estado y posiblemente en compensación de todo lo que económicamente se habrá de ahorrar en no hacer gastos en salud defensiva en dicha etapa del proceso de sanación que resulta claramente fútil; pues hacer sí, una gestión de formación en derechos sanitarios y de información en la utilidad, conveniencia y maneras de hacer uso de las DA, con incuestionado valor de las consecuencias de dicha opción...” (ANDRUET (h), Armando S., *Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna). Derecho, Bioética y Ética*, Advocatus, Córdoba 2015, pág. 97).

Resulta imprescindible la información, divulgación, sensibilización acerca de las Directivas Médicas Anticipadas o la Declaraciones de Voluntad Anticipada, para evitar la hiriente situación por la que han pasado ciudadanos que conocen, o que han visto, momentos de terrible sufrimiento en enfermos; y que indudablemente a través de estas herramientas, puede ser modificado sustancialmente, haciendo posible la efectividad de la ley.

Lo cierto, en cuanto nos interesa en esta ocasión, es la apreciación que de poco sirve la existencia de normas, que pueden resultar de utilidad y conveniencia a los ciudadanos en tránsitos tan delicados como son los que corresponden al proceso del morir humano, si no están suficientemente informadas a la población, ya que sólo mediante ellas se puede garantizar un ejercicio verdaderamente autónomo de estos derechos personalísimos.

Obviamente que un repaso por de más dinámico de la existencia del reconocimiento de derechos por parte de los ciudadanos, es demostrativo de que, en pocos de ellos, existe

una conciencia real y completa de los mismos, por lo cual no se puede dejar de avizorar que, a corto plazo, si no se produce alguna reversión en dicha materia, todo el esfuerzo normativo cumplido se verá irremediabilmente perdido (ANDRUET, Armando S. (h.), *Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna). Derecho, Bioética y Ética*, Advocatus, 2015. pág. 150).

Diego García ha señalado al respecto, la importancia de una gestión educativa a los fines de profundizar el interés por el instituto de las directivas anticipadas, para lo cual sugiere la ejecución de programas de concientización sobre estos problemas, para que las definiciones que se tomen, sean prudentes y maduras, destacando que instaurar las directrices previas en nuestros hospitales, exige un cambio de mentalidad, que no será posible sin un proceso educativo, tanto de los profesionales sanitarios como de la propia sociedad (*Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida en Morir con dignidad dilemas éticos en el final de la vida*, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, Doce Calles, 1996, pág. 136, citado por ANDRUET, Armando S. (h.), *Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna). Derecho, Bioética y Ética*, Advocatus, 2015. pág. 111).

Resulta interesante la propuesta del Dr. Carlos Soriano, frente a la falta de difusión de los derechos que tienen los pacientes, quien expresa “...debería buscarse la forma de informar a los pacientes sobre estas leyes, por ejemplo mediante carteles expuestos en todos los sitios de salud, sean públicos o privados. Esto se puede ampliar con exposiciones explicativas a nivel televisivo o radial, tal como se da, por ejemplo en las campañas de donación de órganos” (SORIANO, Carlos, op. cit., pág. 78).

En definitiva, lo que el Estado no puede dejar de hacer, es trasladar la información para el adecuado empoderamiento de la ciudadanía (ANDRUET, Armando S. (h.), *Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna). Derecho, Bioética y Ética*, Advocatus, 2015. pág. 101).

#### **45.- La solución del caso**

En mérito a las premisas desarrolladas precedentemente y a las conclusiones que sirven de fundamento suficiente y necesario, procede hacer lugar a la acción de amparo interpuesta por las Sras. Rosa Marianela Sosa Ocampo, Silvia Noemí Sosa y Rosa del Valle Ocampo en contra de la Municipalidad de Córdoba y, en consecuencia, declarar la ilegitimidad y arbitrariedad de la negativa del equipo médico del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba a retirar las medidas de soporte vital al paciente J.S., conforme lo solicitado en los consentimientos informados presentados por sus familiares.

Corresponde, por ello, ordenar al Director del Hospital de Urgencias a que disponga sin dilación alguna la limitación del esfuerzo terapéutico a J.S., y el aseguramiento de los cuidados paliativos suficientes, habiendo previamente informado a los familiares para que se tomen los recaudos personales y espirituales que consideren adecuados.

#### **46.- Costas**

Con respecto a las costas, corresponde imponerlas a la vencida (art. 14 de la Ley N° 4915).

Así votamos.-

#### **A LA PRIMERA CUESTIÓN PLANTEADA LA SEÑORA VOCAL DOCTORA MARÍA INÉS ORTIZ DE GALLARDO, DIJO:**

##### **1.- Voto minoritario**

Con el mayor respeto al criterio reflejado en los votos de mis apreciadas colegas, que me precedieron en el estudio de la causa, en ejercicio de la facultad prevista en el art. 382 de la Ley N° 8465, hago propia la relación de causa y formulo mi voto en disidencia.

##### **2.- La demanda y su contestación**

**2.1.-** Las Sras. R.V.O. D.N.I. N° 27.173.940 -en su condición de conviviente-;

R.M.S.O. D.N.I. N° 40.518.898 -en su calidad de hija- y S.N.S.D.N.I. N° 13.602.592 - en su condición de hermana-, el Sr. J.A.S. D.N.I. N° 29.308.627 -en su condición de hijo- del Sr. J. del C. S. D.N.I. N° 13.272.090 (en adelante J.S.), mediante apoderados y letrada patrocinante -Dra. Nadia Diva Ibarzüengoytia, Claudio Alejandro Orosz y Alina Noelia Dutto, promueven la presente acción de amparo, en los términos del art. 43 C.N., art. 14 C. Pcial. y la Ley N° 4915, en concordancia con los instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, en contra del Hospital Municipal de Urgencias y la Municipalidad de Córdoba, con el objeto que se cumpla la Ley de Muerte Digna de la Provincia de Córdoba Ley N° 10.058 y se proceda al retiro del soporte vital del Sr. J.S.

Piden costas.

**2.2.-** La Municipalidad de Córdoba se opone al progreso de la acción de amparo y esgrime que de conformidad con lo dispuesto por la normativa aplicable al presente caso, en la atención que recibe el paciente J.S. en su internación en el Hospital Municipal de Urgencias, no hubo ningún acto, hecho ni omisión que fuera lesivo de derechos garantizados constitucionalmente a la amparista, ni que pueda tampoco ser interpretado en términos de semejante lesividad, mucho menos de haber obrado con arbitrariedad manifiesta o no manifiesta. La atención médica que recibe el paciente J.S. en el citado nosocomio se ajusta a los dictados de la ciencia médica, de la ética médica y de las normas que regulan el ejercicio de la medicina.

Refiere que desde el día 12/03/2023 el Sr. J.S. se encuentra internado en el Hospital Municipal de Urgencias de la Ciudad de Córdoba, como consecuencia de haber sufrido un traumatismo craneoencefálico.

Afirma que el estado del paciente nombrado se detalla en el informe suscripto por los médicos tratantes: Dra. Perla Blanca Pahnke, Jefa del Departamento de Clínica Médica, Dr. Sebastián Paván, Sub jefe del Servicio de Clínica Médica, Dr. Fernando

García Colmena Neurocirujano, Dra. Marta Leguizamón, Médica Anestesióloga y Cristian La Giglia, Médico, en el cual se expresa que **el paciente no cumple criterios de irreversibilidad aún**, lo cual lo motivan aportando datos médicos que avalan dicha postura: “Escala de coma de Glasgow (SCG) 8/10 puntos,(apertura ocular espontánea 4, ninguna respuesta verbal 1,motor flexión anormal MMSS 3) pupilas intermedias reactivas, gestos de dolor ante estímulos propioceptivos, tose, deglute, Escala de Glasgow evolutiva(GOC) 2 puntos, Escala de Glasgow evolutiva extendida (GOSE) de 2 puntos, traqueostomizado con oxígeno en T y respiración espontánea, gastrostomizado con alimentación por la misma, en estado vegetativo persistente por lesión traumática, que, para considerarse irreversible dicho estado, deben pasar 12 meses, según ley 10.058 de la Provincia de Córdoba, artículo 5 y la evidencia científica actual al respecto, que se adjunta”.

Por su parte, pone en conocimiento que el día jueves 08/06/23 y viernes 09/06/23, durante el examen físico, el paciente presentó movimientos espontáneos (elevación de miembro inferior derecho), los cuales también fueron evidenciados por el personal de enfermería. Aclara que **se encuentra pendiente la realización de estudios para neuro pronóstico adecuados**, dado que en el Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba no cuentan con aparatos aptos para su realización.

Considera que el traumatismo craneoencefálico (TEC) sigue siendo una devastadora condición que causa daño físico, neurocognitivo y psicosocial significativo, requiere un abordaje multidisciplinario dedicado a rehabilitación a largo plazo y seguimiento para que el tratamiento sea efectivo y asegurar los mejores resultados posibles para el paciente.

Agrega que el estado vegetativo “persistente”, descrito por Jennet y Plum en 1972, como un estado donde el paciente está “despierto pero inconsciente”, ha sido definido como “un estado vegetativo prolongado por un mes luego de un agudo daño cerebral

traumático o no traumático”. Agregan que se considera que el estado vegetativo persistente no implica irreversibilidad. A su vez, informan que también de acuerdo con Multisociety Task Force in EV, se considera esta lesión como permanente cuando los signos clínicos persisten luego de tres meses para lesiones hipóxico/anóxicas y luego de doce meses de lesiones traumáticas.

Comunica que estudios recientes han demostrado que la evolución de los Estado Vegetativo en recuperación de la conciencia y sobrevida ha mejorado en estas dos últimas décadas, tratándose tanto de origen traumático o como no. Las probabilidades de recuperación del Estado Vegetativo, si bien, disminuye significativamente con el tiempo, no es despreciable.

Informa que los avances de la investigación en los últimos años han demostrado que algunos individuos en estado vegetativo o en estado de conciencia mínima puede emerger a estados superiores de conciencia incluso años después de la lesión. Y, que también se ha demostrado que una minoría de pacientes con estado vegetativo que no responde conductualmente pueden seguir órdenes, o incluso comunicarse, utilizando técnicas de neuroimágenes funcionales o electrofisiológicas.

Hace hincapié en el hecho que la recuperación de pacientes con traumatismo craneoencefálico, a menudo requieren un largo y arduo proceso, pudiendo tomar hasta 12 - 18 meses para alcanzar el máximo potencial de recuperación.

Arriba a la conclusión de que algunos pacientes con trastornos de conciencia tienen el potencial de recuperar conciencia, comunicación e independencia funcional. Aclaran que de hecho, eso pasa en el Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba, la recuperación de la conciencia puede ocurrir en cualquier momento del espectro temporal considerado (12 meses).

Admite que el paciente presenta una lesión traumática, sin que el diagnóstico médico, al día de la fecha, permita asegurar la “irreversibilidad” de su estado, lo que está

confirmado por el informe producido por los médicos tratantes en el Hospital Municipal de Urgencias, y destacamos que: a) No presenta “muerte cerebral”; b) Respira sin necesidad de asistencia mecánica; c) Ha realizado algunos movimientos espontáneos (elevación de miembros, cruzar una pierna); d) Durante el tiempo de internación verificó alguna mejora neurológica de acuerdo con el “índice Glasgow”, que es una escala para evaluar el estado neurológico.

Analiza la Ley N° 10.058 y enfatiza en su art. 3 que establece: “Limitaciones. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no permiten ni facultan, bajo ninguna circunstancia, la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, la eutanasia o la provocación de la muerte por piedad”.

Añade que el artículo 5 inc. e) de la Ley 10.058 fija un plazo de doce (12) meses para considerar la existencia de un estado vegetativo permanente, por lo que suprimir las medidas de sostenimiento del paciente consistente en hidratación y alimentación como se requiere en la demanda, en la situación actual, implicaría infringir las limitaciones contenidas en el artículo 3 de la citada ley.

### **3.- La litis**

**3.1.-** La materia a decidir consiste en determinar si se cumplen las condiciones que exigen los arts. 59 y 60 del C.C.C.N., la Ley N° 26.742 y la Ley N° 10.058 y su Decreto Reglamentario N° 1276/2014, para hacer inmediatamente operativa la declaración de voluntad anticipada subrogada de los familiares de J.S., de adecuación del esfuerzo terapéutico y, con ello, retirar el soporte vital de hidratación y alimentación, y atender paliativamente la salud y síntomas de J.S.

La normativa citada reglamenta una serie de garantías procedimentales a fin de verificar si se configuran los presupuestos y condiciones legalmente necesarios para la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Ello en el marco del dilema bioético que se ha planteado entre el Comité Hospitalario de Bioética y el equipo interdisciplinario de médicos tratantes de J.S., ambos del Hospital Municipal de Urgencias, quienes estiman que para poder efectuar un pronóstico de irreversibilidad o incurabilidad del estado vegetativo persistente, es necesario esperar doce (12) meses en virtud del cuadro de lesión traumática con broncoaspiración y lo dispuesto por los consensos científicos en neurología y lo establecido por el ordenamiento jurídico como condiciones necesarias.

**3.2.-** En el contexto así descrito, vale precisar que no está en juego el derecho de la familia de J.S. a realizar declaraciones de voluntad anticipadas subrogadas, y menos aún está discutido el alcance del derecho a la autonomía y a la dignidad de J.S. y como así también el derecho a la autonomía y dignidad de toda su familia.

El único aspecto dilemático es una cuestión que fue puesta de relieve por el equipo médico tratante de J.S. en el Hospital Municipal de Urgencias sobre la falta de configuración de un parámetro médico-legal para hacer efectiva inmediatamente la declaración de voluntad anticipada subrogada de la familia de J.S.

#### **4.- Fundamentos de hecho**

Tal como relatan las actoras en la demanda, el Sr. J.S. se encuentra internado en el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba, desde el 13/03/2023, por causa de haber sufrido un traumatismo de cráneo en la vía pública y se sospecha que fue en un intento de robo. El diagnóstico de ingreso fue traumatismo craneoencefálico grave y broncoaspiración.

Describen que permaneció en terapia intensiva hasta el 04/05/2023, cuando fue trasladado a sala común. Ese día, los familiares firmaron un consentimiento que autorizaba a los profesionales adecuar el esfuerzo terapéutico a los fines de retirar la hidratación y la alimentación del paciente, previo haber mantenido entrevista con el Comité de Bioética Hospitalario (CBH), quienes avalaron el retiro de la hidratación y

la alimentación que se estaba haciendo de manera artificial, porque J.S. ya se encontraba con diagnóstico de estado vegetativo persistente y no respondía a ciertos estímulos, como el dolor y otros detalles clínicos.

Manifiestan que el sábado 10/06/2023, el equipo de salud procedió a retirar el soporte vital, cumpliendo la voluntad que, en estado de lucidez, J.S les había manifestado en forma reiterada para el caso de hallarse en una situación gravosa o invalidante de su estado de salud, según relataron sus familiares. Sin embargo, cuatro días más tarde, el día 14/06/2023, los profesionales le restituyeron tanto la hidratación como la alimentación porque no consideraban que haya pasado el plazo necesario para corroborar que ese estado vegetativo sea permanente, para lo cual es necesario esperar doce (12) meses.

En esas circunstancias, el 15/06/2023 la Dirección del Hospital solicitó la intervención del COMITÉ LEY 10.058 - MUERTE DIGNA, el cual, después de deliberar y revisar el historial del paciente, recomendó dar curso a la voluntad del paciente, plasmada por sus familiares.

Con fecha 23/06/23 emite respuesta del Comité Ley 10.058 - Muerte Digna, en opinión unánime de todos sus integrantes, Dr. Armando S. Andruet (h), Dr. Carlos A. Soriano, Lic. Enfermería Iris Alicia Maders, Dra. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F. Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré, dirigida al equipo de salud del Hospital de Urgencias. En dicho dictamen se afirma que se ha deliberado y que se compadecen con sendas reuniones de trabajo que en conjunto la totalidad de los integrantes de este 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna' ha tenido, y que se recomienda y orienta al Señor Director del Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba, Doctor Mariano Marino, que se brinde curso favorable sin dilaciones inadecuadas ni indebidas a la solicitud de la familia del señor J.S. de retirarle las medidas de sostén vital y, de asegurar de igual modo, los cuidados paliativos integrales

al nombrado paciente. Teniendo como condición necesaria y suficiente para que ello pueda ser cumplido, si así es considerado finalmente por el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba, asegurar que la familia no haya decidido revocar su directiva médica anticipada hecha valer por representación de lo que, se deberá dejar documentación fidedigna que se mantiene en tal sentido la mencionada voluntad. De igual manera y carácter, que subsiste en la actualidad, el estado clínico del paciente y de lo cual, se deberá dejar suficiente y fehaciente registro en su historia clínica.

#### **5.- Antecedentes relevantes y la prueba incorporada al proceso**

**I.-** En el informe de fecha 04/05/2023 (Op. N° 13627589) elaborado por la Lic. María Soledad Ripoll, Coordinadora de la Red Municipal de Bioética, Clínica Social, Secretaría de Salud, del Hospital Municipal de Urgencias, refiere que J.S. ingresó el día 13/03/2023 con “Traumatismo Cráneo Encefálico por violencia Ciudadana”.

En primer lugar, describe el contexto familiar de J.S. en el sentido que:

*“...J. tiene 64 años, trabajaba como jardinero sin encuadre legal en Carlos Paz, vivía en una vivienda propia compartida con su hija Marianela y su ex pareja. Tiene 3 hijos, seis gatos, cuatro perros, dos loros y dos patos. Dos de sus hijos son biológicos (José y Matías) y Marianela es hija de su última pareja que fue reconocida por él. Sólo Marianela, José y Silvia (hermana del paciente) son quienes lo visitan... Marianela lo define como muy “inquieto”, que le gusta salir a bailar, que es muy creativo, ... M. refiere que le daba con todos los gustos desde chiquita, que no es su padre biológico, que la reconoció y siempre fueron muy unidos. Dice: “papá ya no está desde hace dos meses”, “es inaguantable verlo así, es inhumano”, “no me pueden decir que ese que está ahí es mi papá” “cada vez más lleno de agujeros, uno para que coma, otro para que respire, una bolsa colgada con el alimento que va a su estómago”, “esto es un duelo lento”, “mi vida está estancada con la de mi papá”. Respecto a la muerte lo que hablaron con su papá fue sobre su deseo de ser cremado,*

respecto al estado actual dice “Si se despierta y se ve así, va a buscar la forma de matarse, yo lo conozco y es muy creativo”.

Se establece comunicación telefónica con S. la hermana de J., quien refiere que: “no quiere que sufra”, “mi hermano no se querría ver así incapacitado”, “yo sé lo que es mi hermano y no querría verse así”, “Que M. esté de acuerdo es un alivio, ella vivió toda la vida con él, es muy compinche y sabe lo que él querría”. S. crio a un hijo de J., José Alberto, dice que estudió para paramédico y sabe sobre la situación actual del padre por lo que estaría de acuerdo con una Muerte Digna”.

La Lic. María Soledad Ripoll prosigue:

**“En razón del estado irreversible** de J., teniendo en cuenta lo expresado por los familiares como subrogantes y portadores de la voz de J., asistiendo su derecho de morir dignamente; en el marco de la Ley 26742 de Muerte Digna, se decide la adecuación de esfuerzo terapéutico. Lo que implica no reanimar ante un Paro Cardiorrespiratorio, no realizar intervenciones extraordinarias e invasivas, no conectar al respirador de necesitarlo, suspender alimentación e hidratación, mantener la medicación necesaria para evitar el dolor...” (énfasis agregado).

**II.-** Informe de fecha **04/05/2023**(Op. N° 13627589) suscripto por la Sra. R.O. y el Lic. en Enfermería José Vinola, de idéntico tenor al referenciado precedentemente.

**III.-** En el **informe de fecha 05/06/2023** (Op. N° 13627589) se expresa:

“...Se realizó nuevamente entrevista con M., J.A., integrantes del Comité de Bioética Hospitalario e integrantes del servicio de Clínica Médica con el objetivo de continuar con el proceso de toma de decisiones en el final de la vida del paciente J.S....

Ante la afirmación de M. acerca de que “los médicos no nos explicaron porque no hicieron caso a lo que firmamos” el informe describe:

“...Ante esta afirmación solicita que algún médico le explique el motivo por el cual no se respetó el documento anteriormente firmado principalmente en lo referente a la

suspensión de alimentación e hidratación. Se convoca a los médicos del servicio de Clínica Médica quienes le informan el estado actual y se debate sobre las medidas de alimentación e hidratación. Se le explica que **no ha transcurrido el tiempo estipulado para declarar a su padre en un estado vegetativo persistente / permanente, razón por la cual no pueden declarar la irreversibilidad de su estado** y por este motivo no se suspendió la alimentación e hidratación.

Ante esta condición el equipo médico refiere que para ellos “es muy difícil tomar esta determinación” a lo que M. responde que “yo los entiendo, pero háganlo” “quiero que lo corten, que corten todo...”.

Finalmente se acuerda que luego que los familiares subrogantes firmen el consentimiento informado se comenzará la tarea de adecuación del esfuerzo terapéutico, en un marco de un trabajo consensuado entre el equipo de salud y la familia para llegar a la toma de decisiones compartidas. Siguiendo el Modelo Deliberativo que considera al Consentimiento informado como un proceso dentro de un contexto de comunicación efectiva y transparente”(énfasis agregado).

En ese mismo informe en el título “ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES” se expresa: “...Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: “**Cuando no es posible la restauración de la salud del paciente (situación de irreversibilidad), o no es posible la supervivencia con una calidad de vida mínima aceptable**, es cuando los profesionales tienen la obligación ética de iniciar el diálogo de manera respetuosa y prudente con el paciente y/o la familia, así como con el resto de los profesionales implicados con el fin de llegar a un consenso sobre la posibilidad de limitar los tratamiento de soporte vital y/o adecuar los cuidados...”.

