



**SALA ELECTORAL y de COMP.ORIGINARIA -
TRIBUNAL SUPERIOR**

Protocolo de Sentencias

Nº Resolución

Año: Tomo: Folio: -

EXPEDIENTE SAC: 12077654 – S. O., R. M. Y OTROS C/ MUNICIPALIDAD DE CORDOBA -AMPARO LEY 4915

PROTOCOLO DE SENTENCIAS. NÚMERO: DEL 02/11/2023

SENTENCIA 115

En la ciudad de Córdoba, de conformidad con lo dispuesto por el Acuerdo número un mil seiscientos veintinueve (1629), serie A, fechado el 6 de junio de 2020 (punto 8 de la parte resolutive), dictado por el Tribunal Superior de Justicia (TSJ), los Sres. vocales integrantes del Alto Cuerpo, Dres. Domingo Juan Sesin, Luis Enrique Rubio, María de las Mercedes Blanc Gerzicich de Arabel, María Marta Cáceres de Bollati, Sebastián Cruz López Peña, Luis Eugenio Angulo Martín y Leonardo Casimiro González Zamar, bajo la presidencia del primero, proceden a dictar sentencia en estos autos, caratulados “**S. O., R. M. Y OTROS C/MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA – AMPARO LEY 4915**” (expte. SAC n.º 12077654); esto, con motivo del recurso de apelación planteado por la parte demandada contra la Sentencia n.º 72 (fecha el 28 de septiembre de 2023), dictada por la Cámara en lo Contencioso-Administrativo de Segunda Nominación de la ciudad de Córdoba.

Seguidamente, fueron determinadas las siguientes cuestiones por resolver:

PRIMERA CUESTIÓN: ¿Resulta procedente el recurso de apelación deducido?

SEGUNDA CUESTIÓN: ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar?

A LA PRIMERA CUESTIÓN PLANTEADA, LOS SRES. VOCALES, DOCTORES

**DOMINGO JUAN SESIN, LUIS ENRIQUE RUBIO, MARÍA DE LAS MERCEDES BLANC
GERZICICH DE ARABEL, MARÍA MARTA CÁCERES DE BOLLATI, SEBASTIÁN CRUZ
LÓPEZ PEÑA, LUIS EUGENIO ANGULO MARTÍN Y LEONARDO CASIMIRO
GONZÁLEZ ZAMAR, RESPONDIERON:**

1. En su presentación (fecha el 5 de octubre de 2023), además de haber formulado reserva de promover un caso federal, los apoderados del municipio esgrimieron lo siguiente:

a) Como primer agravio, expresaron que la sentencia ha llegado “*a un resultado erróneo y que es contrario al derecho aplicable*” (p. 4 del escrito, en su versión digital). Esto -afirmaron-, desde que el paciente “*no presenta un cuadro de ‘irreversibilidad’ médico-legal*” (p. 1, ídem). En ese sentido, manifestaron que, pese a la lesión traumática en el cráneo, el estado que presenta no es incurable o terminal, por lo que “*puede existir a futuro una evolución favorable*” (p. 1, ídem). Así, describieron que el Sr. J. C. S. no presenta estado de muerte cerebral, respira por sus propios medios, ha realizado movimientos espontáneos (elevación de miembros, cruzar [una] pierna) y, desde el mes de mayo del presente año, se halla en una sala común del Hospital de Urgencias.

Asimismo, destacaron que, desde el punto de vista legal, tampoco puede hablarse de irreversibilidad. Ello -acotaron-, desde que no ha transcurrido el plazo de 12 meses, en un estado de vigilia que impida cualquier expresión de voluntad, fijado por la Ley n.º 10058 (art. 5, inc. e) para los casos de lesiones traumáticas. Tal cómputo -precisaron- porque J. S. se encuentra internado desde el 13 de marzo.

Luego, aludieron a informes médicos del propio hospital, así como del Comité de Bioética establecido por la Ley n.º 10058 (CB) y del Comité Consultivo y Operativo de Prácticas Médico-Sanitarias y Bioéticas del Poder Judicial de Córdoba (COPRAMESAB), según los cuales el estado vegetativo es persistente, pero no necesariamente permanente (cfr. las pp. 3 y 4). En el mismo punto, reprodujeron pasajes del voto en minoría de la Cámara (suscripto por la vocal María Inés Ortiz de Gallardo; cfr. las pp. 4/7). Todo, para concluir que no median las condiciones que posibiliten la adecuación de las medidas terapéuticas.

b) Como segundo agravio, denunciaron que la Cámara habría incurrido en una errónea interpretación

del Código Civil y Comercial (art. 59). En efecto, aseveraron que, para que proceda lo que posibilita dicha norma (por ejemplo, rechazar ciertos procedimientos, hidratación, alimentación, etc.), debe tratarse de una *“enfermedad irreversible, incurable, o cuando [el paciente] se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”* (p. 8, ídem). Y esto no ocurre -añadieron- desde que *“ningún dictamen médico asigna el carácter de ‘permanente’ al estado de coma en el que se encuentra J. C. S.”* (p. 8).

c) Como tercer agravio, los representantes del municipio cuestionaron que no se haya respetado el plazo previsto por la Ley n.º 10058 (art. 5, inc. e), de 12 meses (en vigilia, sin consciencia), para concluir que alguien que ha sufrido lesiones traumáticas se encuentra en estado vegetativo permanente. Tal término -enfaticaron- se encuentra justificado por razones de orden médicas y así lo sostiene la literatura especializada (cfr. las pp. 8/11, ídem). Por eso, objetaron que a dicha previsión se la pueda catalogar como una norma débil, dado que todas *“tienen fuerza imperativa”* (p. 8, ídem), razón por la cual tal distinción no puede ser la vía para *“justificar su incumplimiento, más aún cuando la aplicación de dicha disposición se refiere nada menos que al derecho a la vida”* (p. 8, ídem). Además, subrayaron que el referido plazo tiene *“fundamentos en las estadísticas y en la experiencia médica de casos similares del propio Hospital de Urgencias como a nivel de otros países”* (p. 9, ídem) y *“no es un lapso que pueda ser considerado excesivamente extenso toda vez que los últimos estudios médicos aconsejan, incluso, su extensión a 18 meses”* (p. 9, ídem). Como consecuencia, y en virtud del informe efectuado por los médicos, con referencias a la pertinencia del término de 12 meses (cfr. las pp. 9 y 10), sostuvieron que lo decidido resulta, *“cuanto menos, una medida que es manifiestamente apresurada”* (p. 11).

Por otra parte, insistieron en que, como no se puede determinar el grado de hipoxia (déficit de oxígeno) que ha padecido el Sr. J. C. S., *“lo que impide afirmar que esta hubiera sido la causa del estado vegetativo”* (pp. 11 y 12, ídem), y como *“únicamente está acreditado que el daño sufrido lo es a causa de una lesión traumática, es que corresponde [que] se cumpla el plazo de doce meses exigido por la citada norma”* (p. 12, ídem). Por ende -dijeron-, no puede tildarse como arbitrario e ilegítimo el

hecho de que los médicos del Hospital de Urgencias se hayan negado a retirarle el soporte vital al paciente por entender que este no lleva aún un año en estado vegetativo (cfr. la p. 12, ídem).

d) En cuarto lugar, señalaron que, al no existir certeza médica de que se trate de una situación irreversible o terminal, está justificada la conducta de los médicos. Esto -agregaron-, desde que ella no afecta los derechos esenciales a la vida (Constitución provincial [CP], art. 19, inc. 1), a la dignidad y a la autodeterminación personal, ni tampoco el principio de legalidad (Constitución de la Nación [CN], art. 19). Por ello, puntualizaron que, teniendo en cuenta que el bloque de constitucionalidad y el CCC le asignan al primero el carácter de sustento de los demás derechos, ante la duda de no saber cuál ha de ser la evolución del Sr. J. C. S., había que optar por la vida del paciente y no frustrar *“las posibilidades de mejoría y/o recuperación, las cuales resultan ciertas y existen de acuerdo a la propia experiencia de casos similares atendidos en el Hospital de Urgencias y de acuerdo al avance de la ciencia médica actual”* (p. 13, ídem).

También lamentaron que la Cámara haya reproducido el argumento del Comité de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias referido a las condiciones socioeconómicas del Sr. J. C. S. (cfr. la p. 13). Ello, en la convicción de que, más allá de las dificultades que el paciente pudiera tener en ese plano, ellas *“no pueden incidir en modo alguno en la solución de la presente causa”* (p. 13, ídem) y ni siquiera deberían *“ser mencionada[s] cuando lo que está[n] en juego son los valores esenciales a la vida y a la dignidad de [dicha] persona”* (p. 14, ídem).

e) Como quinto agravio, apuntaron que, en la causa, no ha sido consultado uno de los hijos del paciente, que *“se encuentra alojado en una unidad penitenciaria”* (p. 14, ídem), sin condena. Dicha circunstancia -precisaron- no puede privarlo del *“derecho [de] ser consultado respecto [del] tratamiento médico a recibir por su padre cuando la decisión dispuesta por la sentencia, en caso de cumplirse, será definitiva e irreversible”* (p. 14, ídem).

f) Por último, en sexto lugar, cuestionaron que la Cámara les haya impuesto las costas. En ese sentido, aseguraron que se trata de una cuestión novedosa y compleja, que involucra cuestiones jurídicas, pero también médicas y éticas, razón por la cual no resultaría justo aplicar, en forma mecánica, el principio

de la derrota (cfr. la p. 14, ídem). Por ello, sostuvieron que, cualquiera que sea el resultado definitivo, aquellas deberían ser distribuidas por su orden, en ambas instancias, en virtud de las previsiones del Código Procesal Civil y Comercial de Córdoba (art. 130, parte final).

Finalmente, tras haber recapitulado los agravios en los que fundamentan su posición (cfr. las pp. 15 y 16, ídem), los representantes del municipio solicitaron que el recurso sea acogido y que la sentencia de la Cámara sea revocada (cfr. la p. 17, ídem).

2. El 6 de octubre, mediante el Auto n.º 324, la Cámara concedió el recurso ante el TSJ, en los términos de la Ley n.º 4915 (art. 15).

3. En esta sede, el mismo día, fueron dispuestos -por orden- los traslados correspondientes. Al contestar en primer lugar (el 10 de octubre), la apoderada de los actores solicitó que el recurso sea rechazado, con especial imposición de costas. Sucintamente, en su presentación, aseguró que las cuestiones planteadas por la Municipalidad ya habían sido dirimidas, razón por la que se trata de una mera discrepancia con el sentido de lo resuelto y una forma de dilatar el proceso (cfr. las pp. 6 y 7 del escrito, en su versión digital), así como “*el sufrimiento de una familia y [de] una persona, con total falta de humanidad y criterio*” (p. 8, ídem). Tras un repaso -principalmente- de lo que han sostenido los dos comités de bioética que han intervenido (el establecido por la Ley n.º 10058 y el del Hospital de Urgencias; cfr. las pp. 8/18, aseveró que el municipio no ha logrado desvirtuar “*los sólidos fundamentos emitidos*” (p. 20, ídem) por ambos órganos e insiste con que se cumpla el término de un año para que el estado vegetativo del Sr. J. C. S. pueda ser considerado permanente, en los términos de la Ley n.º 10058 (art. 5, inc. e). Por esta vía -agregó-, la parte demandada “*desconoce no sólo el resto del marco jurídico aplicable, cuyo eje es la dignidad humana, sino además el conflicto bioético que subyace*” (p. 20, ídem) al caso. A ello hay que sumar -subrayó- que el estado clínico del Sr. J. C. S. “*no ha presentado cambios significativos desde el momento de su ingreso al nosocomio hasta la fecha, de conformidad con los estudios existentes*” (p. 23, ídem). Luego, destacó que “*la dignidad aparece como un valor supremo, irreductible y absoluto, propio de la condición personal*” (p. 28, ídem), que se vincula con el derecho a la autodeterminación, en tanto cada uno diagrama cómo quiere vivir y “*eso*

debe y tiene que ser respetado” (p. 29, ídem).