La Lic. María Soledad Ripoll concluye su informe señalando:

“...Se recomienda respetar las decisiones subrogadas de la familia de J., que protegen su derecho a morir dignamente, evitando “la muerte en cuotas” “el duelo

*lento” (un duelo sin muerte biológica) en un marco de Humanización de la Salud y en el encuadre legal de Ley nacional 26742, ley provincial 10058, artículos 59 y 60 del Código Civil”.*

**IV.-** A la causa también se ha agregado el **Certificado** de fecha **08/06/2023** (Op. N° N° 13627589) que da cuenta que uno de los hijos biológicos de J.S. -M.E.S.- se encuentra alojado en el Complejo Carcelario N° 1 “Reverendo Francisco Luchesse” P.S.A. del delito de robo con uso de arma, detenido en calidad de procesado desde el día 28/09/2020 y a disposición del Juzgado de Ejecución Penal de 2da. Nominación. Es muy importante considerar que no está invocado -y menos aún acreditado- que en la formalización de la Declaración de Voluntad Anticipada subrogada instrumentada por ante el Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias en esta causa, se haya dado participación al hijo del Sr. J.S., es decir, el Sr. M.E.S., privado de su libertad.

**V.-** El **día 16/06/2023** la Dra. Perla Blanca Panhnke -Jefa del Departamento de Clínica Médica-, el Dr. Sebastián Pavan -Sub Jefe del Servicio de Clínica Médica-, el Dr. Fernando García Colmena -Neurocirujano-, la Dra. Marta Leguizamon -Médica Anestesióloga- y el Dr. Cristian La Giglia -Médico-, todos del Hospital Municipal de Urgencias, elevaron al Sr. Secretario de Salud -Dr. Ariel Aleksandroff- un **informe referido a la negativa de la adecuación del esfuerzo terapéutico** en el Sr. J.S. HC 91567, DNI 13.272.090, en el marco de la Ley N° 26.742 de Muerte Digna, en contraposición al consentimiento informado firmado por los familiares del paciente, y sugerido por el Comité de Bioética Hospitalario y recomendado por el Comité de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

En su informe se explicita:

*“Motiva dicha decisión, **que el paciente no cumple criterios de irreversibilidad aún.** Está con Escala de coma de Glaswov (5CG) 8/10 puntos, (apertura ocular*

espontánea 4, ninguna respuesta verbal 1, motor flexión anormal MMSS 3) pupilas intermedias reactivas, gestos de dolor ante estímulos propioceptivos, tose, deglute, Escala de Glasgow evolutiva (GOC) 2 puntos, Escala de Glasgow evolutiva extendida (GOSE) de 2 puntos, traqueostomizado con oxígeno en T y respiración espontánea, gastrotomizado con alimentación por la misma, **en estado vegetativo persistente por lesión traumática, que, para considerarse irreversible dicho estado, deben pasar 12 meses, según ley 10.058 de la Provincia de Córdoba, artículo 5 y la evidencia científica actual al respecto, que se adjunta.**

Cabe destacar que cuando la voluntad del paciente se halla definida legalmente, no dudamos en respetar su deseo expresamente definido y no aplicar la terapéutica recomendada por la evidencia, lo cual queda demostrado con pacientes anteriores.

**El día jueves 08/06/23 y viernes 09/06/23, durante el examen físico el paciente presentó movimientos espontáneos (elevación de miembro inferior derecho), y los mismos también fueron evidenciados por el personal de enfermería. Continúan pendientes la realización de estudios para neuro pronóstico adecuados, que no contamos en nuestra Institución.**

Entendemos que el Estado Vegetativo Persistente suscita debates éticos, los tomadores de decisiones sustitutos deben decidir sobre la vida o muerte de terceras personas y basarse en el pronóstico de los médicos como guía, más nunca es fácil saber cuál es la mejor intervención para ellos. No existen pautas para ayudar a los médicos en la formulación o comunicación de pronósticos en cuidados críticos; por lo tanto, el pronóstico es muy variable, potencialmente sesgado y, a menudo, prematuro. Se necesita más investigación para pasar del arte a la ciencia y descubrir estrategias de comunicación efectiva (honestas, concretas, consistentes y compasivas para dejar espacio a la esperanza) de neuro pronóstico.

Traumatismo craneoencefálico (TEC) sigue siendo una devastadora condición que

*causa daño físico, neurocognitivo y psicosocial significativo, requiere un abordaje multidisciplinario dedicado a rehabilitación a largo plazo y seguimiento para que el tratamiento sea efectivo y asegurar los mejores resultados posibles para el paciente. El dinamismo, la heterogeneidad y complejidad que lo caracteriza dificulta intervenciones eficaces. Los avances en investigación mejoran su monitoreo, atención, rehabilitación y pronóstico.*

*La lesión traumática cerebral es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, especialmente en pacientes varones jóvenes, con tasas de mortalidad en la literatura que van desde 30 – 50 %, mientras que el 30 % de los sobrevivientes sufren trastornos neurológicos significativos.*

*...El estado vegetativo persistente, descrito por Jennet y Plum en 1972, como un estado donde el paciente está “despierto pero inconsciente”, ha sido definido como “un estado vegetativo prolongado por un mes luego de un agudo daño cerebral traumático o no traumático”. Asimismo, se considera que el estado vegetativo persistente no implica irreversibilidad, se considera esta lesión como permanente cuando los signos clínicos persisten luego de tres meses para lesiones hipóxico/anóxicas y luego de doce meses de lesiones traumáticas.*

*Los límites temporales y los criterios de irreversibilidad, continúan tanto en la ley vigente, como en una revisión hecha reciente de la literatura médica.*

*El Real Colegio de Médico las guías lo clasifican según el examen clínico y el momento de aparición: EV continuo, cuando los signos han estado presentes durante más de 4 semanas; EV crónico, una lesión cerebral anóxica o metabólica durante más de 3 meses o si se debe a un TEC después de 1 año; y EV permanente, si es un médico experto en Alteraciones de conciencia diagnosticarlos cuando no hay cambio en la trayectoria durante 6 meses (utilizando la Escala de recuperación de Coma revisada CRS-R). Por otro lado, la Academia Americana de Neurología (AAN) clasificó EV*

como EV persistente cuando el paciente se encuentra en estado clínico más de 1 mes sin importar si se debe a TEC o no TEC y VS permanente aplica 3 meses después del estado vegetativo no TEC y **12 meses después de TEC EV (con alta probabilidad de irreversibilidad)**.

...Los avances en la comprensión del diagnóstico y pronóstico en alteraciones del estado de conciencia postraumático plantean importantes problemas éticos y subrayan la necesidad de proporcionar un enfoque de cuidados paliativos a estos pacientes y sus cuidadores.

Actualmente no existen directrices para orientar a los médicos en cómo pronosticar; por lo tanto, el neuro pronóstico sigue siendo considerado un “arte” dejando espacio para una alta variabilidad. A pesar de muchos avances en la medicina moderna, las estimaciones de los médicos de pronóstico siguen siendo a menudo indebidamente optimistas, o innecesariamente pesimistas.

**La recuperación de pacientes con TEC a menudo requiere un largo y arduo proceso, pudiendo tomar hasta 12 – 18 meses para alcanzar el máximo potencial de recuperación. Esto requiere un compromiso continuo con el tratamiento, rehabilitación, y acompañamiento familiar en un sistema que a menudo lucha por priorizar y administrar recursos limitados.**

Las estrategias de manejo para los pacientes con TEC deben seguir un esquema de 3 niveles enfoque para producir los mejores resultados, esto debe incluir prevención, manejo médico agudo basado en la evidencia y a largo plazo alimentación, rehabilitación y prevención de complicaciones. La tercera y última nivel de la estrategia de gestión, posiblemente el más importante en términos de impacto funcional para el paciente, pero también quizás la más descuidada, es la rehabilitación a largo plazo y acceso limitado a las instalaciones de rehabilitación del sector público.

*Los especialistas en ética ahora se han asociado con las partes interesadas clínicas y familiares para desarrollar recomendaciones de consenso acerca de lo más éticamente apropiado y los enfoques clínicamente factibles para la implementación de técnicas avanzadas para detección de Trastornos de conciencia.*

**Conclusiones:** *Algunos pacientes con Trastornos de conciencia tienen el potencial de recuperar conciencia, comunicación e independencia funcional. De hecho, esto nos pasa en nuestra Institución, la recuperación de la conciencia puede ocurrir en cualquier momento del espectro temporal considerado (12 meses).*

*La literatura evidencia avances sustanciales en la detección, predicción y promoción de la recuperación de la conciencia en pacientes con trastornos de la conciencia post lesiones traumáticas cerebrales. Técnicas avanzadas de neuroimagen y de electrofisiología han revelado nuevos conocimientos sobre los mecanismos biológicos subyacentes, identificando redes cerebrales preservadas, aumentando así la esperanza de un diagnóstico y un pronóstico más preciso.*

*Los médicos debemos considerar todos los enfoques diagnósticos tanto clínicos-temporales o de técnicas avanzadas (en virtud de nuestra realidad), optimizar la comunicación de los pronósticos con los familiares y posibilidades terapéuticas para apoyar la recuperación en estos pacientes”.*

**VI.-** El **día 16/06/2023** (Op. N° 13627589) el Comité Hospitalario de Bioética y Clínica Social del Hospital de Urgencias emite un nuevo dictamen, en el que se puntualiza:

*“... Continuando con el desarrollo del consentimiento informado como proceso deliberativo, se realizó una nueva reunión con los hijos de J., integrantes del CHB y el director del hospital municipal de Urgencias, debido a un documento que presentaron integrantes del equipo de salud tratante, negándose a cumplir lo acordado en el Consentimiento Informado, firmado por todos los familiares subrogantes de J.*

*En el documento presentado, los profesionales médicos, aducen que se niegan a cumplir con AET, acordado en reunión deliberativa realizada entre la familia, médicos tratantes e integrantes del CHB el día 5/06/2023, debido a que J. no cumple con los criterios de irreversibilidad, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el momento de ingreso del paciente, el día 13 de marzo 2023...*” (énfasis agregado).

El Comité cuestiona expresamente el criterio asumido por los médicos tratantes sobre la base de considerar que:

*“...Si bien el tema de los tiempos necesarios para declarar la irreversibilidad del cuadro, se plantearon como un motivo por el que no se había respetado la suspensión de la hidratación y alimentación solicitada por la familia el día 04/05/2023, ante esta explicación la familia sostuvo la decisión de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico en dicho sentido, debido a considerar el criterio de irreversibilidad de J. desde la concepción de pérdida de atributos de persona. El equipo médico procedió a evaluar el estado neurológico de J. el 08/06/2023 y el 09/06/2023 (según informan en la nota presentada), 88 días posteriores a su ingreso (sin informar a la familia de las respuestas obtenidas en dicho examen). Posteriormente a dicha valoración, suspendieron medidas de hidratación y alimentación el día 10/06/2023, momento en que se colocó en la Historia Clínica el consentimiento informado por todos los integrantes de la familia.*

*El día 14/06/2023, cinco días después de haber suspendido hidratación y alimentación, presentaron la nota de negativa de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico y ese mismo día reiniciaron las medidas de hidratación y alimentación, tomando la decisión de manera unilateral debido a que la familia sostenía su decisión de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico aún después de ser informada del documento presentado por el equipo de salud tratante...”*

*“...El director les informó que para realizarle estudios de diagnósticos debían*

*reconectar y los hijos dijeron que no querían que se le hiciera más nada. Se les sugirió que concurran al ámbito judicial para solicitar medidas de protección de derechos, exponiendo el caso, a lo que respondieron afirmativamente concurriendo a Tribunales I, mientras se encontraban allí, se enteraron de la reinstalación de las medidas a través de un familiar de otro paciente que les comunicó telefónicamente que lo habían reconectado...”.*

**“Como Comité de Bioética consideramos que la familia siempre estuvo informada respecto a que los tiempos para establecer la irreversibilidad del cuadro no se habían cumplido, el equipo médico explicó de esta situación a la familia, pero ellos fueron más allá de los tiempos, tuvieron en cuenta la pérdida en J. de sus características de persona (conciencia, comunicación, afectividad, etc.) y en cuanto al pronóstico desfavorable de secuelas graves del que fueron informados desde el primer momento en Terapia Intensiva, consideraron que J. no hubiese querido verse así, “si se viera así un segundo se las ingenia para matarse y es muy creativo”...”.**

En esta oportunidad el Lic. en Enfermería José Vinola y la Lic. María Soledad Ripoll, Coordinadora de la Red Municipal concluyen:

*“Se recomienda que se respeten los consentimientos anteriormente firmados y se brinden todas las garantías del derecho de J. a morir dignamente, respetando el deseo del paciente, expresado en forma oral a sus subrogantes a tener una Muerte Digna, evitando el proceso de deshumanización que se produce ante la prolongada internación (96) días en un hospital de agudos donde no se realiza la rehabilitación adecuada debido al perfil hospitalario y de esta manera evitar un deterioro mayor, difícil de contemplar para sus seres queridos y de vivir en su corporeidad. Su corporeidad que era el motor que le permitía desplazarse por el mundo en búsqueda de sus proyectos, en la actualidad lo mantiene atrapado y aparece con tanta violencia disruptiva, que es él, pero a la vez no lo es. Ese vacío que representa su cuerpo en una*

*actitud meramente biológica, emerge ante los familiares, que asumen una actitud de respeto a su autonomía y reclaman por su derecho más allá de los criterios de tiempo de irreversibilidad establecidos*” (énfasis agregado).

**VII.-** El día 21/06/2023(Op. N° 13627589) se confecciona una Hoja de Evolución, que refiere:

*“Se presenta el hijo J.A.S. y la hermana S.N.S. y plantean ante el Comité Hospitalario de Bioética que:*

*Desconocen quien tomó la decisión de conectar nutrición e hidratación a J.*

*Consideran que esa decisión fue realizada sin respetar los Consentimientos Informados firmados el 4-5-23 y el 5-6-23 sin respetar los derechos de J. y la familia.*

*Expresan que estaban “esperando” el fallecimiento realizando su proceso de duelo, “lo acompañábamos todo el día para que no muera solo”. Que el proceso de duelo lo vivieron dos veces (las dos veces que firmaron el consentimiento informado, con suspensión de hidratación y nutrición).*

*Que en la reunión realizada el 16-6-2023 con el Director del Hospital, los hijos del paciente y representantes del Comité de Bioética, ante la nota presentada por integrantes del equipo de salud que se negaban a continuar con la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, la familia decidió continuar con las medidas de adecuación, en ningún momento autorizaron a la reinstauración de dichas medidas, para dejar de “mortificarlo de vuelta”. Estaban esperando su muerte.*

*La familia se trasladó a Tribunales para presentar una nota en respaldo del proceso de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico que se estaba realizando.*

*Llegaron al Hospital y lo vieron reconectado lo que provocó “crisis en M. y malestar en la familia”.*

*Al verlo conectado sintieron (J. y S.) “un mínimo de esperanza”.*

*J. dice “Ahora que lo reconectado que le hagan los estudios que había dicho el*

director” “Que dijo que si lo conectaban en unos días se hacían todo en Oulton”.

J. y S. no se muestran arrepentidos ante la decisión tomada con anterioridad sino que refiere que “ya que lo reconectaron que se los hagan”.

Esperan la respuesta de la Dirección y una explicación de “los médicos que lo conectaron de vuelta” “Que a lo mejor vieron algo”.

Se deja constancia de la reunión en la Historia Clínica.

Firman J.A.S., S.N.S.

Luego se asienta una “Nota” que dice: “Si los estudios dan negativos se vuelve a la resolución que tomaron anteriormente”. Firman J.A.S., S.N.S., la Lic. Ruth Moreno y la Lic. María Soledad Ripoll.

**VIII.-** Hoja de Evolución de la Historia Clínica de fecha 22/06/2023 (Op. N° 13627589) de la entrevista realizada a S., hermana de J.S. en continuidad con el proceso de consentimiento informado, suscripta por S.S., la Lic. Ruth Moreno y la Lic. María Soledad Ripoll.

*“...Se le explica a la hermana que las medidas de AET, no significan “matar” sino permitir morir dignamente. S. pregunta qué resolvió la Comisión ad hoc conformada, se le explica que está en proceso de análisis que dice “Ojalá que apoyen a la familia”, así todo esto se acaba y muere dignamente”.*

*Se habla con M. que refiere que la familia está de acuerdo con suspender medidas de hidratación y alimentación.*

*“Todos estamos de acuerdo (hna, esposa e hijos) si es necesario nos reunamos todos, familia, médicos, Comité, la Ministra, etc”.*

*Respecto a lo escrito en la HC el 21-6-23 firmada por el Dr. Pavan, Cristian La Giglia y Lic. Tania Ugarte la hermana desconoce lo que afirma respecto que ella no está de acuerdo con las medidas de AET y que quiere esperar 12 meses. La hna. Refiere que hizo un comentario cuando lo reconectaron creyendo que había*

mejorías, que después desestimó la explicación de lo que define un estado vegetativo

Por consiguiente la hermana pide que se respete la decisión familiar de suspender medidas de hidratación y alimentación.

Se sugiere desde el CHB se respeten las decisiones tomadas por la familia que han sostenido durante todo el proceso”.

Firman S.N.S., Lic. Ruth Moreno y Lic. María Soledad Rípoll.

En esta misma constancia (Op. N° 13627589) se asienta una “Nota” que dice:

“El CHB aclara que el **Dr. Pecas Soriano se presentó el día 20-6-23 a realizar la valoración del paciente** como integrante de la Comisión ad hoc y no en representación de la misma.

Lo hizo en calidad de conocer al paciente antes de la reunión que se iba a efectivizar al día siguiente” (énfasis agregado).

Cierran esa nota las firmas de la Lic. Ruth Moreno y de la Lic. Ma. Soledad Ripoll.

**IX.- El Dictamen del Comité Ley N° 10.058 – Muerte Digna** fue producido el día **23/06/2023**(Op. N° 13627589) y se expidió consultivamente en opinión unánime de todos sus integrantes, Dr. Armando S. Andruet (h), Dr. Carlos A. Soriano, Lic. Enfermería Iris Alicia Maders, Dra. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F. Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré.

Este instrumento, en el título “**I.- Antecedentes**” describe:

“...Que con fecha 15 de junio del corriente año, se hizo llegar al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, una solicitud de intervención del ‘Comité Ley 10.058 - Muerte Digna’, girado por el Director del Hospital Municipal de Urgencia, Dr. Mariano Marino, a los efectos de lograr un criterio respecto a una controversia que se ha planteado en dicha Institución, entre el Comité de Bioética Hospitalario del nombrado nosocomio y el Equipo Médico tratante del paciente.

*A los nombrados efectos, se han acompañado como instrumentos necesarios para la nombrada intervención solo los que ahora se enumeran: i) la nota antes indicada, ii) Una nota, dirigida al Señor Director del Hospital y firmada por el Equipo Médico, de fecha 14.VI.23 por los Dres. Perla Blanca Pahnke (Jefa Dpto. Clínica Médica), Sebastián Paván (Sub Jefe Serv. Clínica Médica) y tres firmas más, iii) Una nota, que no tiene firma y supuestamente ha sido realizada por el Comité de Ética que tiene fecha del día 4.V.23 y por la que, “se decide la adecuación del esfuerzo terapéutico” del Señor J.S., “Lo que implica no reanimar ante un Paro Cardiorrespiratorio, no realizar intervenciones extraordinarias e invasivas, no conectar al respirador de necesitarlo, suspender alimentación e hidratación, mantener la medicación necesaria para evitar el dolor”; iv) Una nota, emitida por el Comité de Ética que no tiene fecha y titulada ‘Análisis y Recomendaciones’, firmada por la Dra. Soledad Ripoll (Coordinadora Red Municipal de Bioética) y cuyo último párrafo indica “Se recomienda respetar las decisiones subrogadas de la familia de J.S., que protegen su derecho a morir dignamente, evitando ‘la muerte en cuotas’ ‘el duelo lento (un duelo sin muerte biológica) en un marco de Humanización de la Salud y en el encuadre legal de Ley nacional 26.742, ley provincial 10.058, arts. 59 y 60 del Código Civil”; v) Una nota, realizada por el Comité de Bioética de fecha 5.VI.23 cuyo último párrafo indica “Finalmente se acuerda que luego que los familiares subrogantes firmen el consentimiento informado se comenzará la tarea de adecuación de esfuerzo terapéutico, en un marco de un trabajo consensuado entre el Equipo de Salud y la familia para llegar a la toma de decisiones compartidas”.*

*Que al día siguiente del requerimiento de intervención del ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’, se solicitó la convocatoria del mismo, para el próximo día hábil siguiente, esto es, 21.VI.23. En la nombrada fecha, se hicieron presentes, la totalidad de los integrantes del nombrado Comité, esto es, su Presidente, Dr. Armando S.*

Andruet (h), y los integrantes que se indican, Dr. Carlos A. Soriano, Lic. Enfermería Iris Alicia Maders, Dra. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F. Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré. Reunidos los antes dichos, aun con los **pocos elementos de juicio** que se contaban, se hicieron los intercambios necesarios que permitieron generar una **orientación aunque incompleta de los extremos en discusión y a la vez, un repaso no exhaustivo de las normativas** que rigen la materia y que son fuentes legales que sirven para la materialización de la presente respuesta.

Corresponde señalar, que atento a que el Comité **estaba muy lejos de poder alcanzar alguna certeza** la solicitud, en razón de la **carencia de documentación** que fuera adjuntada, se ha oficiado con carácter de urgente al Hospital de Urgencia para que sea remitida la **totalidad de la historia clínica y registros complementarios** que puedan existir para con ello, tener completa la base fáctica sobre la cual, se habrá de producir el respectivo dictamen.

Recibida con fecha **22.VI.23** la **historia clínica completa** del Señor J.S., el 'Comité Ley 10.058- Muerte Digna' ha vuelto a tener una reunión completa de todos sus integrantes, más allá de las deliberaciones singulares que entre Miembros han existido, es como se ha arribado en consideración y voto unánime de los integrantes, dejando facultado al Señor Presidente del 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna' por razones de celeridad y mayor respeto a todos los intervinientes en el presente trámite, que su sola firma, resulta representativa del acuerdo de la totalidad de los integrantes del Comité.

Dicho todo esto, se delibera de la siguiente manera...”.

Con el título **“II.- Carácter de la devolución consultiva”** se expone:

“El 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna' ha sido creado en la respectiva reglamentación de la ley citada y mantenido como tal, en la ley 10.421, que modifica el texto anterior en diversos artículos como adecuación que la ley provincial vigente

al año 2015 realiza al texto del art. 59 inc. 'g' del Código Civil y Comercial de la Nación, el que a su vez, refleja cuasi integralmente el texto del artículo 5 inc. 'g' de la ley 26.742.

Cabe señalar que el art. 21 bis -incorporado por la ley 10.421- prescribe que el presente 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna', “entenderá consultivamente (...), como así también de cualquier otra cuestión que por aplicación efectiva de la presente Ley se pudiere generar”; y luego en el art. 21 ter se indica que dicho Comité “(...) intervendrá cuando el paciente no hubiere formalizado su Declaración de Voluntad Anticipada (DVA) y la decisión fuere tomada por los representantes legales en los términos del art. 24 de la presente ley”.

De tal manera que por una doble condición, la prevista en la segunda parte del art. 21 bis y la contenida en el art. 21 ter; está habilitada la competencia para la intervención de este 'Comité Ley 10.058- Muerte Digna' en el caso que ha sido enunciado más arriba y por lo que, se ha abocado a su tratamiento. Debiendo dejar completamente aclarado, que la opinión que se habrá de formular y comunicar por vía ministerial como corresponde, no es prescriptiva sino completamente orientativa y consultiva y por lo que, **no podrá ser apreciada en ningún caso como un criterio de definición incuestionable, porque sencillamente no lo es, se trata de mera orientación recomendativa** que quizás tiene como fortaleza el poder considerar los **tres aspectos centrales** que en este tipo de situaciones están en tensión y por ello disparan la reflexión: i) **lo médico-clínico con los parámetros de buenas prácticas consolidadas,** ii) **lo espiritual-afectivo de los familiares del paciente internado,** iii) **los enclaves jurídicos que definen las acciones posibles o no de realizar en este tipo de casos.**

Comprendemos que con buen criterio el Hospital de Urgencia de la Ciudad de Córdoba, ha visualizado con mayor crédito para la Institución, el Equipo de Salud, el Comité de Bioética Hospitalario (en adelante CBH) y los familiares del Señor J.S.,

que la recomendación que habrá de brindarse será suficiente para **evitar toda situación de judicialización del evento que implicaría mayores desgastes morales y dispendio temporal para todos los involucrados, comenzando por la familia del Señor J.S.**”.

A partir del título **“III.- Breve cronología del evento clínico en cuestión”** se relata:

“Con fecha 13.III.23 ingresa al Hospital de Urgencias el Señor J.S. de 64 años de edad con un diagnóstico de traumatismo cráneo encefálico, originado en un caso de violencia ciudadana. El nombrado, tiene por oficio labores de jardinería. Tiene 3 hijos. Su hija M.S vive con él y junto a su ex pareja, los otros dos hijos J. y M. no viven con él. La visita hospitalaria está en cabeza de M.S. y también de una hermana de J.S., de nombre S. Toda la documental con que se cuenta, refiere a que M.S. tiene gran pesar por la situación de su padre. Se destaca en la nota de fecha 4.V.23 del CBH lo siguiente “Respecto a la muerte lo que hablaron con su papá fue sobre su deseo de ser cremado, respecto al estado actual dice ‘Si se despierta y se ve así, va a buscar la forma de matarse, yo lo conozco y es muy creativo’”.

En otro párrafo se indica “Se establece comunicación telefónica con S. la hermana de J.S., quien refiere que ‘no quiere que sufra’, ‘mi hermano no se querría ver así incapacitado’, ‘yo sé lo que es mi hermano y no querría verse así’. ‘Que M.S esté de acuerdo es un alivio, ella vivió toda la vida con él, es muy compinche y sabe lo que él querría’ - S. crio a un hijo de J.S, J., y dice que estudió para paramédico y sabe sobre la situación actual del padre por lo que estaría de acuerdo con una Muerte Digna”.

El CBH realiza una memoria que tiene como título ‘Análisis y Recomendaciones’, firmado por la Dra. Soledad Ripoll (Coord. De la Red Municipal de Bioética Clínica Social) de la cual ya se ha copiado más arriba el extracto necesario, que como tal, orienta a que se respete el proceso que protege un derecho a morir dignamente a J.S.; y para lo cual, la familia brindaron su consentimiento para que se procediera al retiro

de las medidas de soporte vital. Se indica en tal lugar “Durante este proceso de toma de decisiones compartidas, descubrimos una familia que ya tiene una definición propia de irreversibilidad que se diferencia de otras definiciones ‘que papá abra un ojo, o mueva una mano, no significa que es Mí Papá’ consideran que irreversibilidad se establece cuando J. perdió los atributos de persona”.

Con la remisión de la historia clínica se pueden mejorar ciertas apreciaciones que hasta el momento habían sido colectadas por la intermediación del CBH, pues por caso la nota del día 4.V.23 firmada por dos hijos que son J.S. y R.M.S.O, en ella se referencia que la hija –R.M.S.O.- dice ‘papá y ano está desde hace dos meses’, ‘es inaguantable verlo así, es inhumano’, ‘no me pueden decir que ese que está ahí es mi papá’, ‘cada vez más lleno de agujeros, uno para que coma, otro para que respire, una bolsa colgada con el alimento que a su estómago’, ‘esto es un duelo lento’, ‘mi vida está estancada con la de mi papá’ (...) En razón del estado irreversible de J.S., teniendo en cuenta lo expresado por los familiares como subrogantes y portadores de la voz de J.S., asistiendo su derecho a morir dignamente; en el marco de la ley 26.742 de Muerte Digna, se decide la adecuación del esfuerzo terapéutico”. En la mencionada nota, se indica que “Se establece comunicación telefónica con S. la hermana de J.S., quien refiere que ‘no quiere que sufra’, ‘mi hermano no se querría ver así incapacitado’, ‘yo sé lo que es mi hermano y no querría verse así’”. Además de estar firmada por las personas que se han indicado más arriba, también lo hace la Lic. Mag. Soledad Ripoll (Coord. Red Municipal de Bioética) y José Viñola (Lic. en Enfermería).

Cabe señalar aunque sea una cuestión incidental y que puede no tener mayor interés operativo, que no se puede pasar como inadvertido la notable desorganización que se advierte en modo ostensible, en la construcción de la historia clínica y quizás el evento que empieza evidenciado ello, es que la misma no se encuentra debidamente

*foliada y por ello, no se puede hacer una referencia directa al lugar donde está lo que ahora se referencia.*

*De la misma historia clínica adjuntada, resulta un evento que no se había traslucido de la información acotada que fue girada por el Director del Hospital de Urgencia de la Ciudad de Córdoba, como es, que el Sr. J.S., después de aquellas notas de fecha 4.V.23 por la cual, se solicita y se deja constancia de la voluntad representada de J.S. para que el Equipo médico proceda a la adecuación del esfuerzo terapéutico, el mismo es efectivamente cumplido y con ello, se suspendieron la alimentación e hidratación respectiva. Sin embargo el día 14.VI.23, el Equipo Médico, reinstala las medidas de esfuerzo terapéutico.*

*Ello resulta en una suerte de memoria que el CBH realiza con fecha 16.VI.23 firmado por la Lic. Mag. Soledad Ripoll y Lic. en Enfermería José Viñola y que son las últimas páginas (sin foliar) de la historia clínica remitida. Aun cuando sea extenso el párrafo, es importante consignarlo para darle toda la entidad a lo que finalmente se habrá de recomendar, se escribe "(...) En el documento presentado, los profesionales médicos, aducen que se niegan a cumplir con AET, acordado en reunión deliberativo a realizada entre familia, médicos tratantes e integrantes del CHB el día 5.VI.23, debido a que J.S. no cumple con los criterios de irreversibilidad, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el momento del ingreso del paciente el día 13.III.23.*

*Como integrantes del CHB nos preguntamos: ¿Por qué, no consideraron este impedimento en la reunión anterior realizada con la familia el día 5.VI.23? Si bien el tema de los tiempos necesarios para declarar la irreversibilidad del cuadro, se plantaron como un motivo por el que no se había respetado la suspensión de hidratación y alimentación solicitada por la familia el día 5.V.23, ante esta explicación la familia sostuvo la decisión de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico en dicho sentido, debido a considerar el criterio de irreversibilidad de J.S. desde la*

**concepción de pérdida de atributos de persona.** El equipo médico procedió a evaluar el estado neurológico de J.S. el 8.VI.23 y 9.VI.23 (según informan en la nota presentada), 88 días posteriores a su ingreso (sin informar a la familia de las respuestas obtenidas en dicho examen). Posteriormente a dicha valoración, suspendieron medidas de hidratación y alimentación el día 10.VI.22, momento en que se colocó en la historia clínica el consentimiento informado por todos los integrantes de la familia.

El día 14.VI.23, cinco días después de haber suspendido hidratación y alimentación, presentaron la nota de negativa de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico y ese mismo día reiniciaron las medidas de hidratación y alimentación, tomando la decisión de manera unilateral debido a que la familia sostenía su decisión de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico, aun después de ser informada del documento presentado por el equipo de salud tratante”

Con fecha 5.VI.23 existe otra nota que refleja una nueva entrevista que tiene el CBH con R.M.S.O. y J., en la cual la primera de las nombradas indica que “los médicos no nos explicaron porque no hicieron caso a lo que firmamos. Ante esa afirmación solicita que algún médico le explique el motivo por el cual no se respetó el documento anteriormente firmado principalmente en lo referente a la suspensión de alimentación e hidratación (...). Se le explica que no ha transcurrido el tiempo estipulado para declarar a su padre en estado vegetativo persistente/permanente, razón por la cual no pueden declarar la irreversibilidad de su estado y por este motivo no se suspendió la alimentación e hidratación”. Luego de ello, R.M.S.O. insiste señalando al Equipo Médico que “yo los entiendo, pero háganlo’, ‘quiero que lo corten, que corten todo’”. Dicha nota tiene firmas aclaradas de S.N.S., M.S., N.B.P., R.M.S.O. y una sin aclarar con un número de DNI. El último párrafo de esta nota ha sido ya transcripto más arriba.

Finalmente con fecha 14.VI.23, del Equipo Médico, Dres. Perla Pahnke, Sebastián Paván, Fernando García Colmena, Andrea Vilkelis y las licenciadas en Enfermería Susana Ludueña y Tania Ugarte, dirigida al Director del Hospital, indicando su negativa a la adecuación del esfuerzo terapéutico a J.S. “en contraposición al consentimiento informado firmado por los familiares del paciente, y sugerido por el Comité de Bioética Hospitalario. Motiva dicha decisión, que el paciente no cumple criterios de irreversibilidad aun. Está en Escala de coma de Glasgow 7/10 (...) en estado vegetativo persistente por lesión traumática, que para considerarse irreversible dicho estado, deben pasar 12 meses, según ley 10.058 (...). El día jueves 08/06/23 y viernes 09/06/23, durante el examen físico el paciente presentó movimientos espontáneos (elevación de miembro inferior derecho) y los mismos también fueron evidencias por el personal de enfermería”.

En el título “**IV.- La matriz normativa y jurisprudencial en análisis**” se analiza:

“En el año 2009 en el orden nacional, se promulga la ley 26.529 que se la conoce como de ‘Derechos de los pacientes’, dicha ley, nunca entró en vigor porque no fue reglamentada. Ínterin de ello, se modifica el texto de la misma, como consecuencia de un caso conocido por su epónimo –Ley Camila (Herbón Sánchez)- de una recién nacida que por falta de oxigenación queda con muerte cerebral y el equipo médico, comprendía que no correspondía retirarle las medidas de soporte vital. La familia de la criatura, logra una modificación central en la ley que nunca había entrado en vigor, y que es, lo que se conoce como el rechazo a prácticas de alimentación y/o hidratación parenteral o enteral, materia sobre la cual, existía discusión en orden a su posibilidad de rechazo. De tal modo, que tales criterios se incorporaron a la nueva ley del año 2012 y que se nombra como ‘Derechos de los pacientes y Muerte digna’ (adviértase el cambio en su denominación), que lleva el número 26.742.

Dicha ley fue reglamentada mediante el decreto 1089/12 y es la vigente en este

tiempo.

*Promulgada la ley nacional antes dicha, la Legislatura de Córdoba, que había tenido algunos intentos fallidos en dictar una ley que incorporara las directivas médicas anticipadas o voluntad anticipada puesto que no tiene competencia para eximir de responsabilidad a los Equipos Médicos por seguir una directiva anticipada, como la ley 26.742 las incorpora con esa extensión, encuentra en dicha ley, el plafón suficiente para dictar una ley provincial en función del poder de policía que sobre materia sanitaria las provincias se reservan, así dicta una ley propia sobre un ámbito específico de dicha ley nacional, puesto que su interés estaba en avanzar en el campo de las voluntades anticipadas de los ciudadanos.*

*De cualquier manera habrá de hacer una limitación al carácter extenso que la ley nacional había dado al rechazo de la alimentación y/o hidratación. Dirá así la ley provincial 10.058 (2012) que tales medidas, son ‘cuidados mínimos no dispensables’ y por lo tanto, lo que una ley nacional permitía, una ley provincial negaba. La nombrada ley 10.058, se reglamenta mediante el Decreto 1276/14, entre otras cuestiones que allí se consideran relativas a la mecánica, funcionamiento y objeto del texto; también se crea el ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’, que ahora interviene.*

*Con posterioridad en el año 2015 se reforma el Código Civil, dictándose un nuevo Código Civil y Comercial de la Nación y en tal lugar, se toman dos grandes secciones de la ley 26.742, esto es, lo que corresponde al consentimiento informado y lo relacionado con la alimentación y/o hidratación por una parte y por la otra, lo que concierne a directivas médicas anticipadas. La legislatura provincial, atento a que ya no se trataba de una ley nacional que invitaba a las provincias a adherirse (ley 26.742) sino expresos artículos (59 y 60) del nombrado CCCN, la ley provincial 10.058 debía adecuarse a dicho instrumento y por ello, se dicta la ley provincial 10.421 que retira del texto, el concepto de que los ‘cuidados mínimos no son*

*dispensables' y otros temas que ahora no importa revisar.*

*De esta forma, el marco normativo más allá de otros aspectos no definatorios a lo que importa ahora, es semejante en lo nacional y provincial, aunque sus alcances en buena parte son sobre materias diferentes.*

*En materia jurisprudencial existe el antecedente más significativo que se puede mencionar y que ha sido dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2015, antes de la reforma del Código Civil, es el caso 'Marcelo Diez'. En dicho pronunciamiento, se pueden advertir dos cuestiones centrales, que aun no existiendo una directiva de voluntad anticipada efectivamente brindada, la misma puede conjugarse a partir de elementos probatorios de personas cercanas al fallecido, quienes dan fe que ese estado -estado vegetativo- no hubiera sido nunca aprobado por la persona, con lo cual se hace valer una suerte de voluntad anticipada de una persona que carece de conciencia, pero que alguien habla por él, porque conoce su misma realidad biográfica la puede reconstruir y decir.*

*Por otra parte no es menor, la insistencia que en el fallo se apunta respecto a encontrar caminos de concordia para llevar adelante diversas situaciones bioéticamente dilemáticas que se pueden presentar, tratando de encontrar la satisfacción de los deudos del enfermo que no quieren otra cosa que el bien para el paciente y las adecuadas coordinadas en tal sentido por los equipos médicos y comités de ética o bioética hospitalarios”.*

En el título “**V.- La centralidad de lo controvertido**”

*“Se reduce específicamente -en las lecturas de los actores centrales- a la **temporalidad que debería tener el estado vegetativo** que tiene el Señor J.S., para que, según dice el Equipo Médico pueda ser considerado que el mismo es entonces irreversible. A este efecto señala tal ámbito que **se debe contabilizar al menos 12 meses** y para lo cual, se cita la exigencia misma que recoge del art. 5 de la ley 10.058*

*modif. 10.421, cuando en el inc. 'e' de dicha norma dice: "Estado Vegetativo Permanente: estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática". Agrega el Equipo, que ello es igualmente compartido por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva o revisiones científicas recientes.*

*Por su parte el CBH sin desconocer la irreversibilidad que pueda existir, sino además, sumando al análisis elementos que se ubican en la condición más biográfica de la persona y no solo biológica de ella, señalan que ante la imposibilidad de una supervivencia con una calidad de vida mínima aceptable, se debe orientar un diálogo que abra el camino para la limitación de los esfuerzos terapéuticos y tratamientos de soporte vital y adecuar cuidados paliativos correspondientes.*

*Corresponde recordar que la totalidad de la familia de J.S. han firmado y/o postulado dos veces un consentimiento informado, donde refieren su deseo que al Señor J.S., le retiren todos los soportes vitales periféricos y se ajuste la adecuación del esfuerzo terapéutico.*

*Con dicha declaración unánime del colectivo familiar, se despeja a tal tiempo al menos, toda incertidumbre que a futuro se pueda generar respecto a la consistencia de la solicitud hecha valer por hijos, hermana y ex pareja del Señor J.S. y que en el caso, no habiendo dejado éste, voluntades anticipadas, queda completamente al amparo de la ley 10.058 modif. 10.421 en su art. 21 ter la plena competencia para intervenir el presente 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna', puesto que allí se indica que "(...) intervendrá cuando el paciente no hubiere formalizado su Declaración de Voluntad Anticipada y la decisión fuere tomada por los representantes legales en los términos del artículo 24 de la presente ley".*

*Dicho lo anterior, corresponde la reflexión de fondo del problema en ciernes. Para*

ello presentamos las siguientes cuestiones que ayudarán arribar a una definición y orientar la recomendación, así: 1) ¿Tiene la centralidad que se le ha dado, la temporalidad del estado vegetativo persistente?, 2) ¿Existe alguna otra vía explorable, que permita superar el dilema bioético que se presenta?

Respecto a la primera cuestión, corresponde señalar que si bien es cierto que la ley 10.058 modif. 10.421 ha dado una descripción que se compadece con lo que técnicamente las sociedades científicas sostienen, en orden a que recién después de doce meses, cuando el estado vegetativo persistente es por lesión traumática, se puede señalar que el mismo es permanente y de ello se sigue por lógica definición su 'irreversibilidad', cabe agregar, que dicho artículo 5 (10.058 modif. 10.421) en donde ello consta, en rigor no debe ser tenido como una norma de naturaleza prescriptiva fuerte, toda vez, que es un artículo en donde se clarifica definiciones y conceptos, entre ellas la de 'estado vegetativo permanente' (art. 5 inc. 'g'), pero que sin embargo deja abierta a otras que pueden establecerse por vía reglamentaria o que extensivamente la propia dinámica evolutiva de la ciencia médica y su aparatología puedan presentarse con mayor efectividad.

De tal manera que se puede señalar, que la naturaleza prescriptiva de dicho artículo es débil, porque al fin, puede cambiar porque los parámetros médico-clínicos que se tienen en cuenta sean otros o porque siendo los actuales, deben compatibilizarse con los demás elementos que se han venido a sumar a la reflexión, como es el mismo Código Civil y Comercial de la Nación.

En dicho orden, es siempre una hermenéutica jurídica válida en todo terreno, y por ello no se excluye al que nos ocupa, que la norma especial gobierna sobre la norma general y ello lleva a tener que reconocer, que lo especial en la ley 10.058 modif. 10.421 es la Voluntad Anticipada, en cuanto que su implementación orienta un camino de muerte digna y no, la matriz del consentimiento informado que está

establecida como central en el texto del art. 59 del CCCN y a lo cual, la ley provincial no hace ninguna mención.

Puesto en movimiento ambos núcleos reflexivo-normativos, emerge que la cuestión de haber pasado o no, el tiempo previsto en la definición del art. 5 inc. 'g' de la ley 10.058 modif. 10.421, pierde potencialidad, porque en rigor de verdad lo que está en juego, es otra cosa. Es si los familiares del Sr. J.S., pueden hacer valer como si fuera una Voluntad Anticipada, lo que han sostenido que como tal no desearía J.S. para sí, esto es, verse en esa condición de asistido mecánicamente atento a su estado vegetativo persistente. Tal aspecto, lo han hecho valer en modo incontrastable en las distintas evaluaciones que ha tenido con el CBH, la hija –R.M.S.O.- y también por la misma hermana de J.S., quien la referencia a la antes dicha, como la persona más próxima al paciente y por ello, quien mejor podía reflejar dicha condición de voluntad.

En cuanto corresponde a la segunda cuestión que se ha señalado, y dicho lo anterior, corresponde entonces tener por suficientemente asimilada la condición de autonomía de la voluntad de J.S., hecha valer por sus representantes. De tal guisa, que si las personas libremente pueden hacer valer una directiva anticipada rechazando una determinada acción como la que en este caso está en juego (vinculada con el rechazo y/o retiro del soporte vital de alimentación y/o hidratación), no habría ninguna razón justificada para no hacer valer igualmente ello, cuando la directiva anticipada es realizada ex post mediante sus representantes tal como la ley 10.058 modif. 10.421, lo permite en el art. 21 ter y que al fin, es lo que habilita la competencia funcional de este 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna' por ser ello, una materia específica al contenido y alcance de la voluntad anticipada.