Asimismo, la abogada negó que uno de los hijos del Sr. J. C. S. no se haya manifestado en la causa. Esto -dijo-, desde que M. E. S. *“ha prestado su consentimiento a pedido del propio Hospital de Urgencia”* a los fines de que se procediera *“a la adecuación del [e]sfuerzo [t]erapéutico”* (p. 31, ídem). Precisamente -añadió-, esta fue una condición que dicho hospital había establecido *“para proceder al retiro del soporte vital de J. C. S.”* (p. 31, ídem), cosa que sucedió durante *“el lapso de cinco días”* (p. 31, ídem). Insistió en que sorprende que la parte demandada manifieste lo contrario cuando la referida anuencia (del hijo del Sr. J. C. S.) había sido solicitada por la propia institución, como *“consta en la historia clínica elaborada por sus médicos y que ellos mismos acompañaron”* (p. 32, ídem). Con independencia de esto, recordó que la Ley n.º 24193 (Trasplante de Órganos y Tejidos), a la que remite la Ley n.º 10058, no demanda el consentimiento de todos los hijos, razón por la cual *“lo solicitado por el Hospital de Urgencias fue sobreabundante”* (p. 32, ídem). No obstante, explicó que, como se trataba de una decisión *“muy pensada por toda la familia”* (p. 32, ídem), en ningún momento, hubo reticencia o resistencia en cumplir lo que se les había requerido, *“por más que la familia tenía conocimiento de que no era necesario”* (p. 32, ídem). Todo esto, de acuerdo con su lectura, muestra que, *“sin fundamentos”* (p. 34, ídem), el municipio *“busca impedir la ejecución de un derecho, de una ley y de la voluntad de una familia”*, solamente *“por un capricho y [por] una mera disconformidad”*(p. 34, ídem).

Finalmente, la apoderada enfatizó que la Ley n.º 4915 y el CPCC (art. 130) establecen el principio objetivo de la derrota como criterio para imponer las cosas. Pero a ello hay que sumar *“la situación especial en la que se encuentra la familia”* (p. 34, ídem) y *“todo el calvario que vienen soportando”* (p. 34, ídem). En ese sentido, lamentó que la parte demandada, prácticamente, los haya obligado *“a recurrir a la justicia”* cuando *“la ley y la jurisprudencia”* resultan claras y coincidentes en que hay que *“evitar judicializar”* (p. 35, ídem) situaciones como estas.

4. El 17 de octubre se expidió el asesor letrado Civil y Comercial del Sexto Turno. Al hacerlo, manifestó que no está claro cuál es el perjuicio, gravamen o interés del municipio. Esto, desde que la

posición sostenida por este a lo largo del proceso, y en particular en el momento de producir el informe que prevé la Ley n.º 4915 (art. 8), ha girado en torno a la temporalidad prevista por la Ley n.º 10058 (art. 5, inc. e) y, como consecuencia, a si la condición clínica del Sr. J. C. S. es irreversible (o no) como para que se le pueda retirar el soporte vital (cfr. la p. 4 de su escrito, en la versión digital). Así, insistió en que la recurrente solo ha repetido los mismos argumentos que viene esgrimiendo y se ha limitado a exteriorizar su falta de conformidad con lo que la Cámara ha resuelto. Por ello, afirmó que la impugnación debe ser rechazada. No obstante, luego analizó y replicó cada uno de los presuntos agravios invocados por la Municipalidad. Particularmente, calificó de “*extraño, en principio*” (p. 15, ídem), que se haya afirmado que uno de los hijos del Sr. J. C. S. no ha sido escuchado. En ese sentido, destacó que, por intermedio del voto de la mayoría, la Cámara ha dado cuenta de que “*consta la firma de M. E. S. en el pedido de retiro del soporte vital a su padre, junto a la del resto de familiares que se mencionan*” (p. 15, ídem). Esto acredita -dijo- que, aunque según la Ley n.º 24193 (a la que remite la Ley n.º 10058), “*no era necesario el consentimiento de todos los hijos de J. C. S., no existía oposición de ninguno de ellos*” (p. 16, ídem).

5. El 24 de octubre, por medio de un dictamen (E, n.º 734) el Ministerio Público (fiscal General Adjunto) consideró que la parte recurrente había logrado controvertir la interpretación efectuada por la Cámara sobre la condición del paciente. Esto, en el sentido de que no contaría “*con un diagnóstico de irreversibilidad o permanencia el cuadro*” (p. 31 del escrito, en su versión digital) clínico del Sr. J. C. S.. Por ende, concluyó que están dados los requisitos para que el TSJ se expida. Ello, teniendo presente que “*lo que se decida será susceptible de afectar -incluso de manera irreversible- derechos personalísimos de una persona, como son el derecho a la vida, a la salud, a la dignidad y a la autodeterminación*” (p. 32, ídem).

6. El mismo día, se dictó el correspondiente llamado a resolver, el que, al haber quedado firme, ha dejado a la causa en condiciones de que sea decidida.

Y CONSIDERANDO:

Para el mejor desarrollo de lo planteado a través del recurso de apelación, que cumple con los

requisitos formales para su tratamiento, corresponde efectuar las siguientes disquisiciones:

I. EL DERECHO DEL PACIENTE A NO SER SOMETIDO A TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS QUE ÉL NO CONSINTIERA

Antes de abordar las objeciones formuladas por la Municipalidad de Córdoba contra la sentencia de la Cámara, resulta imprescindible delinear el marco constitucional de las delicadísimas cuestiones que están en debate en esta causa y que el TSJ, por primera vez, debe dilucidar, sopesar y resolver.

a) La dignidad y la autonomía como soportes de la personalidad moral de todo ser humano

En casos como el presente se advierte cómo pueden colisionar, si no son debidamente armonizados, dos polos con gran relevancia jurídica. Por un lado, la extensión de la obligación legal de los médicos de preservar la vida de los pacientes. Por el otro, el derecho constitucional que les asiste a estos de efectuar decisiones personalísimas sobre cómo quieren afrontar -en circunstancias dramáticas, debido al diagnóstico de un estado de salud irremediable- el último tramo de la existencia. Esto último, a su vez, puede traducirse, por ejemplo, en que puedan anticipar su negativa a recibir tratamientos o procedimientos que supusieran un “*encarnizamiento terapéutico*” o que pudieran “*prolongar de manera indigna su vida*” (art. 1, Ley n.º 10058). Ahora puede dimensionarse la entidad de las aristas (científicas, filosóficas, morales, deontológicas, bioéticas, religiosas, entre otras) que entran en juego - y que subyacen- cuando estas tragedias cotidianas acontecen o cuando se ponen en tensión a través de una causa judicial.