No permitirlo, sería sin duda generar una afectación a la igualdad de derechos de las personas, puesto que, quienes están sanos y hacen una directiva médica anticipada o

*voluntad anticipada, pueden adelantar su negativa a recibir determinadas prácticas de soporte vital; mientras que otros, estando gravemente enfermos, pero no cumpliendo con los estándares de incurabilidad, irreversibilidad y no terminalidad; sin haber dejado una directiva médica anticipada, se encontrarían en ejercicio de un derecho personalísimo con menor entidad o potencia, que el que asiste a otras personas que han cumplido con la voluntad anticipada o directiva médica anticipada. A tal efecto el art. 59 del CCCN que se ocupa del ‘Consentimiento informado para actos medios e investigaciones en salud’ y que reproduce cuasi textualmente el art. respectivo de la ley 26.742 sobre igual materia, dice: “inc. g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;”. De esta norma resulta que **el concepto de irreversibilidad con independencia si son tres meses o doce, es una condición junto a otras que deben cumplir las personas que se encuentran en tales estados clínicos para rechazar el esfuerzo terapéutico.***

*Dicho artículo del CCCN, reproduce con algunas ligeras variaciones el art. 5 inc. ‘g’ de la ley 26.742.*

*Todo ello es lo que explica de la mejor manera posible, porque la ley provincial y en consecuencia este mismo ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’, tiene por denominación de ‘Declaración de voluntad anticipada – Muerte digna’.*

*A tal respecto vale la pena aclarar, que no azarosamente hemos indicado en el párrafo ante anterior, ‘rechazo y/o retiro’ del soporte vital, porque el Señor J.S.*

*inicialmente y a solicitud de la familia y la intervención del CBH, fue el Equipo Médico quien procedió a hacer una adecuación del esfuerzo terapéutico y con ello, 'retirar' el soporte y atender paliativamente la salud y síntomas del paciente; mas como luego, una nueva reflexión del Equipo Médico llevó a que volviera a ser reinstalado el soporte vital -inconsulta la familia de J.S.-, la solicitud que ahora se formula por el colectivo familiar -de subsistir ella- sería propiamente de 'rechazo' a esa nueva definición.*

*O sea que se está haciendo valer en tiempos sucesivos, por los familiares de J.S. tanto el 'retiro' como el 'rechazo' de operaciones (acciones y/u omisiones) que en este caso, se refieren a la alimentación y/o hidratación y que tal como se ha dicho, no es ello un campo específico sino solo incidental de la ley 10.058 modif. 10.421 y que, a juicio de las observaciones de la secuencia cumplida en el caso del Señor J.S., no se le habría dado la entidad completa que tiene ya que puesta en su completa dimensión la voluntad anticipada que se hace valer retrospectivamente por la intervención de los representantes del paciente, es que permite materializar diferente la misma apreciación de la 'irreversibilidad' que se ha nombrado y que se advierte entonces, que tiene una razón de ser, no solo médico-neurológica sino también jurídica que se asienta en lo normado por el art. 59 del CCCN.*

*Continuando con dicho derrotero en la presente deliberación y ahora mirando el art. 1 de la ley 10.058 modif. 10.421 se puede leer que allí dice: "La presente ley tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona -con plena capacidad de obrar- a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida". Dicho texto, naturalmente que guarda semejanza interpretativa con el que luce en el art. 60 del CCCN que regula las Directivas Médicas Anticipadas, y dice: "La persona*

*plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad... ”.*

*De tal guisa, que todo aquello que una persona con estado de lucidez puede consentir admitiendo o negando, es lo que también puede dejarlo a futuro destacado en una voluntad anticipada para el caso que por diferentes razones, dicha persona no tuviera lucidez suficiente para hacerlo ulteriormente.*

*A la luz de ello, cuando se revisa el alcance que tiene el art. 59 del CCCN, cuando habla allí del consentimiento informado, lo está explicando al mismo en un contexto de la persona en cuanto que no ha dejado una directiva médica anticipada o cuando no se puede reconstruir ex post ella -como se ha hecho en este caso- acerca de cuál hubiera sido dicha directiva médica anticipada o voluntad anticipada. Dicho artículo -si bien, iteramos- refiere a personas que no han dejado voluntad anticipada y por ello es que destaca que esa persona se debería encontrar en ciertos estados fácticos sanitariamente hablando, esto es, padeciente de una enfermedad irreversible, incurable, estado terminal o haber sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, es que podrá rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, de alimentación, reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital.*

*En nuestro caso, según comprende este ‘Comité Ley 10.058-Muerte Digna’, la asimilación de haber podido reconstruir una voluntad anticipada por el Sr. J.S. mediante la cual, ha negado ser sujeto pasivo de alimentación y/o hidratación o medidas de soporte vital, hace completamente innecesario estudiar si su situación es como de quien no hubiera dejado una voluntad anticipada y por lo cual, se debería colocar claramente una atención preferente en los estados sanitarios fácticos en que esa persona se encuentra y para lo cual, el concepto de enfermedad irreversible, incurable o estado terminal tienen una entidad que ahora no resulta propia de este análisis.*

*Pues eso es lo que resulta de la contribución armónica de los textos y no se nos escapa la complejidad de ellos, por esa razón cuando iniciamos el presente escrito destacamos los tres registros que centralizaban el problema; lo médico, lo afectivo y lo jurídico. Cada uno de ellos tiene una suerte de consigna no expresa que se podría reproducir en algo como: lo científico, lo empático y lo legal; es la capacidad de armonizar hasta donde se puede cada uno de ellos y encontrar la mayor cantidad de satisfacción para esos ámbitos en conjunto.*

*A modo de comentario al paso de la recomendación, hay que señalar, lo importante que es para este ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’, que la sociedad visualice la enorme trascendencia que tiene para la vida de las personas y en especial para su proceso de morir, el comprender la responsabilidad de cumplir con su voluntad anticipada en orden a que colaborará al aseguramiento de la dignidad de tales dramáticos momentos”.*

Finalmente, como capítulo conclusivo, en el título “**VI.- Recomendación y Orientación**” cierra la opinión consultiva y expresa:

*“Por todo lo que ha sido aquí deliberado y que se compadecen con sendas reuniones de trabajo que en conjunto la totalidad de los integrantes de este ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’ ha tenido, es que se **recomienda y orienta** al Señor Director del Hospital de Urgencia de la Ciudad de Córdoba, Doctor Mariano Marino, quien solicitara la intervención de este Comité con fecha 15.VI.23, que se brinde curso favorable sin dilaciones inadecuadas ni indebidas a la solicitud de la familia del señor J.S. de retirarle las medidas de sostén vital y, de asegurar de igual modo, los cuidados paliativos integrales al nombrado paciente. Teniendo como **condición necesaria y suficiente** para que ello pueda ser cumplido, si así es considerado finalmente por el Hospital de Urgencia de la ciudad de Córdoba, asegurar que la familia no haya decidido revocar su directiva médica anticipada hecha valer por representación de lo*

que, se deberá dejar documentación fidedigna que se mantiene en tal sentido la mencionada voluntad. De igual manera y carácter, que subsiste en la actualidad, el estado clínico del paciente y de lo cual, se deberá dejar suficiente y fehaciente registro en la historia clínica del paciente.

El 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna' ha hecho una evaluación lo más completa posible de la documentación consignada en la historia clínica del paciente y a la luz de ella, ha requerido las anteriores condiciones necesarias y suficientes.

Por lo que, saber que no se ha cambiado de opinión respecto al curso futuro de lo que significa hacer el retiro del soporte vital es para los familiares, una decisión trascendente que no puede ser en modo alguno ni desinformada ni precipitada y mucho menos forzada. La certeza de que no ha variado el cuadro clínico que ha hecho el diagnóstico de estado vegetativo persistente, es también en resguardo que ninguno de quienes están involucrados en el presente caso de 'J.S. – Traumatismo Cráneo Encefálico' no han dejado de maximizar el cumplimiento de las buenas prácticas médicas, acorde a los derechos que la ley 26.742, el Código Civil y Comercial de la Nación y la ley provincial 10.052 modif. 10.421 acuerdan.

Todo ello ha sido considerado y deliberado como las buenas prácticas bioéticas recomiendan, ejercitando una evaluación lo más completa posible de la totalidad de la información médica que ha sido girada por el Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba, dejando a que la Institución ya nombrada, con esta reflexión, sea quien tome el camino que crea que resulta más adecuado para el caso concreto y para lo cual, será inmediately girado el presente a la Señora Ministra de Salud de la provincia a los efectos de su información a la consultante.

De esta manera se expide consultivamente el 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna' en opinión unánime de todos sus integrantes, Dr. Armando S. Andruet (h), Dr. Carlos A. Soriano, Lic. Enfermería Iris Alicia Maders, Dra. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F.

Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré. Todo ello, a las 13.00 hs. del día 23 del mes de junio del año 2023, en la Ciudad de Córdoba”.

X.- En el Dictamen de fecha 26/06/2023 (Op. N° 13627589) el Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital Municipal de Urgencias destaca que:

*“...la experticia del equipo médico indicaría, en primer término, que J.S. en tanto persona paciente del Hospital de Urgencias, tiene derechos que deben ser respetados. Sin embargo, el esfuerzo terapéutico retirado y reincorporado posteriormente, demuestra que el cuidado de J.S. se centra en criterios estrictamente médicos, los cuales desatienden la dimensión personal centrándose específicamente en aspectos biológicos, neurológicos y fisiológicos. La persona queda reducida a un objeto de indagación, escrutinio y examen médico, para evaluar algún indicio de ¿vida? ¿conciencia? Al relegarse al paciente a una existencia dependiente de la voluntad médica, que contradice la voluntad de la familia, lo que aparece en el centro de la escena no es J.S. sino el cuerpo objeto de J.S. El reconocimiento de la dignidad de la persona se reduce, por tanto, a la dimensión biomédica y al amparo jurídico que establece una temporalidad ajena a la temporalidad vivida por el propio J.S. y su familia.*

*...el hecho de que J.S. se encuentre en una situación de vulnerabilidad propia del daño físico sufrido, no implica que sea el único actor sufriente, sino que la familia también está sufriendo un daño que se va agravando por la no escucha y atención médica a sus pedidos y a la reiterada afirmación sobre la voluntad del propio J.S.”.*

Entre diversas consideraciones, concluye que:

*“Se sostiene desde este Comité la recomendación de que se respeten los reiterados pedidos de la familia de suspensión de soporte vital, acorde a los derechos que la ley 26742, el Código Civil y Comercial de la Nación y la ley provincial 10058, modificada 10421 acuerdan...”(sic).*

**XI.-** El día 29/06/2023 (Op. N° 13627589) los familiares de J.S. interponen la presente **acción de amparo.**

**XII.-** El día 05/07/2023 (Op. N° 106517526) tuvo lugar la audiencia del art. 58 de la Ley N° 8465, ante las Sras. Vocales, Dra. María Soledad Puigdellibol y María Inés Ortiz de Gallardo, oportunidad en la cual comparecieron por la parte actora, las Sras. R.V.O., R.M.S.O., S.N.S. con la asistencia letrada de la Dra. Diva Ibargüengoytia. Por la parte demandada, Municipalidad de Córdoba, el Sr. Asesor Letrado Dr. Andrés F. Varizat y el apoderado Dr. Carlos Antonio Carelli, junto a los Dres. Mariano Gustavo Marino -Director del Hospital de Urgencias-, la Dra. Perla Blanca Pahnke -Jefa del Servicio de Clínica Médica-, el Dr. Sebastián Pavan -Subjefe de Clínica Médica-, el Dr. Fernando Jesús García -Jefe de Servicio de Neurocirugía-, el Dr. Federico Ariel Arce Sanmartino -Director de control técnico de la Secretaría de Salud- y el Sr. Secretario de Salud de la Municipalidad Dr. Ariel Aleksandroff; y el Sr. Asesor Letrado de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli. Abierto el acto y concedida la palabra a las partes, primero a la parte actora, luego a la demandada, a los profesionales intervinientes y al representante de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli, cada una expuso las razones en que sostienen sus respectivas pretensiones. Asimismo el Tribunal ordenó pasar a un cuarto intermedio para el día 21/07/2023; se citó a la Provincia de Córdoba, al Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias y al Comité Ley N° 10.058 – Muerte Digna.

**XIII.-** El día 21/07/2020(Op. N° 106821899) tuvo lugar la continuidad de la audiencia del art. 58 de la Ley N° 8465 ante las Sras. Vocales, Dra. María Soledad Puigdellibol y Dra. Daniela Susana Sosa,. Por la parte actora, comparecieron las Sras. R.V.O., R.M.S.O., S.N.S. y el Sr. J.A.S. a sus apoderados Dra. Nadia Diva Ibargüengoytia y Dr. Claudio Orosz; por la parte demandada, Municipalidad de Córdoba, el Sr. Asesor

Letrado Dr. Andrés F. Varizat y el apoderado Dr. Carlos Antonio Carelli, junto a los Dres. Mariano Gustavo Marino -Director del Hospital de Urgencias-, Dra. Perla Blanca Pahnke -Jefa del Servicio de Clínica Médica-, Dr. Sebastián Pavan -Subjefe de Clínica Médica-, Dr. Fernando Jesús García -Jefe de Servicio de Neurocirugía-, el Dr. Federico Ariel Arce Sanmartino -Director de control técnico de la Secretaría de Salud-; por el Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias, la Licenciada María Soledad Ripoll, la Licenciada Ruth Moreno Johannesen, el Licenciado José Alberto Vinola, acompañados por su letrado patrocinante Dr. Sebastián Sandoval Junyent; por el Comité Ley N° 10.058 – Muerte Digna, el Dr. Armando S. Andruet (h) en su carácter de Presidente, y el Dr. Julio Ricardo Bartoli; por la Provincia de Córdoba, las Dras. Silvana M. Chaig y María Florencia Malvasio junto con el Dr. Nicolás Zavaley, Director General Legal y Técnico del Ministerio de Salud de la Provincia y el Sr. Asesor Letrado de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli. Abierto el acto y concedida la palabra a las partes, primero a la parte actora, luego a la demandada, a los profesionales intervinientes, cada una ratificó las razones expuestas en la audiencia del 05/07/2023 y agregaron las circunstancias acaecidas hasta el día de la fecha.

Las representantes de la Provincia de Córdoba aclararon que su representada es ajena a la cuestión que se debate en los presentes autos.

Los representantes de los Comités mencionados ratificaron las opiniones vertidas en sus respectivos dictámenes y agregaron extractos de lo manifestado en la presente audiencia, cuyos originales se reservan en Secretaría.

Por último, se le dio intervención al representante de la Asesoría Civil de Sexto Turno, Dr. Mauricio Romagnoli, quien manifestó a este Tribunal su interés en realizar una visita al Sr. J.S. en el Hospital de Urgencias. A pedido de la parte actora, los presentes prestan conformidad para que concluida la audiencia, los miembros de los Comités

reconozcan las firmas insertas en los informes y dictámenes acompañados en la demanda. Finalmente, el Tribunal dispuso que la causa continúe según su estado. En esta oportunidad se agregaron al expediente electrónicos los **apuntes** del Comité de Ética Hospitalario y del Comité Ley 10.058 Muerte digna (Op. N° 106822754).

La detenida lectura del primero de ellos, permite considerar incompleto el relato de los hechos, toda vez que ha omitido reseñar que el día **21/06/2023** (Op. N° 13627589) se confeccionó en una Hoja de Evolución, **suscripta por la Lic. Ruth Moreno y la Lic. María Soledad Ripoll** acompañada por la parte actora como documental al momento de interponer la demanda, constancia de la reunión mantenida ese día con las profesionales mencionadas y con el hijo y hermanada de J.S., que indica:

*“Se presenta el hijo J.A.S. y la hermana S.N.S. y plantean ante el Comité Hospitalario de Bioética que:*

*...La familia se trasladó a Tribunales para presentar una nota en respaldo del proceso de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico que se estaba realizando.*

*Llegaron al Hospital y lo vieron reconectado lo que provocó “crisis en M. y malestar en la familia”.*

*Al verlo conectado sintieron (J. y S.) “un mínimo de esperanza”.*

*J. dice “Ahora que lo reconectado que le hagan los estudios que había dicho el director” “Que dijo que si lo conectaban en unos días se hacían todo en Oulton”.*

*J. y S. no se muestran arrepentidos ante la decisión tomada con anterioridad sino que refiere que “ya que lo reconectaron que se los hagan”.*

*Esperan la respuesta de la Dirección y una explicación de “los médicos que lo conectaron de vuelta” “Que a lo mejor vieron algo...”.*

**XIV.-** El día **21/07/2023** (Op. N° 106822160) tuvo lugar el **reconocimiento de firmas** por parte del Dr. Armando S. Andruet, Presidente del Comité Ley 10.058 Muerte Digna, y la Lic. M. Soledad Ripoll, Coordinadora de la Red Municipal de Biótica.

Ambos reconocieron su firma en los informes y dictámenes acompañados por la parte actora en la operación de “demanda”.

**XV.-** El día **03/08/2023**(Op. N° 13987883, 13987158, 13987031, 13984793, 13984771, 13984690) la Municipalidad de Córdoba respondió a la informativa y agregó la Historia Clínica N° 91.567 de J.S.

En la foja del Servicio de UTI se consigna:

*“TC Cerebro:*

*Hemorragia subaracnoidea a nivel cerebeloso con asimetría del IV ventrículo que se extiende a nivel fronto temporal bilateral con neumoencefalo.*

*Fractura occipital parasagital derecha que se extiende por la basa del cráneo, por el extremo del peñasco hasta la fosa temporal.*

*Fractura de apófisis cigomática izquierda.*

*Diagnóstico:*

*TCE GRAVE*

*Tx facial*

*BRONCOASPIRACIÓN”*

*Asimismo se consigna con fecha 07/05 “paciente con Glasgow 3/15 estable hemod, afrebril, tolera dieta x gastro, buen ritmo diurético.*

*En condiciones de pasar a sala común.*

*Se avisa a familiares”.*

El **informe de la Tomografía Computada de cerebro de fecha 12/03/2023**expresa:

*“Se realizó TCMD de cerebro con reconstrucciones multiplanares.*

*A NIVEL INFRATENTORAIL*

*Asimetría del IV ventrículo por hemorragia ubaracnoidea cerebelosa.*

*No se observan alteraciones densitométricas del tejido nervioso infratentorial.*

*A NIVEL SUPRATENTORIAL*

*No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.*

*Sistema ventricular supratentorial de topografía y morfología normales.*

*Hemorragia subaracnoidea a nivel cerebeloso con asimetría del IV ventrículo que se extiende a nivel frontotemporal bilateral con neumoencefalo.*

*Surcos corticales conservados.*

*Fractura occipital parasagital que se extiende en la basa del cráneo por el extremo del peñasco de la fosa temporal.*

*Fractura de apófisis cigomática izquierda”.*

El informe de la **Tomografía Computada de cerebro de fecha 15/03/2023** informa:

*“Se realizó TCMD de cerebro con reconstrucciones multiplanares.*

**A NIVEL INFRATENTORIAL**

*El IV ventrículo y el conjunto de los espacios subaracnoideos basales presentan topografía y morfología normales.*

*No se observan alteraciones densitométricas del tejido nervioso infratentorial.*

**A NIVEL SUPRATENTORIAL**

*Se observan contusiones hemorrágicas frontales bilaterales con edema perilesional, observándose las de mayor tamaño del lado izquierdo, que ocasionan efecto de masa desplazando las estructuras de la línea media y colapso de asta frontal del ventrículo lateral izquierdo.*

*Signos de HSA.*

*Se observa trazo de fractura a nivel de la base del cráneo que compromete al occipital derecho.*

*Fractura de la apofisis cigomatica izquierda”.*

**XVI.-** El día **04/08/2023**(Op. 107361367) se receiptó la declaración testimonial del Dr. Carlos Soriano con la presencia de las Dras. María Soledad Puigdellibol, Daniela S. Soria, de las abogadas de la parte actora Alina Noelia Dutto y Nadia Diva

Ibargüengoytia, de los Dres. Martín Bobone y Federico Arce por la Municipalidad de Córdoba y por parte de la Asesoría Civil de 6to Turno el Dr. Mauricio Romagnoli.

En su declaración testimonial, según literal transcripción, expresó que:

*“...tiene cuarenta años de terapia intensiva y dentro de esos años a la bioética que es una tras disciplina que abarca muchos temas y hay subespecialidades, dentro de ellas me dedique en estos 28 años a la muerte digna. Tengo dos libros publicados al respecto y numerosos artículos y he sido docente durante dos años de la cathedra de bioética y maestría de bioética y dictado numerosos cursos sobre la muerte digna a lo largo de todo el país, por ejemplo el año pasado salió en junio del 2015, publicación número 36 de todo el país “MORIR CON DIGNIDAD EN ARGENTINA – VERDAD O UTOPIA”.*

Añadió que:

*“soy parte de la comisión que modifíco la ley 10058 a finales del 2015 sancionada en 2016, allí se modifíco la 26742 la ley nacional, al salir la ley de córdoba, había diferencias, una sustancial, que no permitía retirar la hidratación o nutrición en este tipo de pacientes incurables, irreversibles o en estado terminal. No se lo digo textual, es mas largo, pero se lo puedo decir, entonces cuando vimos, soy miembro de la comisión de bioética del consejo de médicos, cuando vimos que se modifícabá el código civil en agosto de 2015 art. 59 inc g, vimos que decía lo mismos que la 26752, incurable, irreversible o terminal, pensamos que no podía haber una ley provincial que fuera contra el código civil y pedimos a los legisladores que se tenía que modifícar la ley. Los legisladores nos escucharon y se pudo modifícar la ley, no el art. 23, pero si logramos que se creara una comisión AD HOC LEY DE MUERTE DIGNA, creo art. 21 de la modifícatória, no recuerdo, para casos dilemáticos de muerte digna entonces esa comisión desde el comienzo con el Dr. Andruet como presidente fui unos de los miembros, desde entonces a la fecha, la única vez que se tuvo que reunir esta*

*comisión fue en esta oportunidad y fue porque habitualmente estos casos se resuelven, yo tengo consultas semanales, las cuales no cobro, y voy a asesorar a la familia y médicos tratantes, hemos hecho un estudio en consejo de médicos donde demuestran que profesionales de terapia intensiva que están cargo del área o neonatales, desconocen leyes que tienen que ver con esto de la muerte digna y no hicimos el estudio en la gente, nosotros inferimos que los profesionales lo desconocían, la gente que no tiene acceso también, pero demostramos con una encuesta, en donde se desconocían las leyes, 26742, es una modificatoria de 26529, art. 2 inc e modificado, de esa modificación mal llamada muerte digna, es art. 1 dice modifíquese el artículo dicho, igual que la ley cordobesa porque hay ley de directiva anticipada. Entonces tengo consultas habituales, una por semana, en todo el país también, aquí voy personalmente a ver al paciente o al domicilio del mismo, las consultas no son cortas, de esas cinco horas, porque los hermanos piensan y dicen diferentes cosas, los profesionales, so largas las consultas y habitualmente como sugiere el fallo MAD de 2015 de CSJN es un tratado de bioética ese fallo, realmente, porque varios de mis amigos colegas estuvieron allí asesorando y los jueces que no tienen porque haber todo se basaron en esas devoluciones y es un tratado realmente ese fallo de bioética. Una de las cosas fundamentales es que se aconseja no judicializar estos casos, porque se resuelve consensuando con el médico tratante y no se re victimiza al paciente y los familiares, por ello el fallo lo aconseja, porque la ley es clara para actuar al respecto para actuar con tranquilidad los profesionales y la familia. Entonces, tuve contacto con el paciente JS. Porque como miembro del comité es responsabilidad ver al paciente y revisarlo, primero hable con la Sra. S. para pedir permiso, después hable con la coordinadora del comité y juntos fuimos a revisar al paciente, estábamos esperando que otro enfermero del comité hospitalario venga José Vignola, nos quedamos en el pasillo esperando a la otra médica, en ese momento llegan cuatro*

guardias de seguridad y la señora que sale a buscar a la médica, fue muy difícil ese momento, al parecer no querían que vea al paciente, la primera vez que me pasa, tuve que revisar la paciente con guardias de seguridad y medicas mirándome en esa posición, lo revise lo mas profesionalmente posible. A la pregunta de la Vocal Puigdellibol sobre si conoce los nombres de las médicas que estaban allí, el testigo dice que a una médica que conozco es la Dra. Elizabeth Piva y las demás eran dos medicas residentes. Previamente me había identificado al ingresar, no entendiendo porque vinieron entonces a controlar mi accionar. Para poder revisar al paciente la coordinadora del comité se tuvo que comunicar vía telefónica con el director del hospital, a lo que me pregunta porque no le avise al miso director que voy. Lo que conteste que no hace falta, que pido permiso a la familia y médico de guardia, y en base a eso se revisa o no. Nunca hablo a un director, molestarlo para ello, pero el director accedió y pude revisarlo en ese contexto y características, hice un examen neurológico exhaustivo, que no significa clínico, me falto darlo vuelta, pregunte si estaba escarado y me dijo que no, a la semana descubro que si tenía, de grado cuatro, eso quiere decir que hay zonas necróticas, muertas, yo no lo di vuelta, fue el único error que cometí. Le hago los diversos estímulos en estado vegetativo persistente, es una persona que ya por una cuestión metabólica, epoxia de falta de oxígeno que va al cerbero, sufre muerte de neuronas de toda su corteza, corticales, todo su cerebro superior, donde están las neuronas, en el tallo también pero es parte inferior que nos permite respirar y otras cuestiones neuro vegetativas, la parte superior es lo que hace que sienta dolor, si esta todo muerto no puedo sentir dolor, alegría, placer, no tengo contacto con el exterior, no puedo tragar ni contener esfínteres, tiene ciclos de sueño vigilia, están despiertos, con los ojos abiertos. Escala de Glasgow que no tienen el mismo valor que al comienzo, se basa en tres cuestiones: 1-respuesta al dolor, de tres puntos que es sin cerbero vivo, y 15 puntos que tenemos la mayoría, el que habla, es

capaz, se mide con tres cuestiones, la respuesta verbal, si el paciente habla, con grito, orden, la segunda, si tiene apertura de ojos al dolor o no, o apertura espontánea, y el habla. Si puede hablar correctamente y abre los ojos y canaliza respuesta, es normal, sino, cuando la escala Glasgow va desde 10 para arriba puede despertar, si te dice un Glasgow de 14 está casi lucido, **si es de 3, es un paciente que con otras pruebas**, por ejemplo, si para que haya muerte cerebral, el cerebro superior mide la corteza, parte motora, la que me dice cómo mover un dedo, etc, la otra, parte de respiración y sistema neurovegetativo, si tengo todo el cerebro muerto hay cuatro pruebas que son tan patognomónicas, cuando tiene todo el encéfalo muerto (superior e inferior), es donante de órganos y eso son tan patognomónicos, cuando se dan estos signos, que en otros lugares del mundo como Inglaterra cuando tiene reflejos óculo cefálicos negativos, vestíbulos oculares negativos, cuando tiene apnea, no respira solo y cuando tiene ausencia de dolor, esas cuatro cosas juntas, en Inglaterra esta legal y éticamente muerto, aquí no, hay que hacer dos electroencefalogramas con diferencias de seis horas y si los dos dan plano, esta legal y éticamente muerto, usted es donante de órganos en este estado, quiero decir que estos signos también son patognomónicos en la muerte cortical cuando tiene vagabundeo ocular, abre los ojos, por ejemplo J., cuando lo reviso, **no tenía apertura ni a gritos de los ojos, ni al estímulo doloroso**, pero para saber cómo estaba sus ojos le tuve que abrir con los dedos los ojos y tenía el típico vagabundeo ocular, para que te sigue pero no, están despiertos pero no atentos, porque no tiene corteza, no tiene dolor, sufrimiento, hambre sed, porque todo eso se maneja con la corteza cerebral. Estos pacientes pueden llegar a tener, **yo no lo vi, pero está en la historia clínica**, que pude ver con mucha dificultad, porque a veces los colegas no son claros, pero se pudo ver que una enfermera vio que se **levitan la pierna, son reflejos medulares**, se dan habitualmente en los **estados vegetativos persistente permanentes**, también se pueden dar muecas en la cara que simulan dolor

también esbozo de sonrisa que simula, porque no está sonriendo porque no siente. Y algunas otras respuestas que puede realizar por ver el estado del paciente, cuando uno mueve los músculos se produce atrofia muscular, y se produce el “estepash” lo que habrán visto los familiares, el pie se le va inclinando, por eso siempre se mantiene con aparatos especiales para que el pie no se vaya y no quede estancado. Cuando quiere moverlo no puede, queda así, eso es el “estepash”. En todos sus miembros superiores y sus músculos también se ve y se produce atrofia y en las manos, lo que llamamos, se va poniendo en gatillo de fusil, no es la típica, pero se va encobando, encogiendo el paciente. Pude ver a JS una sola vez, después por foto, está en un estado vegetativo persistente con un pronóstico ominoso porque cuando uno ve, si bien es cierto, que el estado vegetativo de J., es pos traumatismo de cráneo, el diagnostico de ingreso es traumatismo cráneo encefálico grave más bronco aspiración, que significa que en sus bronquios, sus dos pulmones, se le ha metido algún liquido de secreción o sangre de el la cual hace que haya ese diagnóstico, lo que no podemos saber es que grado de hipoxia, que significa falta de oxígeno, que cantidad de hipoxia hubo al cerebro. Es todo lo que se hace dentro de la hora de oro es fundamental. No tiene el paciente solo traumatismo de cráneo puro, sino además bronco aspiración, no sabemos cuanto estuvo el paciente bronco aspirado. Lo primero que se hace es abrir la via aérea para que se pueda oxigenar, además respirarlo, cuando son pacientes en paro por ejemplo. Es probable, lo estoy suponiendo, que las secreciones al estar en coma se aspiren y no pueda tener reflejo tusígeno y entonces si no lo ayuda alguien se sigue metiendo en el pulmón, entonces no sabemos ni nadie puede saberlo, que nivel de po2, oxigeno tenía en cerebro, el ha tenido una hipoxia cerebral porque estaba bronco aspirado y si estaba así, no puede mandar la cantidad de oxigeno suficiente al cerebro, y es lo que necesita el cerebro para vivir, eso no podemos saber, que tiempo estuvo así, ni que PO2 tuvo en las

arterias. No podemos estar ni cinco minutos sin oxígeno en el cerebro, por eso es importante la reanimación. A la pregunta del Dr. Bobone sobre las características de un paciente que presenta una escala de Glasgow 7 u 8, el testigo dijo: tiene tres parámetros para medir la escala de Glasgow, una es la respuesta al dolor, la apertura espontánea de ojos y la emisión de voz, entonces habitualmente cuando está por debajo de 8 está en coma, es una herramienta más que utilizamos para medir, sobre todo, la conciencia de esa paciente. Tiene mucho valor en los primeros días, después deja de tener valor por todo lo relatado, uno está despierto, o apertura y tiene muchos puntos. Se produce un rasgo mentiroso a veces, hay que saber interpretar cuando se pide. Pregunta el Dr. Bobone sobre si puede decirse que un paciente tiene muerte cerebral si presenta movimientos, respira por sus propios medios y cuenta con una escala de Glasgow en 7. El testigo dijo: todos los pacientes con muerte cerebral, habla de todo el encéfalo, corteza superior e inferior, muerte encefálica, termino técnico, imposible un grado más de 3 (los tres nombrados), ausencia total de dolor, no abre ojos, no habla, ningún tiene más de grado 3. Muerte de todo el encéfalo, por eso los ingleses hacen lo que hacen, esta patognomico que no hace falta. A la pregunta del Dr. Arce relacionada a la pregunta anterior, cito una serie de movimientos que no representan actividad cerebral, en la historia clínica se habla de un movimiento de cruzamiento de piernas, si posee esa insignificancia a los fines y términos d actividad cerebral. El testigo dijo: es parte de lo que dije, puede ser un reflejo, puede ser, la pierna no sabe dónde va a caer, si usted le dice a J. que cruce la pierna, obviamente, es signo de que me escucha y se mueve, por lo tanto tiene neuronas vivas, si el paciente lo hace, es importante, si no está ordenado es reflejo medular. Se suele dar en estado vegetativos persistentes o permanentes. Este no sabemos si fue mixto o no, además del traumatismo hubo bronco aspiración. A la pregunta del Dr. Romagnoli al momento en que lo visitó a J. y lo reviso, estaba

conectado a un soporte vital? El testigo dijo: el tenía una hidratación, una sonda directo al estómago por donde se alimentaba y una traqueotomía donde le pasaban oxígeno, no recuerdo si estaba humidificado, eso se llama soporte vital. Hay soportes más complejos. Pregunta el Dr. Romagnoli sobre la diferencia entre soportes vitales y cuidados paliativos. El testigo dijo: El soporte vital es cualquier tipo de tratamiento médicos que mantenga o prolongue situación de vida del paciente. Puede ser más o menos complejo, antes hace 10 años, se usaba “extraordinario” u “ordinario”, luego, con las leyes, ya no se usa más, se usa proporcionado o desproporcionado, ejemplo, un respirador en terapia intensiva, es método ordinario. Por eso en el mundo se dejó de usar ese tema. Ahora si le pingo un respirador en muerte cerebral para donar órganos, es método proporcionado, para que esos órganos no se mueran, pero si se hubiere negado por escrito, si lo tengo con respirador, es desproporcionado. Hoy se habla de futilidad que significa inútil, todo aquel tratamiento que no llegue al resultado deseado de forma permanente, ejemplo, si bajo la fiebre en un chico de 2 años que lo puede hacer convulsiva, estoy haciendo un tratamiento útil, pero si eso mismo lo hago en un paciente que está boqueando, en fase agónica, es inútil, fútil. Futilidad es un tratamiento que no tiene sentido para el tratamiento que estoy haciendo. Se habla de vulnerabilidad o no, J. es un vulnerado. A la pregunta Dentro del soporte vital, tiene conocimiento se le estaba dando algún tipo de drogas. Dijo el testigo: tengo entendido de que no, sí que a la semana siguiente hizo una neumonía que fue tratada. Y que le hicieron una escarectomía, sacar la parte muerta de la escara, y esto si es de hacer notar, que afirma lo que digo de que el paciente no tenía dolor, porque es algo muy doloroso, se sacan las partes muertas de una escara. Puede llegar al hueso o no, es grado 4 cuando está en su máximo estadio, la de J. la vi en fotos, pero en la historia clínica estaba la descripción, y la hicieron sin anestesia, entonces la hacen porque no tiene dolor, porque no tiene corteza. Lo negro son las

partes muertas, que si no se infectan y se sacan, la escara se va curando o no, se va complementando con cambios de rotación cada dos horas, colchón especial, etc. Se corta por tejido sano, para que se cure. Con tres o cuatro milímetros de tejido sano y se recupera o no, pero ese tejido al estar sano duele mucho, si tiene muerte cerebral no duele. Volviendo a la pregunta sobre cuidados paliativos del Dr. Romagnoli, dice el testigo: J. tiene soporte vital, que es estar alimentado de forma artificial, lo mismo la hidratación. Si ahí adentro hubiera estado una morfina, creo que no, y si tuviera un dolor, eso sería un cuidado paliativo, pero también, el estar rotándolo a cada rato, que este confortable el paciente, que este lo más aliviado posible. **Sabemos que no tiene corteza** pero bueno, pero hay algo que nos mueve a darle toda la comodidad a J. a pesar de que no tenga hambre. A la pregunta si un paciente que respira por sus propios medios y presenta una escala de Glasgow superior al nivel 3 (7 u 8), puede presentar una mejoría: Dijo el testigo, si tiene un estado vegetativo permanente, estaría con escala de 7, y yo le diría que es imposible, **la escala de Glasgow per se no significa mejoría, salvo los 15 primeros días, pero después de los dos meses lo veo en escala 7, no significa nada para mí**, porque en estos pacientes crónicos **no tiene valor pronóstico**, es más, está demostrado científicamente por múltiples estudios que los pacientes de más de 50 años que permanecen en estado vegetativo persistente solo del 3 al 5% tiene una ínfima recuperación después del año o dos años, que significa esto, que puede quedar J. en estado mínima conciencia, que significa que si se le dice que levante un dedo o abra un ojo lo hace, pero en ese porcentaje, mínimo, porque empeora el pronóstico de J., la edad, no es lo mismo que tenga 20 años que uno de 60 años, porque las células están gastadas. No tenemos las mismas neuronas que una persona joven. Depende de la alimentación y estimulación, para ver la importancia de las neuronas. A la pregunta del Dr. Bobone sobre si pudo leer el informe de la Dra. Panke y médicos tratantes, y específicamente en relación a que consideran que el

*paciente puede presentar una mejoría, dado a que en pacientes con condiciones similares hubo mejoría. El Testigo dijo: en 40 años de experiencia en terapia intensiva, con el porcentaje que dije anteriormente sí, pero es un porcentaje bajísimo. A LA CUARTA: Dijo Si, desde el comienzo desde el 2016 fui parte, renuncié al mismo por cuestiones personales un tiempo después de emitir el informe, al cual fue por unanimidad pero al ser virtual la segunda reunión solo lo firmo el presidente, el Dr. Andruet. A LA QUINTA: Dijo que sí, por supuesto. Hay una resolución grande y una más chica, ambas resoluciones. Pregunta la Vocal Puigdellibol. El código civil y comercial en el art. 59 hace distinción entre rechazo y retiro de soporte vital y ustedes en el dictamen hacen inca pic en esa diferencia entre rechazo y retiro. El testigo dijo: el rechazo es, los médicos se ven que reflexionan, no se. El testigo muestra un libro que está firmado por la jefa actual del servicio, tengo entendido que cuando la Dra. reconecta soporte vital ella dice que no había tenido en claro si era vinculante la resolución de un comité. Cualquier profesional de la salud sabe que los comités no son vinculantes. Pero una persona que firmo esto (muestra libro) se dio cuenta que estuvo mal al sacarlo y sin el consentimiento de la familia lo vuelve a instalar no hay fundamento ni científico ni ético para volver a instalar. El consentimiento de la familia no estuvo para volver a instalar soporte ni hubo mejoría ni cambio sustancial del paciente. De acuerdo a la historia clínica no hubo. Por lo que sé porque luego del informe seguí en el comité, difiero con ella que si vos retirás algo, si vos sabés que el informe del comité es no vinculante, el pedido de la familia es claro cómo se vuelve a poner soporte sin el consentimiento de la familia si el paciente no puede hablar. El rechazo es cuando le rechaza el paciente el retiro lo hace el médico. Acá no lo está rechazando J. pero si hay un rechazo de la familia y el soporte vital estaba retirado por eso hacemos esa consideración ahí. La palabra terminalidad ya no es usada en el mundo, habla de una expectativa mayor de vida a 6 meses, la terminalidad implica*

confusión, se está dejando de usar. A LA SEXTA. Dijo que no tiene sentido y pienso que hubo una falla de la ley 26742 y de la 26529 del consentimiento informado que debe tener cualquier paciente para tratamiento invasivo, acá además de no tener motivo ni técnico ni científico ni ético acá hubo falla legal, no se avisa a la familia que se iba a volver a conectar soporte vital. A la pregunta del Dr. Bobone, al fallo al que usted se refería (fallo MAD) y decía que el caso de J. no debería judicializarse, pero en caso en que no hay una expresión de manifestación escrita del paciente, teniendo en cuenta los derechos del paciente?: el testigo dijo: esta descripto en todas las leyes, la ley dice, hasta un “allegado” puede decidir si el paciente no estuviera consiente, por ley se crea el registro de voluntad anticipada en el Hospital Córdoba, el mismo hace 3 años que está cerrado. El hábitat fue utilizado para otra cosa, el encargado se muere y se decide cerrar y sacar el registro. Para que tengan una idea hay 3.789.000 ciudadanos en la provincia de Córdoba según censo y hay 85 voluntades anticipadas escritas, vale decir que serían 0.000, 2.3 cada cien mil, vale decir que sería todo el estadio Kempes lleno, 55.000 personas y una sola tendría firmada la voluntad anticipada. No podemos pedirle a una persona que no tiene acceso como J., que tiene hasta quinto grado que era una persona vital, que se inscriba. Por eso el código civil dice hasta un allegado. Art. 60 del código civil puede decidir por él. El caso de Nanci Crusa la corte suprema de los EEUU decide retirar el soporte vital en la consideración mundial de estos casos la familia luego de un tiempo, como ven que no está más ahí su familiar que no responde lo definen como una cascara o caparazón que respira. “ese que está ahí no es más mi hermano, es una cascara que respira” A LA SEPTIMA: Dijo que la situación de J. es incurable: hacer desaparecer una enfermedad, una herida o un daño físico a una persona, un animal o una ser vivo. No es curable por lo que dije antes, va a quedar con mínimo consciencia, no lo puedo hacer volver a su estado anterior. No se puede curar J. Para mi la

situación de J. es incurable, si fuera traumatismo encefálico puro habría que esperar 12 meses pero acá hubo Hipoxia, la única verdad en la medicina es la muerte, pero si hay consenso mundial que un trauma craneo puro es irreversible en este caso no es puro, yo no puedo saber cuánto hubo de hipoxia, lo que si puedo decir que después de 4 meses y con paciente de más 50 años el ominoso, un pronóstico grave. Pregunta el Dr. Arce “el apartamiento que considera usted en el dictamen de apartarse de los doce meses, y hacerlo inmediatamente. Usted funda ese apartamiento en que? El testigo dijo: para ser certero en incurable, pero lo otro no lo descarto, yo no puedo demostrar científicamente la irreversibilidad pero tengo una enorme duda con respecto a cuanto estuvo J. en hipoxia, es decir sin irrigación no puedo catalogarlo en trauma puro o en otro. No tengo certeza pero si una presunción de certeza y al ver que es incurable y que no puede ser demostrado que es irreversible, vale que desde el mes uno J. no solo no mejoro sino empeoro nosotros creemos que amerita respetar la voluntad de la familia debería. A la pregunta del Dr. Ramagnoli “cuál es el límite entre ortotanacia y eutanasia el testigo dijo: en la práctica no intervenir con medias desproporcionadas en hacer encarnizamiento terapéutico, tienen en si el objeto de prolongo “fútil” si hago eso es Ortotanacia dejar que la naturaleza actué no hacer nada fuera de uno lo que tiene que hacer, consolar, aliviar. Distancia encarnizamiento terapéutico, obsesión terapéutica. Eutanasia viene del griego buena – muerte finalización intencional de la vida de un paciente por parte del médico por pedido reiterado del paciente cuando el paciente estuviese padeciendo una enfermedad irreversible, incurable o en grado terminal de grave sufrimiento físico y psíquico del paciente, Este paciente requiere pasar por 3 instancias: informe de médico de cabecera, médico de consulta que no tenga nada que ver con el primer médico y luego una tercera etapa que es una consejería que está formado por médico, por una transdisciplina que haya tenido los beneficios al acceso a la medicina

*paliativa y tiene que asegurarse el equipo de salud mental de que este pasando una depresión aguda. La vocal Dra. SOSA pregunta “teniendo en cuenta que la toma de decisiones (eutanasia, muerte digna) los términos de incurabilidad, permanecía e irreversibilidad, hacen referencia a distintos estadios y cada una tiene que ver con la patología del paciente o son conceptos médicos?: No hay dos pacientes iguales, por eso la bioética es tan avanzada y vemos a los pacientes de manera holística. Costumbres, valores, cultura del paciente, la medicina es una ciencia probabilística. El paciente se humaniza, nadie quiere que se nos muera un paciente...”*

**XVII.-** El día **07/08/2023** (Op. N° 107423122) las Sras. Vocales Dra. María Soledad Puigdellibol y Daniela Susana Sosa, por la parte actora la Sra. M.S.O., la Sra. R.V.O., la Dra. Nadia Diva Ibargüengoytia; por la parte de la demandada el Dr. Martin Bobone, el Sr. Asesor Letrado Civil Sexto Turno, el Dr. Romagnoli concurrieron al Hospital de Urgencia en presencia del Sr. Director del Hospital de Urgencias, Dr. Mariano Gustavo Marino, del Dr. Sebastián Pavan Subjefe de Clínica Médica, de la Licenciada en Kinesiología Sra. Bahamondeles, y de la enfermera Sra. Tania Ugarte a los fines de tomar contacto personal y directo con el actor, Sr. J.S. En el transcurso de la audiencia las Sras. Vocales y el Sr. Asesor Letrado efectuaron diferentes preguntas al equipo médico presente, las que fueron evacuadas en el mismo acto.

**XVIII.-** El día **17/08/2023** (Op. N° 14194221) el Dr. Carlos Mauricio Romagnoli, Asesor Letrado Civil y Comercial de Sexto Turno, tras efectuar una reseña de los antecedentes de la causa, expresa desde el rol que cumple el Ministerio Público, que ha intentado garantizar fundamentalmente la autonomía de la voluntad de J. como persona humana plena y su derecho a la dignidad, este último entiendo, extensivo a su familia.

Por ello, considera que puede hacerse lugar a la petición de las amparistas, indicando se retiren las medidas de sostén vital a J., manteniendo los cuidados paliativos al

mismo, siempre que la familia no haya decidido rectificar su decisión con base en cambios del estado clínico del paciente.