A diferencia de otras provincias, Córdoba cuenta con la Ley n.º 10058 (denominada de “Declaración de Voluntad Anticipada [DVA] - Muerte Digna”), que regula la materia, en tanto competencia en la que pueden concurrir las provincias y la Nación (Constitución de la Nación [CN], art. 75, inc. 12, y provincial [CP], art. 59). Por supuesto, siempre en conexión con las disposiciones constitucionales o de derecho de fondo (sustantivas) que, por su jerarquía normativa superior, la condicionan, como el propio Código Civil y Comercial (art. 59, por ejemplo, relativo al consentimiento informado, o el art. 60) o la Ley n.º 26529 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud), que ha sido modificada por la Ley n.º 26742. Aunque se volverá sobre esta cuestión con

detenimiento en el considerando n.º II, la entrada en vigor del CCC (año 2015), con su relevante capítulo sobre los “Derechos y actos personalísimos” (arts. 51/61), del que carecía el viejo Código Civil, enmarca todo y no puede ser soslayada. Específicamente, porque el CCC prevé expresamente que una persona puede emitir directivas médicas anticipadas (art. 60). Pero, también (art. 59, inc. g), que el paciente, por sí o por medio de sus representantes legales -cuando se encontrara imposibilitado de expresar su voluntad en el momento de la atención médica-, rechace ciertos procedimientos o medidas de soporte vital (alimentación o hidratación). Tales disposiciones resultan clave y, en la práctica, no pueden ser obviadas desde que la ley provincial fue sancionada en el año 2012; esto es, antes que el CCC, que, en ese punto, reproduce prácticamente lo que ya preveía la Ley n.º 26529 (art. 5, inc. g, fruto de la reforma introducida por la Ley n.º 26742 en el año 2012, conocida como de “muerte digna”). Como consecuencia, desde ahora se previene contra las lecturas o interpretaciones que pretendieran aislar o darle preeminencia a la Ley n.º 10058. Ello, por cuanto, en el marco de un estado federal, las provincias carecen de atribuciones para -por ejemplo- regular con exclusividad o en un sentido diferente al que lo hiciera el CCC sobre una materia como los derechos personalísimos, que necesariamente debe incluir la posibilidad de negarse a ciertas prácticas médicas ante una situación clínica terminal o equiparable a tal.

En todo ese entramado sobresalen dos conceptos jurídicos que, en la temática, resultan intangibles: *dignidad* y *autonomía*. Respecto del primero y como bien lo marca el Decreto n.º 1276/2014 (reglamentario de la Ley n.º 10058), dicho término “*se funda en la tradición del derecho internacional de los derechos humanos*” (art. 5, inc. e). Así, el preámbulo mismo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos parte del “*reconocimiento de la dignidad intrínseca*” de “*todos los miembros de la familia humana*”. Es decir, desde este punto de vista, se trata de un “*valor fundacional o central*”^[1], en la medida en que refiere a esa calidad moral común de todas las personas, sin distinciones, que, precisamente por ello, las convierte -nos convierte- en iguales en derechos y estos, a su vez, se postulan como inalienables.

Ahora bien, no obstante ser una cualidad común, inherente e incontrovertible, cada persona, al margen

de los condicionamientos culturales, sociales e históricos, puede cultivar su propio sentido de la dignidad y otorgarle a su vida una significación que, por ende, resulta única e intransferible. En eso radica la capacidad de ser “*titulares de intereses moralmente relevantes*”^[2] o la “*personalidad moral*”, inherente a todos los seres humanos. Y de esto se desprende la potestad de delinear, construir, sostener o reformular decisiones y posibles cursos de acción -con sus respectivas consecuencias- en la relación consigo mismo (o con el propio cuerpo) o con lo demás, en el entramado social. En ese derrotero, no necesariamente lineal ni fácil, se van forjando definiciones que hacen a la identidad, a la autopercepción, a las creencias y cosmovisiones de una persona. La dignidad se manifiesta como el hilo conductor -y posibilitador- de toda esa trama persistente, que también puede involucrar disposiciones acerca del cuidado personal, la vulnerabilidad, el dolor físico o el sufrimiento ante situaciones límites o ante la *irremediabilidad* de la muerte.

Como consecuencia, todo eso es lo que se pone en juego, en términos bioéticos, cuando alguien enfrenta el diagnóstico de una enfermedad terminal, incurable o definitiva. Ello, desde que la dignidad es también -y sobre todo- algo encarnado o corporizado; es decir, con ribetes o proyecciones sobre lo más íntimo, por lo que puede comprender determinaciones relativas a cómo afrontar lo más humano de todo: el desenlace de la irreversible finitud.

Dado este carácter o dimensión subjetiva y personalísima que adquiere la dignidad, de antemano, no se puede fijar, establecer o determinar qué puede implicar morir dignamente para todos los pacientes. Sin embargo, actualmente, la literatura científica sobre la materia tiende a coincidir en dos cosas. En primer lugar, en “*una concepción de [la] dignidad como no humillación*”^[3], como no mortificación. Por ello, la Ley n.º 10058 proscribire los procedimientos médicos que “*pretendan prolongar de manera indigna*” (art. 1) la vida. Y, por el contrario, reconoce a las personas -con plena capacidad de obrar- la posibilidad de que, libremente, puedan efectuar una DVA. Esto, para anticiparse a la hipótesis de que perdieran dicha atribución (natural o clínicamente) y no pudieran “*consentir o expresar su voluntad*” (art. 6). La norma también contempla que, si el damnificado no hubiera efectuado una DVA o no hubiera “*prestado el consentimiento informado y hubiera perdido la capacidad de obrar o el pleno*

uso de sus facultades mentales”, sus representantes legales *“podrán ejercer el derecho que establece”* (art. 24) la Ley n.º 10058 o la normativa de fondo, en nombre de aquel; con más contundencia aún, el art. 21 ter alude a si *“la decisión fuere tomada por los representantes legales”*. En ambos casos, medie una DVA o no, el fin es demarcar cuáles serían los tratamientos o medidas de soporte vital que los pacientes no querrían recibir y que, por ende, no podrían ser forzados a recibir.

La misma dinámica establece el CCC. Ello, al posibilitar que una persona anticipe directivas (art. 60); o, bien, si no lo hubiera hecho y se suscitara ya una *“enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que l[a] coloquen en igual situación”* (art. 59, inc. g), para que (por sí o por representación) pueda negarse a rechazar ciertos procedimientos o medidas. Es decir, 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”* (art. 59, inc. g, en conexión con el último párrafo del mismo art. 59).

En segundo lugar, *“existe un apoyo creciente a la idea de que la dignidad humana se pierde en gran medida cuando la tecnología prolonga la vida de una persona que padece una enfermedad terminal”* [\[4\]](#). La reacción, por ende, es contra lo que suele llamarse maquinización o *“medicalización de la muerte”* [\[5\]](#). Precisamente, por eso, de acuerdo con la Ley n.º 10058, la DVA es concebida como una orden o instrucción que el paciente dirige *“al médico o institución de servicio de salud”*. La finalidad es que estos se abstengan *“de someterlo a medidas desproporcionadas o de encarnizamiento terapéutico que solo sirvan para prolongar artificialmente [la] agonía”* (art. 7) o la *“supervivencia, artificialmente”* (art. 17, anexo único). Y lo mismo se advierte en el segmento anteriormente citado del CCC.

Conviene insistir en lo anterior. El concepto de la dignidad es nuclear desde que a cada persona, de forma irreductible, le asiste el derecho de configurar cómo quiere vivir -y con qué sentido-, inclusive, sus últimos días u horas. Y esto puede implicar la decisión de que sean minimizados el dolor físico o el sufrimiento emocional que pudieran traer aparejados ciertas prácticas o tratamientos médicos; o,

bien, que se salvaguardara su privacidad. Esto conlleva que la dignidad del paciente -o, lo que es lo mismo, no infligirle humillaciones- debe ser el objetivo central e insoslayable del cuidado sanitario. Este, a su vez, debe expandirse “*más allá del control de los síntomas, para incluir aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y asistenciales relativos a la experiencia*”^[6] radical, última, que aquel está afrontando. Y no solo de él, sino también de sus familiares. En efecto, la muerte no es un hecho aislado, sino también un fenómeno eminentemente social, que -además- es fuente de angustia existencial para los amigos y allegados. Estos, por lo tanto, merecen hacer frente a este delicado proceso en paz, sin dolores añadidos ni cargas morales extras; por ejemplo, fruto de trámites burocráticos o de incidencias judiciales que se vieran forzados a concretar para hacer valer una DAV. Ello, con más razón porque el CCC no supedita la operatividad de la DAV a una autorización judicial previa y tampoco el consentimiento que el paciente hubiera prestado; por ejemplo, para que le suspendan las medidas de soporte vital. Por ende, lo que el CCC no requiere de ninguna manera al delinear este derecho personalísimo, en la práctica, no podría ser socavado bajo el pretexto de una presunta observación rigurosa de la Ley n.º 10058.

Lo desarrollado permite que ahora se haga referencia al otro pilar: el concepto de *autonomía*. Si bien este último está íntimamente ligado con el anterior y puede haber solapamientos o entrecruzamientos entre ambos, son diferentes. Esto, en tanto la autonomía remite a la posibilidad de autodeterminarse - con sus consecuencias-, sin injerencias externas, en la esfera o ámbito que hace a aquello que es propio, porque es lo más íntimo o porque conlleva acciones de moral privada (autorreferentes), que, por ende, quedan exentas de cualquier control o fiscalización estatal en la medida en que no “*ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero*” (CN, art. 19). Por eso, el TSJ ha dicho que ese espacio -intangible- conforma un “*coto vedado personal, que es intransferible, invulnerable, infranqueable e indisponible sin el consentimiento del titular*”^[7]. En otras palabras, esto configura el terreno de “*los derechos personalísimos, vinculados con la autodeterminación sexual, con la dignidad personal o con la proyección de planes de vida (individuales o familiares)*”^[8], que solo compete al afectado.

Ahora puede apreciarse la conectividad y funcionalidad constitucional que media entre ambos conceptos en la medida en que se presuponen, se complementan y se retroalimentan. En efecto, la emisión de una DAV es la expresión por antonomasia de una manifestación de autodeterminación. Esta, a su vez, proyecta lo que cada cual entiende, de forma irreductiblemente personalísima, que es el límite del sufrimiento, que no puede reducirse necesariamente al dolor físico; o, en su defecto, del tipo y complejidad de las intervenciones que podría tolerar en el propio cuerpo o de lo que pudiera hacer mella en la percepción o consideración de sí (ante de los demás) frente a un estado de postración indefinido. En esa demarcación se sigue jugando -nada más y nada menos que- la propia dignidad. Por eso, resulta muy oportuna la siguiente reflexión del recordado filósofo austríaco Víctor Frankl: *“El ser humano no es un objeto más entre otros objetos; las cosas se determinan unas a otras, pero el hombre, en última instancia, es su propio determinante”*^[9]. Y lo es, incluso -y sobre todo-, ante la muerte.