**XIX.-** El día 28/08/2023 (Op. N° 108174843) esta Vocalía ordenó como medida para mejor proveer (arts. 13 y 34 Ley N° 7182; arts. 125 y 382 Ley N° 8465; art. 17 Ley N° 4915; art. 155 Const. Pcial. y art. 3 del C.C.C.N.), con carácter urgente que se requiriera la intervención del Cuerpo de integrantes del Comité Consultivo y Operativo en Prácticas Médicas y Sanitarias en Bioética perteneciente a la Dirección de Servicios Judiciales de la Administración General del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba (COPRAMESAB), para que mediante la realización una Junta Médica integrada por tres (3) peritos “Especialista en Medicina Legal”, “Especialista en Neurología” y “Especialista en Diagnóstico por Imágenes”, y previo a la realización de estudios de diagnósticos que estimen necesarios como electroencefalograma, resonancias o TAC con contraste, que a criterio de los especialistas sean imprescindibles, valoren al Sr. J.S. y determinen desde su ingreso al Hospital de Urgencias y hasta el presente, en qué estado neurológico se encuentra.

En particular, se solicitó que se especifique qué significa estado vegetativo “persistente” y estado vegetativo “permanente”, como así también las diferencias existentes entre “una lesión no traumática” y una “lesión traumática”, y qué cuestiones deben ser tenidas en cuenta para cada uno de esos casos.

Asimismo, se solicitó que el informe debería contener un juicio médicamente fundado acerca de las características del estado neurológico actual del Sr. J.S. y de las características de la lesión que presentó al momento de ingresar al Hospital de Urgencias y sus secuelas.

En esa misma fecha (Op. N° 108174843) también se requirieron prueba informativa a 1°) Al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; 2°) A la Sociedad Neurológica Argentina, Distrito Córdoba; 3°) Al Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad

Nacional de Córdoba; 4°) Al Sr. Director del Programa de Bioética y Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y al 5°) Al Colegio de Abogados de Córdoba y, por su intermedio, a la Sala de Derecho de la Salud y Bioética.

**XX.-** El día 29/08/2023 (Op. N° 14336220) la parte actora dedujo recurso de reposición.

**XXI.-** El día 04/09/2023 (Op. N° 14412965) la Municipalidad de Córdoba agrega en archivo PDF “EPICRISIS” desde el 30/6/2023 e “Informe de Laboratorio”.

En este informe se deja constancia de:

*“Se extiende Epicrisis del paciente desde el 30/06/2023 al día de la fecha.*

*Paciente masculino cursando internación en sala común con diagnóstico de TEC grave, en plan de control evolutivo. Intercurre con varios episodios febriles por lo que se realizan cultivos (sangre, aspirado traqueal y orina), junto con imágenes (Radiografía de Tórax y TAC de tórax) siendo el urocultivo positivo para Pseudomonas aeruginosa. Se efectúa diagnóstico de Infección del tracto urinario en repetidas ocasiones aislándose constantemente la misma bacteria. Cumple correctamente tratamiento con Antibiótico terapia endovenosa: Piperacilina Tazobactam en un primer momento y con Amikacina en la última infección, sin repetir registros febriles. El 14/08/2023 presenta movimientos espasmódicos (simil convulsiones parciales) por lo que se realiza carga de diazepam junto con carga y mantenimiento de levetiracetam. Dichos movimientos no se vuelven a reiterar. El 24/8/2023 se desplaza sonda de alimentación percutánea por lo que el servicio de Cirugía la recoloca, controlando el procedimiento con una Fistulografía sin complicaciones. Se realizan curaciones cada 48 horas de escara sacra, con arginato de calcio según indica servicio de Cirugía Plástica. En seguimiento por Enfermería, Kinesioterapia y Fonoaudiología. Paciente afebril, hemodinámicamente estable.*

*Examen físico:*

**Neurológico: paciente presenta un estado vegetativo persistente. No responde órdenes simples, presenta apertura ocular espontánea con parpadeo, pupilas isocóricas reactivas y simétricas, reflejo tusígeno positivo. Respuesta intermitente entre flexión y extensión ante estímulos dolorosos. Diferentes servicios han objetivado en ocasiones apertura bucal espontánea y fijación de mirada. Abordaje neuromotor: mantiene tronco en sedestación.**

*Cardíaco: R1 – R2 normofonéticos, ruidos netos, silencios o impresionan libres, ingurgitación yugular negativa, sin edema en miembros inferiores, pulsos periféricos presentes simétricos. Relleno capilla r <2 segundos.*

*Respiratorio: Traqueostomía, Tórax simétrico, buena mecánica ventilatoria, buena entrada bilateral de aire, murmullo vesicular presente, sin ruidos sobreagregados.*

*Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, con gastrotomía. Diuresis por sonda vesical con ritmo conservado. Presenta escara sacra grado III”.*

**XXII.-** Mediante el **Auto N° 280 de fecha 06/09/2023** (Op. N° 108548528) se ordenó -por mayoría- luego de dejar sin efecto la realización de la pericia médica por el COPRAMESAB y la prueba informativa, la intervención de ese órgano y del “Comité Ley 10.058 - Muerte Digna”, atento la documental agregada por la parte demandada “Epicrisis del paciente desde el 30/06/2023 al día de la fecha” (Op. N° 14412965 del 04/09/2023 a los fines de que en el plazo de 72 hs., informen si la epicrisis adjuntada importa una modificación significativa con estudios anteriores y describan el **diagnóstico clínico** del Sr. J.S.

**XXIII.-** El día **08/09/2023** (Op. N° 108651779) se proveyó a la presentación de la Dra. María del Carmen Grosso y se emplazó a la demandada para que en el plazo de veinticuatro (24) horas acompañe el CD con las imágenes topográficas realizadas al

paciente.

**XXIV.-** El día 11/09/2023 (Op. N° 108679914) se agregó la respuesta a la informativa dirigida al Comité Ley N° 10.058 Muerte Digna.

En este informe se expresa:

*“Quien suscribe la presente, Doctor Armando S. Andruet (h), en su condición de Presidente del ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’ y en representación de la totalidad de los integrantes de este Comité y que se indican a continuación: Lic. Enfermería Mag. Iris Alicia Maders, Méd. Espec. Mag. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F. Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré; luego de haber tomado conocimiento del presente requerimiento judicial, mediante juicio unánime de la totalidad de los integrantes del nombrado Comité, proceden a brindar respuesta al oficio cursado en tiempo y forma.*

*I.- El requerimiento.*

*El mismo resulta en el contexto mediante el cual, dicho Tribunal ha revocado mediante auto interlocutorio N° 280 de fecha 6.IX.23 los decretos de fecha 28.VIII.23, firmado por la Dra. María Inés Ortiz de Gallardo. En dicha resolución, en su punto II se dispone oficiar tanto al COPRAMESAB (del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba), como al Comité Ley 10.058 - Muerte Digna. A los efectos de que “informen si la epicrisis adjuntada importa una modificación significativa con estudios anteriores y describan el diagnóstico clínico del Sr. J.S. A tal efecto, se remite la documental obrante en autos”.*

*II.- Naturaleza del ‘Comité Ley 10.058 – Muerte Digna’.*

*Corresponde reiterar a todo efecto al Tribunal, que el ‘Comité Ley 10.058- Muerte Digna’, ha sido creado en el marco de la citada ley y tal como ya se ha indicado, tiene por función primaria la acordada por ella y su reglamentación respectiva, y que se relaciona con las diversas hermenéuticas o conflictos, que se puedan presentar en*

*orden a la interpretación, ejecución, operatividad, etc., relacionadas con las voluntades (médicas) anticipadas que estén documentadas o como en este caso, cuando ellas ex ante del cuadro nosológico en cuestión, no se encuentran registradas documentalmente, aunque se hacen valer ex post.*

*En dicho contexto, se expidió este Comité mediante informe de fecha 23.VI.23, a requerimiento del Señor Director del Hospital de Urgencia de la Ciudad de Córdoba, y que consta en autos, brindando una recomendación y orientación. En la parte conclusiva del mismo, este Comité señaló dos condiciones previas y necesarias para tener por consolidada la voluntad anticipada del señor J.S., hecha valer por sus familiares y que se había invocado reiteradamente y que se orienta en el requerimiento de la adecuación del esfuerzo terapéutico por el Equipo.*

*Médico que atiende el caso. Por una parte, que se ratificara que dicha voluntad familiar en representación del señor J.S. subsistía en su integridad y por otra parte, la igual subsistencia del estado clínico del paciente que como tal, habilitaba la procedencia de la solicitud familiar.*

*Este Comité acorde a su misma especificidad, no puede dejar de mirar con preocupación, la inusitada dilación que el expediente ha tenido en el marco de un proceso célere como es la vía del amparo; sin embargo no ignora la seriedad y complejidad de la materia judicializada y que, mediante la generación del 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna', se aspiraba que tales asuntos no sean judicializados y que a tenor del presente, se demuestra que dicha télesis no ha sido alcanzada.*

### *III.- El requerimiento judicial*

*Se ha solicitado entonces que se informe “si la epicrisis adjuntada importa una modificación significativa con estudios anteriores y describan el diagnóstico clínico del Sr. J.S. A tal efecto, se remite la documental obrante en autos”.*

*Al pedido judicial, la respuesta es que el diagnóstico del paciente J.S. es el que se*

encuentra indicado por el Equipo Médico tratante del Hospital de Urgencias en la mencionada documental, esto es, el 'paciente presenta un estado vegetativo persistente' (sic, epicrisis). De allí, que el mismo no ha variado, según lo registrado con anterioridad.

De tal manera que el señor J.S. continua en estado vegetativo persistente, permaneciendo en estado de inconsciencia, en total desconocimiento de sí mismo y del entorno, acompañado de ciclos de sueño-vigilia, con preservación de algunas funciones autonómicas hipotalámicas y del tronco encefálico. Presenta algunos automatismos, pero no muestra evidencias de respuesta conductual reproducible, deliberada o voluntaria. Todo lo cual, es propio y correspondido con el estado vegetativo persistente en que se encuentra, todo ello, según el estado actual de la ciencia médica.

Con lo dicho, se brinda respuesta suficiente a la materia que fuera objeto del oficio en cuestión, en opinión unánime de todos sus integrantes del 'Comité Ley 10.058 – Muerte Digna', Dr. Armando S. Andruet (h), Lic. Enfermería Mag. Iris Alicia Maders, Méd. Espec. Mag. Fernanda Marchetti, Dr. Andrés F. Toledo, Méd. Espec. Julio R. Bártoli y Abog. Magalí de Lourdes Ré”.

Adviértase que el “Comité Ley N° 10.058 Muerte Digna” con fecha **08/09/2023** manifiesta que el 'paciente presenta un estado vegetativo persistente' (sic, epicrisis) y que su estado “no ha variado, según lo registrado con anterioridad”. Pero es posible comparar dicha aseveración con la declaración testimonial del Dr. Carlos Soriano, integrante de dicho comité, que tuvo lugar el día 04/08/2023 (Op. 107361367), en la cual expresó que “...por ejemplo J., cuando lo reviso, no tenía apertura ni a gritos de los ojos, ni al estímulo doloroso, pero para saber cómo estaba sus ojos le tuve que abrir con los dedos los ojos y tenía el típico vagabundeo ocular”.

Por el contrario, en la Epicrisis sobre la cual el Comité Ley N° 10.058 emitió esa

opinión, se precisa:

“...*Neurológico: paciente presenta un estado vegetativo persistente. No responde ordenes simples, presenta apertura ocular espontanea con parpadeo, pupilas isocoricas reactivas y simétricas, reflejo tusígeno positivo. Respuesta intermitente entre flexión y extensión ante estímulos dolorosos. Diferentes servicios han objetivado en ocasiones apertura bucal espontanea y fijación de mirada. Abordaje neuromotor: mantiene tronco en sedestación*”.

En ese contexto, no se advierte cómo entre la apertura de los ojos con los dedos que realizó el Dr. Carlos Soriano al momento de revisar al Sr. J.S. el día 20/06/2023 y lo descrito en la Epicrisis agregada el día 04/09/2023, en la que se describe la apertura espontánea de los ojos y las pupilas isocoricas reactivas y simétricas, pueda no reconocerse ni valorarse los cambios en la respuesta a los estímulos por parte del Sr. J.S.

**XXV.-** El día 13/09/2023 (Op. N° 14546947) la Municipalidad de Córdoba hizo reserva de nulidad respecto del Auto N° 280 de fecha 06/09/2023.

Alegó que tal como sostuvo su parte en la presentación de fecha 04/09/2023 (Op. N° 14396333), las medidas de prueba que han sido revocadas, resultan de total necesidad y utilidad a los efectos de esclarecer el asunto objeto de debate, más aún cuando se refiere a la vida de una persona sobre lo que se debe resolver.

Añadió que el estado de salud y de inconciencia en que se encuentra el Sr. J.S. requieren tomar todos los recaudos, medidas y colaboraciones médico-científicas necesarias para así cumplimentar con los principios consagrados en los arts. 16 y 18 de la Constitución Nacional -citados en el propio Auto que restringe las medidas para mejor proveer precedentemente ordenadas por el mismo Tribunal-, al momento de resolver sobre la continuidad o no de los cuidados médicos que se brindan al paciente en tanto se cumpla con el plazo establecido por ley para considerar irreversible su

estado.

Finalmente expresó que, atento la relevancia y raigambre de los derechos en conflicto frente a la resolución definitiva de la presente causa (regulados de manera expresa no sólo en nuestro ordenamiento jurídico nacional, sino también en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos vigentes), hace expresa reserva de nulidad por vía de apelación de una eventual sentencia que se dicte en autos contraria a la posición de esta parte.

**XXVI.-** Mediante proveído de fecha 15/09/2023(Op. N° 108911796) se emplazó al Cuerpo de Integrantes del Comité Consultivo y Operativo en Prácticas Médicas y Sanitarias en Bioética perteneciente a la Dirección de Servicios Judiciales de la Administración General del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba (COPRAMESAB) para que en el término de veinticuatro (24) hs. -contados a partir de la comunicación por oficio electrónico de este proveído-, presente el informe requerido en el Auto N° 280/2023.

**XXVII.-** Ese mismo día 15/09/2023el COPRAMESAB envió su **Informe Médico Forense** por el mail institucional, el que fue agregado a la causa mediante proveído de fecha 18/09/2023(Op. N° 108933385).

En su informe de fecha 15/09/2023 se expresa:

*“...Es de hacer notar que del material enviado en drive no pudimos acceder al mismo a pesar de haber solicitado las autorizaciones correspondientes que lamentablemente no fue posible acceder al mismo.*

*Solicitamos las imágenes ya que tuvimos acceso de manera limitada a algunas de ellas. No pudimos acceder al primer estudio tomográfico de ingreso (12/03/2023) que según informe correspondiente son imágenes de TAC de Cerebro, TAC de columna cervical y TAC de tórax sin contraste.*

*Tampoco nos consta que haya RNM cerebral y algún método de imágenes o*

*neurofisiológico para verificar la probable irreversibilidad del cuadro.*

*Del listado de archivos en Drive solo pudimos acceder a la epicrisis, a los informes de imágenes y al oficio donde se ordena la pericia, a pesar de haber realizado los tramites indicados (pedimos autorización a María Alejandra Asencio).*

*Entonces con el escaso material que tenemos solo podemos adelantar que:*

*...Con los escasos elementos que tenemos podemos opinar que el paciente se encuentra en estado vegetativo persistente (de acuerdo a lo mencionado en la epicrisis).*

*...La Ley N° 10.058 ARTÍCULO 5°.- Definiciones refiere que: A los efectos de la presente Ley son de aplicación las siguientes definiciones, sin perjuicio de otras que puedan establecerse por vía reglamentaria: ...e) Estado Vegetativo Permanente: estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática.*

*El estado vegetativo se caracteriza por la emergencia del coma con apertura ocular y aparentes ciclos de vigilia y sueño. Pueden estar presente respuestas reflejas o espontaneas tales como rechinar de dientes, llantos, bostezos, movimientos coreiformes o clonus.*

*De acuerdo al criterio médico el estado vegetativo se define como persistente cuando se mantiene por un período superior a un mes. Se califica como estado permanente cuando se establece un criterio pronóstico de irreversibilidad en dicho estado.*

*En este caso al no poder tener acceso a la Historia Clínica y a la posibilidad de tener métodos de diagnósticos como los solicitados (RBN cerebral con angioresonancia para verificar la probable irreversibilidad del cuadro) no podemos concluir.*

*...Se pueden definir las traumáticas como aquellas lesiones que acontecen por el accionar de un mecanismo externo que es el causante de la misma (fricción,*

*contusión, compresión, etc.) es decir lesiones directas en el cráneo. No traumáticas son aquellas lesiones que ocurren por factores patológicos propios del individuo (enfermedades, complicaciones en el curso de las mismas, encefalopatía hipóxica isquémicas, accidente cerebrovascular, infecciones del SNC, tumores cerebrales, intoxicaciones, etc.).*

*En este caso estimamos que se trata de un individuo que tuvo una lesión traumática inicial y luego una situación no traumática, que fue la broncoaspiración, que fueron capaces de producir la situación clínica actual. Estimamos que durante la asistencia recibida fueron tenidas en cuenta todas las posibilidades para tratar de alcanzar la recuperación de la persona sin éxito alguno.*

*...el estado neurológico actual configura un paciente con internación prolongada, poli invadido, con múltiples intercurrentes infecciosas, sin cambios significativos en su estado neurológico desde el ingreso. Actualmente en sala común.*

#### **OPINIÓN MÉDICO LEGAL**

*Con los elementos que pudimos analizar podemos opinar que: se trata de un paciente que tuvo una lesión primaria traumática y un evento secundario no traumático (broncoaspiración) que fueron las causas de la situación clínica actual.*

**Para poder concluir con mayor solvencia es necesario poder acceder de manera completa a los antecedentes médicos y tener el resultado y las imágenes de los estudios solicitado (RNM cerebral con angioresonancia para verificar la probable irreversibilidad del cuadro)...**”. Firman los Dres. Md. Mosés David Dib, Md Silvina Rocha, Md. María Grosso, Md. Alicia Muscarello Ramaciotti.

Este informe fue agregado a la causa por el Tribunal con vista a las partes, sin que medie oposición.

**XXVIII.-** El día **20/09/2023** (Op. N° 1462491) la Municipalidad de Córdoba solicitó la **ampliación del informe médico** a fin de dar acabada respuesta al requerimiento

que fuera efectuado por la Cámara, a cuyo efecto ratificó la absoluta predisposición de la Municipalidad de Córdoba para poder efectivizar la medida judicial ordenada.

Con ese propósito puso a disposición de los médicos forenses actuantes todos los antecedentes que estimen necesarios y que obran en el Hospital de Urgencias, como así también a los fines de concertar de manera inmediata una visita de los integrantes de la Junta Médica al paciente (Sr. S.), para poder acceder en forma directa a la Historia Clínica, imágenes, y demás informes médicos que se encuentran disponibles en el Hospital de Urgencias y examinar al paciente y verificar su estado de salud; dado la importancia de la situación consultada, que requiere un “juicio médico fundado”, que a la fecha no ha podido efectivizarse de conformidad a lo manifestado en su “Opinión médico legal” por los propios miembros de la Junta Médica.

Asimismo, hizo presente que en el Informe aludido los profesionales expresan “...*al no poder tener acceso a la Historia Clínica...*”, sin embargo, la referida Historia Clínica obra incorporada por esta parte en archivo PDF que ha sido adjuntado en autos.

**XXIX.-** Mediante proveído de fecha 20/09/2023(Op. N° 109059933) se corrió vista del pedido de la demandada, de ampliación del informe médico requerido al COPRAMESAB, a la actora y al Dr. Mauricio Romagnoli, Asesor Letrado Civil y Comercial de Sexto Turno, por su orden, por el término de 48hs.

**XXX.-** El día 21/09/2023 (Op. N° 14655726) evacua la vista la parte actora quien pide que no se haga lugar al pedido realizado por la Municipalidad de Córdoba, el que estima dilatorio de los tiempos de la justicia.

**XXXI.-** El día 21/09/2023 (Op. N° 14662197) evacua la vista el Dr. Carlos Mauricio Romagnoli, Asesor Letrado Civil y Comercial de Sexto Turno, quien adhiero a los argumentos vertidos por la actora y por el “Comité Ley 10.058 – Muerte Digna” en su respuesta de fecha ocho (08) de septiembre del corriente año. Estima que en las

presentes actuaciones están dadas las condiciones para resolver, encontrándose incorporados todos los elementos necesarios para arribar a una decisión basada en la íntima convicción y la sana crítica racional.

**XXXII.-** El día 22/09/2023 este Tribunal emplazó al COPRAMESAB para que en el plazo de 24 horas computados a partir de la notificación del presente aclare el informe presentado y adjuntado con fecha 15/09/2023 (Op. N° 108933385) y se expida exclusivamente sobre la medida ordenada por mayoría de esta Cámara en el Auto N° 280/2023 (punto 7), transcripta precedentemente. A tal fin, y a efectos de evitar nuevos inconvenientes, expídanse por Secretaría copias en formato papel y en PEN DRIVE de la historia clínica y Epicrisis adjuntadas por la Municipalidad a las presentes actuaciones y del Auto citado.

**XXXIII.-** El día 22/09/2023 (Op. N° 109158451) se certificó por Secretaría del Tribunal que fueron entregadas al COPRAMESAB (recibidas por el Sr. Javier Darío Monterrubianesi) copias en papel (dos tomos anillados) y pen drive que contienen la totalidad de archivos PDF adjuntados por los apoderados de la Municipalidad de Córdoba “correspondientes a la Historia Clínica” (Operaciones de fecha 03/08/2023); la totalidad de archivos PDF adjuntados por la misma parte: “'EPICRISIS' desde el 30/6/2023 e 'Informe de Laboratorio'...” (Operación de fecha 04/09/2023); y el Auto N° 280 de fecha 06/09/2023 (Op. N° 108548528) de estos autos caratulados “SOSA OCAMPO, ROSA MARIANELA Y OTROS C/ HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS Y OTRO - AMPARO LEY 4915 – (Expte. N° 12077654).