En definitiva, solo en la medida en que ambas dimensiones (dignidad y autonomía) son respetadas puede afirmarse lo siguiente. El paciente mantiene el sentido de la incolumidad moral de su persona, así como el dominio o control de su propia vida, si se le posibilita que se manifieste, por sí mismo o por medio de las personas legalmente habilitadas para hacerlo (en la hipótesis de consentimiento por representación; cfr. el art. 24 de la Ley n.º 10058, y el art. 5 del Decreto n.º 1089/2012, reglamentario de la Ley n.º 26529). Como consecuencia, lo relevante es que, cuando concurren ciertas circunstancias clínicas, a través de una DVA, él disponga de lo más trascendente y personal: la posibilidad de determinar la forma que ha de tener el desenlace de su vida. Así, puede requerir que su existencia *“no se prolongue mediante sistemas o técnicas artificiales extraordinarias cuando la situación sea irreversible”* (Ley n.º 10058, art. 17, anexo único). Y, con más contundencia, el CCC le brinda la posibilidad de rechazar aquello que tuviera *“por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”* (art. 59, inc. g). Esto, por entender que en ello se dirime la *“inviolabilidad de la persona humana”*, lo que siempre supone *“el reconocimiento y respeto de su dignidad”* (art. 51).

En definitiva, lo que posibilita la legislación vigente es “asegurar una muerte digna, esto es: el control y el alivio del dolor y del sufrimiento, el acompañamiento afectivo y espiritual, el respeto por la autonomía y la adecuación del esfuerzo terapéutico a las necesidades de cada persona”^[10].

b) No se pueden desconocer u obstaculizar las determinaciones que el paciente hubiera adoptado

Lo desarrollado posibilita concluir que la preocupación por todo lo concerniente a la dignidad del paciente -o a que no padezca humillaciones o indignidades- cuando se encuentre en una fase clínica terminal pasa a ser la principal finalidad de los cuidados o servicios sanitarios que se le brindaran.

Ese delicadísimo derecho ha generado un giro copernicano en la relación médico-paciente cuando este último atraviesa por una situación clínicamente irremediable o equiparable a tal. En efecto, la Ley n.º 10421^[11], al haber modificado la Ley n.º 10058, también introdujo un cambio clave en la Ley n.º 6222 (Ejercicio de las Profesiones y Actividades Relacionadas con la Salud). Es que esta (art. 5, inc. b), en su redacción originaria, como regla, preveía que la obligación del médico, en lo atinente a la conservación de la vida, debía serlo “*por medios ordinarios*” (primera oración). En cambio, “*la prolongación de la vida*” por “*medios extraordinarios*” dependía del “*sano juicio del médico y [de] la voluntad del paciente o de sus familiares en caso de impedimento de éste*” (segunda oración). Precisamente, la Ley n.º 10421 ha reformulado significativamente dicho segmento de la Ley n.º 6222. Por ello, este ahora dispone que “*la aplicación de medios extraordinario quedará reservada a la voluntad del paciente*” (art. 5, inc. b, segunda oración); o sea, le ha quitado injerencia al médico cuando mediara una DVA o, en su defecto, cuando concurrieran las circunstancias clínicas que le posibilitaran al paciente -luego de haber sido debidamente informado- rechazar ciertas prácticas o procedimientos (CCC, art. 59, inc. g). Ese ajuste era imprescindible, porque el CCC, en tanto regla común insoslayable, en este punto, no otorga ninguna atribución al profesional cuando el paciente (por sí o por medio de sus representantes) se negara a recibir ciertos tratamientos.

En definitiva, se entiende que, en esa manifestación de autodeterminación definitiva, sigue estando en juego la construcción de la dignidad del paciente como persona moral; incluso, en el momento de afrontar el hecho más común -y por eso no menos trascendente- de la especie: el morir. La síntesis del

cambio la expresa el Decreto n.º 1089/2012. Este, al reglamentar la Ley n.º 26529 (el art. 2, inc. e), sostiene: “*El paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona*”.

Precisamente, por eso, en el orden provincial, el referido Decreto n.º 1276/2014, con contundencia, establece que no es atribución del equipo médico “*discernir*” sobre la “*entidad*” de aquello que define las instrucciones brindadas por el paciente a través del “*contenido de la DVA*” (reglamentación del art. 7 de la Ley n.º 10058). Por el contrario, los profesionales deben limitarse a “*atender la condición sanitaria del enfermo*” y, en forma obligatoria, “*hacer cesar o evitar generar aquellas que impongan encarnizamiento terapéutico*” (reglamentación del art. 7). En otras palabras, una vez que el paciente o sus representantes se han manifestado, los profesionales no pueden insistir con los tratamientos que aquellos hubieran rechazado. Por ello, el art. 7 postula que “*las instrucciones*” que comporta la DVA tienen carácter imperativo: “*ordena[n] al médico o institución de servicio de salud*” (art. 7). Es decir, llegados a ese punto, no hay margen para que estos se opongan, sopesen, cuestionen o impugnen (por vía administrativa o judicial) dicha disposición, por expresar una determinación de moral privada, personalísima, autorreferente, que no es susceptible de interferencias externas (CN, art. 19).

Corresponde detenerse en el punto. Aunque no se trata de la mejor redacción posible, la aludida norma del Decreto n.º 1276/2014 resume cabalmente lo que la Ley n.º 10058, debidamente conectada con el CCC, ha pretendido reconocer y resguardar: la autonomía que le asiste al paciente, en resguardo de su dignidad, para decidir cómo quiere transitar el desenlace de lo irremediable. Y esta definición no puede ser discutida o puesta a consideración de los médicos y demás profesionales de la salud que intervinieran. Justamente, por ello, la Ley n.º 26529 es igual de contundente al garantizar que el paciente “*acept[e]o recha[ce] determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa*” (art. 2, inc. e). Otra vez aquí se advierte que, cuando se ingresa a esa zona de reserva constitucional, vedada para los demás en tanto hace a la autoconfiguración personal hasta el último minuto de vida (CN, art. 19), no hay que justificar ni brindar razones sobre las bondades, beneficios o perjuicios de lo decidido, ni -mucho menos- sobre las implicancias o significación

(filosófica, moral, religiosa, etc.) que pudiera tener lo resuelto.