**XXXIV.-** El día 22/09/2023 (Op. N° 109160991) se confeccionó el informe aclaratorio del COPRAMESAB.

Este **Informe Médico Forense** expresa:

*“Antecedentes*

*Se trata de un paciente de sexo masculino, de 64 años de edad que el día 12/03/23*

*sufre traumatismo de cráneo grave en la vía pública complicado con broncoaspiración (no pudiéndose establecer el tiempo transcurrido entre el momento del evento y el de la llegada del auxilio médico).*

*Ingresa al HMU en estado de coma,permaneciendo durante más de tres meses en la unidad de terapia intensiva.*

*Evoluciona con estado vegetativo persistente y el día 04/08/23 es trasladado a sala común. En dicha fecha sus familiares firman consentimiento para la aplicación de la ley de muerte digna.*

*En la Epicrisis Hospital Municipal de Urgencias con fecha 04/06/2023: podemos leer que: “al examen físico neurológico paciente que presenta un estado vegetativo persistente. No responde ordenes simples, presenta apertura ocular espontánea con parpadeo, pupilas isocóricas reactivas y simétricas, reflejo tusígeno positivo. Respuesta intermitente entre flexión y extensión ante estímulos dolorosos.*

*Diferentes servicios han objetivado, en ocasiones, apertura bucal espontánea y fijación de mirada. Abordaje neuromotor: mantiene tronco en sedestación”.*

*También refiere: “que intercorre con varios episodio febriles durante su evolución...”*

*“el 14/08 presenta movimientos espasmódicos similares convulsiones parciales”...*

*Se desprende de la epicrisis que es un paciente poli invadido (sonda y alimentación percutánea, traqueotomía, sonda vesical, etc.) y presenta una escara sacra grado tres.*

*Lo descripto configura un paciente con internación prolongada, poli invadido, con múltiples intercorrenza infecciosas, sin cambio significativo en su estado neurológico desde el ingreso. Actualmente en sala común.*

*...En relación al diagnóstico clínico actual, el Sr. JS presenta un estado vegetativo persistente (producto de lesión traumática y no traumática) sin objetivarse una modificación significativa en su estado neurológico desde el ingreso.*

*En este caso estimamos que se trata de un individuo que tuvo una lesión traumática*

*inicial y una situación no traumática, que fue la broncoaspiración, que fueron capaces de producir la situación clínica actual.*

*Inferimos que durante la asistencia recibida fueron tenidas en cuenta todas las posibilidades para tratar de alcanzar la recuperación de la persona sin éxito alguno.*

*Con los elementos analizados podemos opinar que el paciente se encuentra en estado vegetativo persistente y que no presentó cambios significativos en su estado neurológico.*

#### *Opinión Médico Legal*

*Con los elementos analizados, que son suficientes, opinamos que se trata de un paciente que tuvo una lesión primaria traumática y un evento no traumático (broncoaspiración) que fueron las causas de la situación clínica actual.*

*Siendo que la situación actual (estado vegetativo persistente) no ha presentado cambios respecto al momento del ingreso del paciente al nosocomio".* Firman Md.

Moisés David Dib, Dra. María Grosso, Dra. Alicia Muscarello y Dra. Silvina Rocha.

No puedo dejar de poner de relieve el error material incurrido por los Médicos Forenses cuando señalan que el Sr. J.S. estuvo en **terapia intensiva más de tres (3) meses**, cuando la Historia Clínica y el propio reconocimiento de los familiares en la demanda indican que, en realidad, permaneció en terapia intensiva desde su ingreso el día **12/03/2023 hasta el día 04/05/2023** y no hasta el 04/08/2023 como erróneamente se consignó en el Informe Médico Forense.

**XXXV.-** El día **25/09/2022** (Op. N° 109160991) se adjuntó el informe aclaratorio y ese mismo día (Op. N° 10923531425) el Tribunal ordenó agregar el informe del COPRAMESAB de fecha 22/09/2023, recibido por correo oficial del Tribunal, con noticia. Atento el estado procesal de la causa, la naturaleza del proceso de amparo, lo manifestado por el "Comité Ley N° 10.058 -Muerte Digna-" en informe de fecha 08/09/2023 (Op. N° 108679914 del 11/09/2023), compartido por el Sr. Asesor Letrado

Civil y Comercial del Sexto Turno (Op. N° 14662197 del 21/09/2023), y teniendo en cuenta lo establecido por el Protocolo AJuV de las personas con discapacidad (TSJ Acuerdo Reglamentario N° 664, Serie “A” de fecha 11/09/2017, que aprobó el proyecto marco “Promoción de acceso a la justicia de grupos vulnerables”), en tanto autoriza adoptar ajustes en el procedimiento judicial (art. 13 CRPD), necesarios para que las personas en condición de vulnerabilidad tengan un acceso efectivo a la justicia en igualdad de condiciones y con mayor flexibilidad de las formas; a los fines de evitar mayores dilaciones, pasen los presentes a resolver en el plazo legal (art. 11, Ley N° 4915).

**XXXVI.-** El mismo día 25/09/2023 (Op. N° 109237667) se certificó el pase de las presentes actuaciones, en forma conjunta, a los fines de dictar resolución.

**XXXVII.-** Luego de esta reseña completa y exhaustiva de los antecedentes de la causa y de la prueba incorporada por ambas partes, es necesario considerar los fundamentos normativos del caso.

## **6.- Fundamentos normativos**

**6.1.- El Código Civil y Comercial de la Nación**, en el “Libro Primero – Parte General”, Título I Persona Humana, establece:

*“ARTICULO 59.- Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:*

*a) su estado de salud;*

*b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;*

*c) los beneficios esperados del procedimiento;*

*d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*

*e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y*

*perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*

*f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;*

***g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;***

*h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.*

*Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite.*

*Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.*

*Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente”.*

***“ARTICULO 60.- Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de***

su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. **Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas.** Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento”.

**6.2.- La Ley Nacional N° 26.529 modificada por la Ley Nacional N° 26.742** (B.O. 24/05/2012), dispone:

“**ARTICULO 1º** - Modifícase el inciso e) del artículo 2º de la Ley 26.529 -Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud- el que quedará redactado de la siguiente manera:

e) *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.

...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”.

“**ARTICULO 2º** — Modifícase el artículo 5º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que

*quedará redactado de la siguiente manera:*

*Artículo 5°: Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:*

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

*“ARTICULO 6° — Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que*

*quedará redactado de la siguiente manera:*

*Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. **Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.** La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”.*

**6.3.- La Ley Provincial N° 10.058(B.O. 15/06/2012) de Declaración de Voluntad Anticipada de Muerte Digna, entre sus disposiciones, prevé:**

*“**ARTÍCULO 1º.- Objeto.** La presente Ley tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona -con plena capacidad de obrar- a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida”.*

*“**ARTÍCULO 2º.- Ámbito de Aplicación.** Esta Ley es de orden público e interés social y se aplica a todas las personas que, de manera libre y voluntaria, manifiesten expresamente su intención de ejercer el derecho objeto del presente texto normativo en todo el ámbito territorial de la Provincia de Córdoba”.*

*“**ARTÍCULO 3º.- Limitaciones.** La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no permiten ni facultan, bajo ninguna circunstancia, la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, la eutanasia o la provocación de la muerte por piedad”.*

*“**ARTÍCULO 4º.- Salud. Cuidados básicos.** El ejercicio de los derechos reconocidos*

*en la presente Ley no afectan en forma alguna la calidad de los cuidados básicos de la salud, de la higiene, de la comodidad, de la seguridad y de las medidas mínimas ordinarias que serán provistas para asegurar el respeto a la dignidad y a la calidad de vida del enfermo”.*

*“ARTÍCULO 5º.- Definiciones. A los efectos de la presente Ley son de aplicación las siguientes definiciones, sin perjuicio de otras que puedan establecerse por vía reglamentaria:*

*a) Consentimiento Informado: conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él ante una intervención quirúrgica, un procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y, en general, siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud.*

*El consentimiento informado debe incluir el derecho que le asiste al paciente a decidir y que a tal fin puede realizar una Declaración de Voluntad Anticipada (DVA);*

*b) Cuidados Paliativos: cuidados activos y totales de aquellas enfermedades que no responden a tratamientos curativos e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente;*

*c) Declaración de Voluntad Anticipada: manifestación escrita, datada y fehaciente de una persona capaz que, actuando libre y voluntariamente, expresa las instrucciones que deben respetarse en la atención médica y el cuidado de su salud, por medio del cual se garanticen los derechos reconocidos en la presente Ley;*

*d) Diagnóstico de Enfermedad Terminal: dictamen al que arriba un médico o un equipo sanitario ante una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, irreversible y mortal a corto plazo;*

*e) Estado Vegetativo Permanente: estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que se prolonga por más de*

*tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática;*

*f) Medidas Desproporcionadas o de Encarnizamiento Terapéutico: acciones que prolongan la agonía de una persona sin posibilidad de recuperación, que atentan contra la dignidad humana y que no demuestran evidencias médicas de beneficios para la salud, y*

*g) Medidas Mínimas Ordinarias: acciones tendientes a suministrar higiene y curaciones al paciente en etapa terminal”.*

*“ARTÍCULO 25.-Responsabilidades. Los representantes, profesionales o personal de los equipos de salud humana que obren conforme a las disposiciones establecidas en la presente Ley quedan exentos de toda responsabilidad civil, penal o administrativa derivados de la aplicación de la misma”.*

*“ARTÍCULO 26.- Normas supletorias. En todo lo no previsto en la presente Ley resultará de aplicación supletoria lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.529 y sus modificatorias”.*

**6.4.- El Decreto N° 1276/2014**(B.O. 27/11/2014) reglamentario de la Ley N° 10.058, dispone:

*“ARTÍCULO 3°.- LIMITACIONES. Atento la facultad dispuesta por el art. 5 de la ley, y continuando con la metodología de precisión conceptual, corresponde indicar que a los fines de la ley, por “eutanasia o la provocación de la muerte por piedad” debe entenderse, siguiendo la conceptualización de la O.M.S., “La acción médica de provocar la muerte del paciente.*

*Los establecimientos sanitarios y los profesionales de la salud deberán respetar la DVA del paciente.*

*Si algún profesional del equipo médico tratante, formalizara una objeción de conciencia para el cumplimiento de la DVA, el establecimiento del sistema de salud,*

*deberá suministrar de inmediato las sustituciones profesionales correspondientes”.*

#### **“ARTÍCULO 5° DEFINICIONES.**

*...c) Declaración de Voluntad Anticipada: La DVA a la que se refiere la ley, se habrá de cumplimentar sólo cuando la persona se encuentre en un estado terminal o en un estado vegetativo permanente (art. 5 inc. “d” y “e” respectivamente). Sin perjuicio de los establecido en el art. 24 de la ley.*

*d) Diagnóstico de Enfermedad Terminal: Se trata de las condiciones que la ciencia médica tiene suficientemente consolidadas en cuanto a su descripción, temporalidad y viabilidad y por lo cual, no corresponde otras interpretaciones que no sean las provistas por la mencionada disciplina médica comprendiendo ella, desde su natural dinámica evolutiva. Así en el texto normativo de marras significa siguiendo la conceptualización de la O.M.S. y de la Sociedad Española de Cuidados paliativos “Enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad de retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente”.*

*Debiendo en consecuencia comprenderse, que luego de reconocido el mencionado diagnóstico de enfermedad terminal, las atenciones sobre el enfermo serán las descriptas en el art. 4°; otras, deberán ser analizadas debidamente por el equipo médico si no constituyen ellas una realización de encarnizamiento terapéutico.*

*e) Medidas Desproporcionadas o de Encarnizamiento Terapéutico: Las mencionadas acciones, son aquellas que resultan por definición de la aplicación de medidas de soporte vital luego de haber sido reconocido el estado de salud terminal o estado vegetativo permanente.*

*La dignidad del ser humano y que mediante las DVA es suficientemente resguardada,*

*se funda en la tradición del derecho internacional de los derechos humanos y muy particularmente en los arts. 3 y 10 y sus concordantes de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO como texto, suficientemente enriquecedor en dicha material y que así es recogido.*

*f) Medidas Mínimas Ordinarias: Conforme lo estatuido por los arts. 1 y 7 de la ley, la DVA no puede contener negativa a someterse o instrucción de suspender tales medidas mínimas y ordinarias. Se trata de las acciones que pueden ser consideradas que promueven y/o fortalecen el concepto de dignidad humana”.*

**“ARTÍCULO 6°.- Alcances.**

*...Las instrucciones a las que se refieren las DVA, tienden a evitar que sean ejecutados actos médicos, cuando los mismo -acorde al estado sanitario de la persona- se conviertan en tratamientos propios de prácticas de encarnizamiento terapéutico.*

***La “pérdida de la capacidad natural” que pone en ejecución una DVA debidamente dispuesta; deberá tratarse de una condición sanitaria que a buen juicio clínico no sea meramente circunstancial.***

*Las instrucciones contenidas en la DVA sólo podrán indicar “negativas” del paciente a ser sometido a determinado tratamiento. En cambio, no serán válidas -y se tendrán por no escritas- aquellas instrucciones que indiquen la voluntad positiva del sujero de “ser sometido” a determinado tratamiento o terapia médica”.*

**“ARTÍCULO 7° Contenido.** *El contenido de la DVA, son acciones que no resultan facultativas al equipo médico discernir su entidad, sino el atender la condición sanitaria del enfermo, esto es: condición de salud terminal o estado vegetativo permanente a cuyo amparo, es obligatorio hacer cesar o evitar generar aquellas que impongan encarnizamiento terapéutico”.*

**6.5.-** Determinado el marco normativo de base para la resolución de la causa, se

procede a efectuar el análisis sobre la viabilidad de las pretensiones de las partes.

## **7.- Cuestión preliminar: la judicialización innecesaria del derecho a la autodeterminación**

**7.1.-** Es de suma trascendencia institucional, señalar que casos como los traídos a decisión de esta Cámara, no deberían ser -por regla- judicializados.

Así lo afirmó enfáticamente la C.S.J.N. cuando en el precedente **“D., M. A. s/ declaración de incapacidad” del 07/07/2015 - Fallos: 338:556**, efectuó precisiones que trascendían al caso resuelto.

Con ese propósito, la C.S.J.N. puntualizó:

*“...30) Que si bien en este caso particular no corresponde realizar juicio alguno relativo a la circunstancia de que la solicitud efectuada por las hermanas de M.A.D. fue judicializada, el Tribunal estima conveniente formular algunas precisiones respecto de cómo deberán tratarse, en el futuro, situaciones en las que se pretenda hacer efectivo el derecho a la autodeterminación en materia de tratamientos médicos.*

*31) Que, para ello, resulta necesario recordar que esta Corte ha sostenido que la primera fuente de interpretación de la ley es su letra (Fallos: 307:2153; 312:2078 y 314:458, entre muchos otros) pero a ello cabe agregar que su comprensión no se agota con la remisión a su texto, sino que debe indagarse, también, lo que ella dice jurídicamente, dando pleno efecto a la intención del legislador, y computando la totalidad de sus preceptos de manera que armonicen con el ordenamiento jurídico restante y con los principios y garantías de la Constitución Nacional (Fallos: 334: 13; CSJ 369/2013 (49-R) /CS1 "Rizzo, Jorge Gabriel (apoderado Lista 3 Gente de Derecho) s/ acción de amparo c/ Poder Ejecutivo Nacional, ley 26.855, medida cautelar", sentencia del 18 de junio de 2013).*

*De este modo, partiendo de estas premisas interpretativas, debe resaltarse que en lo que se refiere a esta importante cuestión y para el supuesto que aquí nos ocupa, el*

legislador no ha exigido que el ejercicio del derecho a aceptar o rechazar las prácticas médicas ya referidas quede supeditado a una autorización judicial previa. Esta conclusión, basada en la lectura del texto de la norma que no formula ninguna referencia a esta cuestión, se ve corroborada al acudirse a los antecedentes parlamentarios. De ellos surge que distintos legisladores manifestaron en forma contundente que **la normativa introducida pretendía evitar la judicialización de las decisiones de los pacientes** (conf. senadores Cano, Lores y Fellner, Diario de Sesiones de la H. Cámara de Senadores de la Nación, págs. 32, 39 y 49).

32) Que, por lo tanto, aquí resultan aplicables las consideraciones expuestas por el Tribunal en el precedente "F.A.L." (Fallos: 335:197) en cuanto a que "por imperio del artículo 19 in fine de la Constitución Nacional, que consagra el principio de reserva como complemento de la legalidad penal, ha quedado expresamente dicho por voluntad del constituyente que ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe" (considerando 20).

Por tal razón, no debe exigirse una autorización judicial para convalidar las decisiones tomadas por los pacientes respecto de la continuidad de los tratamientos médicos, en la medida en que estas se ajusten a los supuestos y requisitos establecidos en la ley 26.529, se satisfagan las garantías y resguardos consagrados en las leyes 26.061, 26.378 y 26.657 y no surjan controversias respecto de la expresión de voluntad en el proceso de toma de decisión".

**7.2.-** Con la proyección de esta directriz hermenéutica, analizaré entonces si se configuran los supuestos y requisitos, en otras palabras, las condiciones necesarias, establecidas por la normativa reseñada en el punto anterior, para hacer eficaz y operativa de manera inmediata la decisión de los familiares del Sr. J.S. de adecuación del esfuerzo terapéutico, y disponer el retiro de la hidratación y de la alimentación, asegurando los cuidados paliativos.

## **8.- Las condiciones jurídicas necesarias para la autodeterminación y para el ejercicio de la autonomía de la voluntad**

**8.1.-** Como se establece en la normativa vigente, se debe comprobar si el Sr. J.S. se encuentra en un **estado vegetativo permanente** o en un **estado de salud irreversible** o **incurable** o en **estado terminal**, o **haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación** (art. 59 CCCN), considerando además, que las directivas anticipadas que autoriza el art. 60 del CCCN se tendrán por no escritas cuando impliquen desarrollar prácticas eutanásicas.

El derecho del paciente a aceptar o rechazar determinadas terapias en el marco de la Ley N° 26.529 y su modificatoria la Ley N° 26.742, también establece como condiciones operativas del ejercicio del derecho a la autodeterminación o a la autonomía de la voluntad del paciente, que presente una enfermedad **irreversible**, **incurable** o se encuentre en **estadio terminal**, o **haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación**.

El art. 5 inc. g) de la misma ley, agrega una condición procedimental y necesaria más cual es que los procedimientos de hidratación, alimentación, y los restantes que enuncia esta norma sean **extraordinarios** o **desproporcionados** en relación con las perspectivas de **mejoría**, o que produzcan **sufrimiento desmesurado**, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como **único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable**.

En ese conjunto de normas, la Ley N° 10.058 es por demás clara cuando consagra que la aplicación de las disposiciones establecidas en ella, no permiten ni facultan, bajo ninguna circunstancia, la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, la eutanasia o la provocación de la muerte por piedad.

En la lógica sistémica de la Ley N° 10.058 la determinación de esa multiplicidad de estados de salud, o mejor dicho, de pérdida de salud de la persona, es determinada por un médico o un equipo sanitario (art. 5 inc. d).

**8.2.-** Llegados a este punto, cabe destacar que, al carácter vinculante de la normativa nacional dictada en ejercicio de facultades que pertenecen al Poder Legislativo Nacional (art. 75 inc. 12 y cc. C.N.), la Ley N° 10.058, avanza en el desarrollo conceptual de los distintos grados de estados clínicos de los pacientes, y el art. 5 inc. e) define al Estado Vegetativo Permanente como el estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que **se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática.**

En análogos conceptos jurídicos receptados en la normativa nacional, la normativa provincial define a las medidas desproporcionadas o de encarnizamiento terapéutico como acciones que prolongan la agonía de una persona **sin posibilidad de recuperación,** que atentan **contra la dignidad humana** y que **no demuestran evidencias médicas de beneficios para la salud.**

El Decreto Reglamentario N° 1276/2014 es muy claro al precisar que el diagnóstico de Enfermedad Terminal se trata de las condiciones que la **ciencia médica** tiene suficientemente consolidadas en cuanto a su descripción, temporalidad y viabilidad y por lo cual, **no corresponde otras interpretaciones que no sean las provistas por la mencionada disciplina médica** comprendiendo ella, desde su natural dinámica evolutiva.

El citado decreto especifica que las medidas desproporcionadas o de encarnizamiento terapéutico son aquellas que resultan por definición de la aplicación de medidas de soporte vital **luego de haber sido reconocido el estado de salud terminal o estado vegetativo permanente.**

Finalmente, explicita que la “pérdida de la capacidad natural” que pone en ejecución una DVA debidamente dispuesta, deberá tratarse de una condición sanitaria **que a buen juicio clínico no sea meramente circunstancial.**

**8.3.-** Se trata, por lo tanto, de una **cuestión de prueba**, determinar si el caso del Sr. J.S. está dentro de esos supuestos, requisitos o condiciones necesarias de fuente legal, constitucional o convencional (Taruffo, Michele, *La prueba*, Marcial Ponsa, Madrid, 2008, p. 277 y ss.).

#### **9.- El caso del Sr. J.S.**

**9.1.-** Es decisivo en mi valoración conjunta e integrada de toda la prueba, el resultado de la exploración llevada a cabo y asentada en los Informes Médicos Forenses, por los integrantes del COPRAMESAB, del que se puede concluir, que tanto el informe elevado por el Equipo Médico Interdisciplinario del Hospital Municipal de Urgencias de fecha 16/06/2023 como la Epicrisis de fecha 04/09/2023 permiten concluir que **el paciente no cumple criterios médicos-legales de irreversibilidad aún** o al menos, lo contrario no ha sido objeto de prueba.

**9.2.-** El informe médico elaborado por el Equipo médico interdisciplinario del sistema público del Hospital Municipal de Urgencias no ha sido desautorizado, ni menos descalificado por el Cuerpo de Médicos Forenses del COPRAMESAB.

Toda la literatura médica científica adjuntada por la Municipalidad de Córdoba es unánime y consistente en señalar que el valor aproximado del tiempo de recuperación de la conciencia para los pacientes en **Estado Vegetativo Persistente (PVS) por una lesión cerebral traumática (TBI) puede ser después de 12 meses y dentro de 3 a 6 meses para aquellos con EVP por lesiones no traumáticas** (Quiñones-Ossa et al. *Egyptian Journal of Neurosurgery* (2021) 36:9 <https://doi.org/10.1186/s41984-021-00111-3>; Span-Sluyter CAMFH, Lavrijsen JCM, Van Leeuwen E, Koopmans RTCM. *Moral dilemmas and conflicts concerning patients in a vegetative state/unresponsive*

wakefulness syndrome: shared or non-shared decision making? A qualitative study of the professional perspective in two moral case deliberations. BMC Med Ethics 2018;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0247-8>).

La Academia Americana de Neurología (AAN) clasificó al Estado Vegetativo (VS) como **Estado Vegetativo Persistente** cuando el paciente se encuentra en estado clínico durante más de 1 mes independientemente de si se debe a una lesión cerebral traumática (TBI) o no traumática (no TBI) y **Estado Vegetativo Permanente** (VS permanente) se aplica **3 meses después de la lesión no traumática** (no TBI) en estado vegetativo y **12 meses después de la lesión cerebral traumática, con alta probabilidad de irreversibilidad** (Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S, Barbano R, Hammond FM, Laureys S, Ling GSF, Nakase-Richardson R, Seel RT, Yablon S, Getchius TSD, Gronseth GS, Armstrong MJ Comprehensive systematic review update summary: Disorders of consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; The American Congress of Rehabilitation Medicine; And the. Neurology 2018;91(10):461–470, doi: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005928>; Tang Q, Lei J, Gao G, Feng J, Mao Q, Jiang J. Prevalence of persistent vegetative state in patients with severe traumatic brain injury and its trend during the past four decades: a meta-analysis. NeuroRehabilitation. 2017; 40(1):23–31. <https://doi.org/10.3233/NRE-161387>; Elena Aidinoff, Zeev Groswasser, Uri Bierman, Ilana Gelernter, Amiram Catz & Rotem Gur-Pollack (2017): Vegetative state outcomes improved over the last two decades, Brain Injury, DOI: 10.1080/02699052.2017.1418535 <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1418535>).

**9.3.- El estado vegetativo persistente** ha sido confirmado por el Cuerpo Médico Forense del COPRAMESAB al señalar que el Sr. J.S. tuvo una lesión primaria

traumática y un evento no traumático (broncoaspiración) que fueron las causas de la situación clínica actual, causado el día 12/03/23 por un traumatismo de cráneo grave en la vía pública complicado con broncoaspiración, **no pudiéndose establecer el tiempo transcurrido entre el momento del evento y el de la llegada del auxilio médico.**

Esa apreciación coincide con la declaración testimonial del Dr. Carlos Soriano que reconoció que **pudo ver a JS una sola vez, después por foto**, está en un estado vegetativo persistente y si bien es cierto, que el estado vegetativo de J.S, es por traumatismo de cráneo, el diagnóstico de ingreso es traumatismo cráneo encefálico grave más bronco aspiración “...**lo que no podemos saber es que grado de hipoxia, que significa falta de oxígeno, que cantidad de hipoxia hubo al cerebro...**” y que “...**No tiene el paciente solo traumatismo de cráneo puro, sino además bronco aspiración, no sabemos cuanto estuvo el paciente bronco aspirado... eso no podemos saber**”.

Por su parte el Cuerpo Médico Forense en su Informe de fecha 15/09/2023 expresó que “...*Tampoco nos consta que haya RNM cerebral y algún método de imágenes o neurofisiológico para verificar la probable irreversibilidad del cuadro*”.

**9.4.-** La prueba agregada en autos da cuenta de los informes de dos Tomografías Computadas de Cerebro de fecha 12/03/2023 y otra de fecha 15/03/2023 que, entre otros datos médicos objetivan que no se observan alteraciones densitométricas del tejido nervioso infratentorial, no hay desplazamiento de las estructuras de la línea media; sistema ventricular supratentorial de topografía y morfología normales.

Como ha sido reconocido por los familiares del Sr. J.S. el día 21/06/2023 “...**Al verlo conectado sintieron (J. y S.) “un mínimo de esperanza”**”.

**J. dice “Ahora que lo reconectado que le hagan los estudios que había dicho el director” “Que dijo que si lo conectaban en unos días se hacían todo en Oulton”,**

dichos estudios no se realizaron porque los familiares del Sr. J.S. mantuvieron posteriormente la decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico y el día 29/06/2023 interpusieron la presente acción de amparo.

En definitiva, a la fecha se encuentran pendientes la realización de estudios para neuro pronóstico adecuado.

Esta valoración del Equipo Médico Interdisciplinario del Hospital Municipal de Urgencias también ha sido confirmada por el Informe Médico Forense del COPRAMESAB de fecha 15/09/2023.

**9.5.-** En otras palabras, sin estudios de neuropronósticos como RBN cerebral con angioresonancia para verificar la probable irreversibilidad del cuadro, tal como afirmó el Cuerpo Médico Forense en el informe de fecha 15/09/2023 no se puede concluir la irreversibilidad de cuadro del Sr. J.S.

#### **10.- Diagnóstico sin pronóstico**

**10.1.-** Toda la prueba agregada, de la cual la específica para el cuadro neurológico del Sr. J.S. son las Tomografías Computadas de Cerebro de fecha 12/03/2023 y 15/03/2023 proveen **evidencia médica histórica** si se tiene en cuenta que a la fecha de emitir su Informe el Cuerpo Médico Forense el día 15/09/2023 y 22/09/2023 no contaba con otra evidencia médica que la incorporada a la causa y reseñada exhaustivamente en el título de antecedentes y prueba.

La única evidencia médica comprobada fue explicitada por los médicos del COPRAMESAB en el sentido que “...*En relación al diagnóstico clínico actual, el Sr. JS presenta un estado vegetativo persistente (producto de lesión traumática y no traumática) sin objetivarse una modificación significativa en su estado neurológico desde el ingreso*”.

La **duda sobre el pronóstico** de la evolución del Sr. J.S. no permite en las condiciones de la prueba rendida en autos, hacer operativas las Declaraciones de Voluntad

Anticipada porque “...*el paciente no cumple criterios de irreversibilidad aún*” y llevar adelante las mismas tendrían una consecuencia irreversible para un paciente cuyo estado vegetativo persistente “aún” no se ha determinado como permanente y menos irreversible.

**10.2.-** En ese contexto, es razonable concluir que el comportamiento seguido por el Equipo Interdisciplinario del Hospital Municipal de Urgencia es una conducta certera en la observancia de las condiciones legales para hacer operativa la adecuación del esfuerzo terapéutico.

### **11.- La duda a favor de la vida**

**11.1.-** No demostrada la transgresión del principio de legalidad (art. 19 C.N.) en el accionar del Hospital Municipal de Urgencias, menos podría admitirse una violación a un derecho humano a la vida, a la dignidad, a la libertad y autodeterminación.

Si se estudian las leyes sobre el derecho a la muerte digna de diversos países del mundo, es un lugar común que esas leyes y sus reglamentaciones abunden en definiciones conceptuales, como técnica legislativa para reducir la discrecionalidad hermenéutica que pueda conducir a un apartamiento de los fines de la ley.

**11.2.-** El derecho humano a la vida, en las circunstancias acreditadas en esta causa, con un paciente que tiene un diagnóstico y no un pronóstico razonablemente fundado, no puede ceder ante otros derechos humanos como la integridad física y moral de la persona, la dignidad humana, el valor superior de la libertad y la autodeterminación, el derecho a la intimidad, etc.

Como ha señalado la doctrina y jurisprudencia comparada “*Los bienes de la dignidad y la libertad solo han de tomarse en consideración por su relación con otro derecho fundamental, no de manera autónoma, y no se pueden usar para contraponerlos al derecho a la vida, como si fueran realidades distintas, cuando lo que es y ha de ser digno o libre es la vida en sí misma, sin que quepan una libertad o dignidad cuya*

*preservación exija la desaparición de la vida, porque es el soporte que les sirve de sustento”* (Informe del Comité de Bioética de España; Documento “Doce razones por las que decir no a la eutanasia y sí a los cuidados paliativos”, suscrito por más de 175 asociaciones de cuidados paliativos de Francia).

La doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha tenido ocasión de pronunciarse en varias ocasiones sobre demandas individuales en las que se venía a solicitar que el Tribunal, frente a la regulación restrictiva nacional, reconociera a la persona el derecho a obtener una ayuda para morir [SSTEDH de 29 de abril de 2002, asunto Pretty c. Reino Unido; de 20 de enero de 2011, asunto Haas c. Suiza; de 19 de julio de 2012, asunto Koch c. Alemania, y de 14 de mayo de 2013 (Sala Segunda) y de 30 de septiembre de 2014 (Gran Sala), asunto Gross c. Suiza]; o la retirada de tratamientos médicos de soporte vital [STEDH de 5 de junio de 2015 (Gran Sala), asunto Lambert y otros c. Francia].

Como ha expresado recientemente el Tribunal Constitucional de España:

*“En todas estas resoluciones, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha vinculado su pronunciamiento a la interpretación de los arts. 2 y 8 del Convenio de Roma que consagran, respectivamente, el derecho a la vida y el derecho al respeto de la vida privada y familiar, poniendo en relación los deberes de protección de la vida humana por parte del Estado con el principio de autonomía personal y su virtualidad sobre las decisiones en el final de la vida. Los pronunciamientos reseñados arrojan una doctrina que cabe resumir en cuatro ejes: (i) el derecho a la vida no incluye el derecho a morir; (ii) el derecho al respeto de la vida privada comprende el derecho a decidir cómo y cuándo poner fin a la propia vida, siempre que la persona sea capaz de decidir libremente sobre esta cuestión y actuar en consecuencia; (iii) este derecho no es absoluto y debe sopesarse con los intereses concurrentes, en especial con las obligaciones positivas de protección del Estado derivadas del derecho a la vida, que*

*exigen la tutela de las personas vulnerables frente a acciones que puedan poner en peligro su vida; y (iv) los Estados disponen de un amplio margen de apreciación sobre la manera de lograr el equilibrio entre ambos derechos, margen que ampara decisiones político-criminales de constreñir el derecho a decidir sobre la propia muerte (y obtener ayuda para ello) fundadas en la protección de la vida, pero también la despenalización de la eutanasia acompañada de las debidas salvaguardas para evitar abusos por parte de terceros”*(T.C.E. Pleno. Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021. Interpuesto por cincuenta diputados del Grupo parlamentario Vox en el Congreso de los Diputados en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Derecho a la vida y a la integridad física y moral: constitucionalidad de la regulación legal del derecho a la autodeterminación respecto de la propia muerte en contextos eutanásicos. Votos particulares, BOE del 25/04/2023).

Esta doctrina comparada, también brinda guías de interpretación para este caso.

## **12.- La solución del caso**

**12.1.-** En el contexto de la plataforma fáctica acreditada en autos y el marco jurídico que la rige, debe rechazarse la acción de amparo sin que quepa hablar de arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, y menos de violación a los derechos humanos del Sr. J.S., toda vez que los procedimientos desarrollados han permitido ejercer plenamente su defensa y las constancias acreditadas son fehacientes en poner en evidencia que no concurren los requisitos médico-legales previstos por el ordenamiento jurídico para hacer operativa la voluntad de la familia, antes de que transcurra el plazo de doce meses o antes si hubiese cambios desfavorables en el estado de J.S.

Es precisamente porque el equipo interdisciplinario no advierte que “los estudios dan negativos” y eso no lo puede hacer porque para ello, deben respetar los parámetros médicos legales que permitan determinar que estamos ante una “enfermedad

irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación” (art. 59 inc. g) del C.C.C.N.).

Despreciar los consensos médicos de las Sociedades de Neurología y de Terapia Intensiva, que han sido expresamente receptados en los arts. 59 del CCCN, en la Ley Nacional N°26.529 modificada por la Ley Nacional N° 26.742, en la Ley N° 10.058 y su Decreto Reglamentario N° 1276/2014, equivale lisa y llanamente a apartarse de la ley.

**12.2.-** La opinión del Comité Hospitalario de Bioética que fundamenta su opinión consultiva en un enfoque biográfico y en un criterio de irreversibilidad como equivalente a pérdida de atributos de la persona, no armoniza íntegramente con el texto expreso de la Ley N° 10.058 interpretado sistemáticamente con su Decreto Reglamentario N° 1276/2014.

Aún cuando el sentido de irreversibilidad, desde el punto de vista médico-legal, pueda no fundamentarse exclusivamente en parámetros médicos-neurológicos, sino también jurídicos en una comprensión integral y sistemática de la Ley N° 10.058, de su Decreto Reglamentario N° 176/2014, de la Ley Nacional N° 26.529 y su modificatoria la Ley N° 26.742 y de los arts. 59 y 60 del CCCN, la ausencia de comprobación de los parámetros médicos para determinar el carácter de estado vegetativo permanente e irreversible de J.S. difiere para su determinación el poder hacer operativa, en la propia dinámica del ordenamiento jurídico, las DVA subrogada de los familiares de J.S., para lo cual, debe esperarse el criterio de temporalidad expresamente receptado en la ley.

Dicha interpretación no se conmueve, y por el contrario se fortalece, si se atiende al art. 59 del CCCN, que reproduce con ligeras variaciones el art. 5 inc. g) de la Ley N° 26.742.

### **13.- Vulnerabilidad, hipervulnerabilidad y la dignidad de la Personas Mayores**

**13.1.-** Como puso de relieve el Comité Ley N° 10.058 Muerte Digna, la Declaración

Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en octubre de 2005, consagra en su artículo 3:

*“Artículo 3 - Dignidad humana y derechos humanos*

- 1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.*
- 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.*

En su art. 8 expresa: *“Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal*  
*Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”.*

Por parte, el art. 28 establece:

*“Salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.*

*Ninguna disposición de la presente Declaración podrá interpretarse como si confiriera a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana”.*

**13.2.-** En la sentencia Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párrs. 142 y 145, la Corte IDH desarrolló y concretó por primera vez una condena específica en forma autónoma del artículo 26 de la Convención Americana, dispuesto en el Capítulo III, titulado Derechos Económicos, Sociales y Culturales de este tratado. Así, este Tribunal reiteró su competencia para conocer y resolver controversias relativas al artículo 26 de la Convención Americana, como parte integrante de los

derechos enumerados en la misma, respecto de los cuales el artículo 1.1 confiere obligaciones generales de respeto y garantía a los Estados.

Asimismo, la Corte reiteró la interdependencia entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, puesto que deben ser entendidos integralmente y de forma conglobada como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello.

Posteriormente, en el Caso Poblete Vilches Y Otros Vs. Chile Sentencia de 8 marzo de 2018 (Fondo, Reparaciones y Costas), la Corte destaca la oportunidad de pronunciarse por primera vez y de manera específica sobre los derechos de las personas mayores en materia de salud.

La Corte resalta la importancia de visibilizar a las personas mayores como sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia.

**13.3.-** Tales conceptos son guías de interpretación para resolver el presente caso, toda vez que el Sr. J.S. es una Persona Mayor, hipervulnerable, y tiene una familia continente vulnerable desde lo social e hipervulnerable desde el plano emocional afectivo, lo que impone reforzar el criterio de interdependencia e indivisibilidad que como principio rector nos brinda el Corpus Iuris de los Derechos Humanos y la vigencia con jerarquía constitucional de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas Mayores.

#### **14.- Exhortación**

Es posible inferir que el criterio de irreversibilidad apoyado en el concepto de pérdida de atributos de la persona, sin aunarlos a los juicios médicos de universal consenso, fuertemente defendido por el Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias, tenga mucho que ver con la circunstancia **que no está integrado con**

**profesionales médicos**, sino por un licenciado en enfermería y otras especialidades como la Lic. María Soledad Ripoll y la Lic. Ruth Moreno.

La ausencia de representación de los saberes de las disciplinas médicas, con miembros especialistas en el cuadro clínico neurológico determinante del estado vegetativo persistente del Sr. J.S., ha conducido a la desvalorización de los juicios técnicos médicos de universal consenso, a los que las ciencias médicas condicionan la determinación de un estado vegetativo permanente e irreversible.

Si los juicios técnicos médicos de universal consenso coinciden en aceptar que un estado vegetativo persistente puede ser diagnosticado como estado vegetativo permanente e irreversible después de doce (12) meses de ocurrida la lesión cerebral traumática, debe considerarse que el comportamiento terapéutico desarrollado por el equipo médico tratante del Hospital Municipal de Urgencias, además de ser una certera acción médica ajustada a las ciencias del saber médico, también es inobjetablemente ajustada a los parámetros médicos legales receptados expresamente por el ordenamiento jurídico.

La irreversibilidad de un cuadro de estado vegetativo persistente por lesión cerebral traumática y broncoaspiración, no puede ser considerado antes del parámetro de temporalidad admitido por las Sociedades de Terapia Intensiva y las Sociedad de Neurología del mundo entero, como lo evidenciaron los médicos tratantes al elevar al Sr. Director del Hospital Municipal de Urgencia la improcedencia de realizar actos de adecuación del esfuerzo terapéutico antes de comprobarse el parámetro médico legal temporal de doce (12) meses.

De allí que esta causa que no debió judicializarse como lo propició la C.S.J.N. en el precedente relacionado y el Comité Ley N° 10.058 Muerte digna, nos debe dejar la enseñanza de revisar la integración interdisciplinaria del Comité Hospitalario de Bioética, como así también, incluir dentro de sus garantías procedimentales de

actuación, una instancia de revisión que evite la judicialización de estos dilemas éticos.

#### **15.- Costas**

Se imponen por el orden causado atento lo novedoso del asunto en la jurisdicción local.

Así voto.-

### **A LA SEGUNDA CUESTIÓN PLANTEADA LAS SEÑORAS VOCALES DOCTORAS MARÍA SOLEDAD PUIGDELLIBOL Y DANIELA SUSANA SOSA, DIJERON:**

#### **Corresponde:**

**I.- Hacer lugar** a la acción de amparo interpuesta por las Sras. Rosa Marianela Sosa Ocampo, Silvia Noemí Sosa y Rosa del Valle Ocampo en contra de la Municipalidad de Córdoba y, en consecuencia, declarar la ilegitimidad y arbitrariedad de la negativa del equipo médico del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba a retirar las medidas de soporte vital al paciente J.S., conforme lo solicitado en los consentimientos informados presentados por sus familiares.

**II.- Ordenar** al Director del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba a que disponga sin dilación alguna la limitación del esfuerzo terapéutico a J.S., solicitada por su familia, y el aseguramiento de los cuidados paliativos suficientes, habiendo previamente informado a los familiares para que se tomen los recaudos personales y espirituales que consideren adecuados.

**III.- Exhortar** a la comunidad médica y no médica a tomar conocimiento informado de las voluntades anticipadas previstas en la Ley N° 10.058, modificada por la Ley N° 10.421, y a las autoridades provinciales y municipales a adoptar las medidas necesarias para garantizar su mayor difusión, con el fin de evitar la judicialización de los conflictos que puedan plantearse en el futuro.

**IV.- Imponer** las costas a la vencida (art. 14 de la Ley N° 4915) y **regular** de manera definitiva los honorarios profesionales de los Dres. Nadia Diva Ibarguengoytia, Alina Noelia Dutto y Claudio Alejandro Raúl Orosz -parte actora-, en el equivalente a cuarenta (40) Jus, en conjunto y proporción de ley (arts. 1, 26, 93 y cc. Ley N° 9459), esto es la suma de Pesos Trescientos sesenta y nueve mil novecientos setenta y ocho con cuarenta centavos (\$ 369.978,40.-), los que deberán ser abonados por la condenada en costas en el plazo de cuatro (4) meses desde que adquiera firmeza este pronunciamiento.

Así votamos.

**A LA SEGUNDA CUESTIÓN PLANTEADA LA SEÑORA VOCAL DOCTORA MARÍA INÉS ORTIZ DE GALLARDO, DIJO:**

Por los fundamentos desarrollados en la primera cuestión, corresponde:

**I.- No hacer lugar** a la acción de amparo.

**II.- Imponer** las costas por el orden causado.

Así voto.-

Por ello, disposiciones constitucionales y legales relacionadas; y por mayoría,

**SE RESUELVE:**

**I.- Hacer lugar** a la acción de amparo interpuesta por las Sras. Rosa Marianela Sosa Ocampo, Silvia Noemí Sosa y Rosa del Valle Ocampo en contra de la Municipalidad de Córdoba y, en consecuencia, declarar la ilegitimidad y arbitrariedad de la negativa del equipo médico del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba a retirar las medidas de soporte vital al paciente J.S., conforme lo solicitado en los consentimientos informados presentados por sus familiares.

**II.- Ordenar** al Director del Hospital de Urgencias de la ciudad de Córdoba a que disponga sin dilación alguna la limitación del esfuerzo terapéutico a J.S., solicitada por su familia, y el aseguramiento de los cuidados paliativos suficientes, habiendo

previamente informado a los familiares para que se tomen los recaudos personales y espirituales que consideren adecuados.

**III.- Exhortar** a la comunidad médica y no médica a tomar conocimiento informado de las voluntades anticipadas previstas en la Ley N° 10.058, modificada por la Ley N° 10.421, y a las autoridades provinciales y municipales a adoptar las medidas necesarias para garantizar su mayor difusión, con el fin de evitar la judicialización de los conflictos que puedan plantearse en el futuro.

**IV.- Imponer** las costas a la vencida (art. 14 de la Ley N° 4915) y **regular** de manera definitiva los honorarios profesionales de los Dres. Nadia Diva Ibarquengoytia, Alina Noelia Dutto y Claudio Alejandro Raúl Orosz -parte actora-, en el equivalente a cuarenta (40) Jus, en conjunto y proporción de ley (arts. 1, 26, 93 y cc. Ley N° 9459), esto es la suma de Pesos Trescientos sesenta y nueve mil novecientos setenta y ocho con cuarenta centavos (\$ 369.978,40.-), los que deberán ser abonados por la condenada en costas en el plazo de cuatro (4) meses desde que adquiera firmeza este pronunciamiento.

Protocolizar y hacer saber.-

Texto Firmado digitalmente por:

**PUIGDELLIBOL Maria Soledad**

VOCAL DE CAMARA

Fecha: 2023.09.28

**SOSA Daniela Susana**

VOCAL DE CAMARA

Fecha: 2023.09.28

**ORTIZ Maria Ines Del Carmen**

VOCAL DE CAMARA

Fecha: 2023.09.28

**MAINE Andrea Maria**

SECRETARIO/A LETRADO DE CAMARA

Fecha: 2023.09.28