Por ello, desde la doctrina bioética se ha precisado: *“La legislación argentina consiente la suspensión de la HNA [hidratación y nutrición asistida] en pacientes con EPV [estado vegetativo permanente] o EMCP [estado mínimo de conciencia de tipo permanente], si esta se acompaña de las medidas de control y alivio de los efectos clínicos derivados de la misma que puedan significar sufrimiento. La suspensión no implica sufrimiento inevitable en todos los casos, sino ofrecerle al paciente, en actitud paliativa, las medidas que cumplan con el criterio del mejor interés. No corresponde al médico promover ni oponerse a tal medida, pero sí informar fehacientemente y acompañar al paciente y/o a sus allegados en caso de que estos decidieran llevarla a cabo, para una adecuada comprensión de sus consecuencias”*^[12].

c) El profesional puede formular una objeción de conciencia, pero no oponerse a lo decidido

Lo anterior lleva a otro punto. El modelo de formulario para la confección de una DVA -que la Ley n.º 10058 contiene como anexo de su art. 17- cuenta con un enunciado final muy valioso. Enmarcado en un recuadro, por medio de él, se presume que quien completara la DVA se dirigiría a los médicos y les formularía la siguiente reflexión: *“El rechazo de los medios excepcionales o desproporcionados no equivale al suicidio o a la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro, sino que significa sencillamente la aceptación de la condición humana y el derecho a la dignidad”* (lo destacado con negritas nos pertenece). En relación con esto, resulta pertinente resaltar tres cosas. La primera es que la DVA, por ser un derecho personalísimo sobre definiciones últimas que solo competen al interesado por su entidad moral, no está a disposición de los profesionales de la salud (cfr. la reglamentación del art. 7 de la Ley n.º 10058). Es decir, una vez efectuada y formalizada una DVA, no son relevantes las propias creencias, puntos de vistas y cosmovisiones (filosóficas, religiosas, etc.) que aquellos mismos legítimamente pueden tener sobre la trascendencia de la muerte y sobre cómo se debería transitar dicho evento; o, bien, sobre la amplitud o sobre las diferentes concepciones en torno al derecho a la vida. Si el médico dispusiera de esta atribución significaría que podría objetar la elección del paciente -o la de sus familiares y allegados, en la hipótesis de consentimiento por

representación- y, por ende, discutir cómo aquel compone su dignidad. Y ya se ha dicho que este ejercicio, no obstante ser socialmente construido, culturalmente influenciado y eminentemente relacional^[13], es -sobre todo- subjetivo, “*personal e intransferible*”^[14], y delicadamente encarnado; esto, desde que nadie puede reemplazar al paciente en cómo se percibe en ese estado de vulnerabilidad supremo (o del de su cuerpo). Por ello, la reglamentación del art. 3 de la Ley n.º 10058, es contundente: “*Los establecimientos sanitarios y los profesionales de la salud deberán respetar la DVA del paciente*”. Esto, porque, como ya se ha destacado, se trata de una orden o instrucción con carácter imperativo (cfr. el art. 7 de la Ley n.º 10058).

La segunda, y conectada con la anterior, es que el Decreto n.º 1276/2014 otorga margen de maniobra al profesional que tuviera reparos sobre la DVA en virtud de sus propias creencias o convicciones personales. En efecto, aquel le posibilita que “*formali[ce] una objeción de conciencia para el cumplimiento de la DVA*” (reglamentación del art. 3 de la Ley n.º 10058). Esto resulta fundamental, porque, de lo contrario, de forma solapada, se podría configurar lo que se ha advertido como problemático en el párrafo anterior: que el profesional, de alguna forma, termine proyectando su propio marco de ideas sobre una cuestión que excede largamente a lo que hace a su disciplina o a sus conocimientos técnico-profesionales específicos, porque conlleva definiciones filosóficas, morales, religiosas, entre otras; por ejemplo, sobre qué significa morir o hacerlo con dignidad. En otras palabras: lo que se decide se proyecta a una zona reservada constitucionalmente; en este caso, solo al paciente (CN, art. 19). Por eso mismo, lo conveniente es que los médicos y demás profesionales de la salud exterioricen y formalicen sus reparos ante las autoridades de la institución, de forma genérica, de antemano o en la primera ocasión en que tuvieran para hacerlo. Esto, para que, si un paciente requiriera el derecho del que se viene hablando, el hospital o establecimiento de salud suministre o provea, “*de inmediato, las sustituciones profesionales correspondientes*” (reglamentación del art. 3, ant. referida), para que se efectivice el derecho que la Ley n.º 10058 garantiza prioritariamente.

A mayor abundamiento, la plausibilidad de que los profesionales de la salud formulen una objeción de conciencia descansa en el mismo e intangible presupuesto: el de la autonomía. En efecto, legalmente,

no se puede imponer una obligación (un hacer o no hacer) a quien, para cumplir, por la índole de lo que se le exigiera, debería renunciar a sus propias preferencias, elecciones autorreferentes o cosmovisión (moral, filosófica, religiosa, etc.). En ese sentido, la imposición, que obligaría al médico a retraerse, refrenar o -peor- abjurar de sus propias creencias, por ejemplo, le restringiría “*la libre elección de pautas morales para [tener que] conformar*”^[15] su conducta a lo que se le demandara. Tal cosa no es posible en nuestro sistema constitucional y no podría “*justificarse -dado el tipo de pauta involucrada- [ni siquiera] sobre la base de que ella [la conducta exigida] protege la autonomía de otra persona*”^[16]. Esta es la forma en que pueden conciliarse -y quedar garantizadas- las esferas autónomas de ambos actores: paciente y médico.

La tercera cuestión radica en lo que destaca el propio formulario o modelo de DVA que exhibe la Ley n.º 10058: la necesidad de aceptar “*la condición humana*” (art. 17, anexo), atravesada por la circunstancia de la mortalidad. Como consecuencia, en los términos en que ha quedado reformulada la Ley n.º 6222 (art 5, inc. *b*, segunda oración), cuando se discute sobre la posible aplicación de medios o procedimientos terapéuticos extraordinarios, la obligación legal de los profesionales de la salud no es la supervivencia artificial o la prolongación de lo que se presenta como irremediable; incluso, al precio o costo de desconocer la dignidad del paciente. Por lo tanto, la insistencia en aplicar medidas de soporte vital se considera como algo desproporcionado o, lo que es lo mismo, como un encarnizamiento terapéutico (cfr. el Decreto n.º 1276/2014, reglamentación del art. 5, inc. *e*). Esto tiene mucha pertinencia para la presente causa.

Corresponde insistir en el punto. Con independencia de la discusión que en otros países se ha dado entre lo que se denomina “*eutanasia activa*” y “*eutanasia pasiva*”^[17], en el marco de las directivas médicas anticipadas, el CCC es terminante en que las que “*impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas*” (art. 60). En el mismo sentido, la Ley n.º 10058 proscribire las “*conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, la eutanasia o la provocación de la muerte por piedad*” (art. 3). Por eso, el Decreto n.º 1476/2014 es claro en que “[l]as instrucciones contenidas en la DVA solo podrán indicar ‘negativas’ del paciente a ser sometido a

determinado tratamiento” (reglamentación del art. 6 de la Ley n.º 10058). Como consecuencia, la legislación provincial ha previsto que, cuando medien las condiciones clínicas correspondientes y siempre que haya sido confeccionada una DVA, el retiro del soporte vital, por ejemplo, no puede generar “*responsabilidad civil, penal o administrativa*” (art. 25) para el equipo de salud. Y lo mismo establece la Ley n.º 26529 (art. 11 bis).

Como síntesis, corresponde recalcar que, en tres ocasiones, la Ley n.º 10058 alude a evitar el encarnizamiento terapéutico y, en una ocasión, a no prolongar la agonía o la “*supervivencia artificialmente*” (art. 17, anexo). Lo primero obliga a puntualizar que una de las acepciones del verbo encarnizar es “[m]ostrarse cruel contra alguien”^[18]. Justamente, ya se ha dicho que, en el desarrollo actual de la bioética, una concepción robusta de la dignidad es la que equipara a este término o lo proyecta como sinónimo de “*no humillación*”^[19]. A su vez, lo segundo, en conexión con lo que también ya se ha destacado como mandato dirigido a evitar la maquinización o la medicalización de la muerte, remite a otra reflexión de Frankl (también era médico, psiquiatra): “*Si algunos médicos persisten en desempeñar su principal papel únicamente como técnicos, han de reconocer que estudian a sus pacientes como máquinas, prescindiendo del ser humano que se esconde detrás de la enfermedad*”^[20]. Precisamente, por esto, lo que Córdoba ha buscado con la sanción de la Ley n.º 10058 es lo siguiente: que quienes formularan una DVA y luego atravesaran por determinadas circunstancias clínicas (o, bien, si no lo hubieran hecho, pero luego se pronunciaron sus representantes autorizados) no sean sujetos a humillaciones, mortificaciones o indignidades (cfr. el art. 1 de la Ley n.º 10058).

Finalmente -y porque guarda mucha relevancia para lo que se ha de resolver-, corresponde insistir en lo que se viene subrayando: la Ley n.º 10058 no puede desvincularse del marco normativo nacional (CCC [arts. 59 y 60] y Ley n.º 26529, con sus modificaciones). Esto, por ejemplo, para añadir a la DVA requisitos que pudieran poner a la referida ley provincial en colisión con el CCC, que es el telón de fondo sustantivo y común que no se puede desbordar. Si se lo hiciera, entonces, se vulneraría la premisa de que se ha legislado sobre una materia (derechos personalísimos) respecto de la que el *piso*

fijado por el CCC no se puede socavar. Por ende, para la determinación del estado clínico que habilita a una persona a rechazar ciertos procedimientos o medidas de soporte vital, por ejemplo, Córdoba no podría agregar condiciones no previstas por el CCC; mucho menos, si ellas restringieran o agravaran el ejercicio del derecho personalísimo consagrado por aquel o por las normas nacionales que lo complementan.

Por ello, desde la doctrina se ha remarcado: *“En el caso de facultades concurrentes, la Corte [n] acional ha admitido que una potestad legislativa nacional y una provincial pueden ejercerse sobre un mismo objeto o una misma materia sin que de esa circunstancia derive violación de principio o precepto jurídico alguno, aunque también ha sostenido que -con miras a que la cabal coexistencia de tales facultades sea constitucionalmente admisible- es preciso que no medie una incompatibilidad manifiesta e insalvable. En efecto, una arraigada doctrina reseña que el ejercicio por las provincias de estas facultades concurrentes solo puede considerarse incompatible con las practicadas por las autoridades nacionales cuando, entre ambas, medie una repugnancia efectiva, de modo de que el conflicto devenga inconciliable”*^[21].

II. EL PLAZO DE UN AÑO INVOCADO POR LA MUNICIPALIDAD PARA QUE RECIÉN ENTONCES SE PUEDA QUITAR EL SOPORTE VITAL AL SR. J. C. S. SOLO PROLONGARÍA LA MORTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU ENTORNO AFECTIVO

En virtud del marco constitucional desarrollado ahora se puede tratar y decidir el recurso de apelación interpuesto por la Municipalidad de Córdoba, que -corresponde anticipar- debe ser rechazado por las siguientes razones:

a) Las normas provinciales no pueden exigir lo que el Código Civil y Comercial no requiere

Los primeros tres agravios formulados por el municipio contra la sentencia de la Cámara deben ser abordados conjuntamente. Esto, porque, en lo sustantivo, están conectados. Sucintamente, de acuerdo con el recurrente, aquel tribunal no ha brindado *“una solución justa”* (p. 15 del escrito de impugnación, en su versión digital) al considerar que los médicos del Hospital de Urgencias incurrieron en conducta arbitraria e ilegítima al haberse negado a retirar el soporte vital al Sr. J. C. S.,

tal como lo habían requerido las demandantes.

Según los representantes del municipio, el problema radica en que la Cámara ha dado por sentado que el paciente presenta un cuadro irreversible desde el punto de vista “*médico-legal*” (p. 1, ídem), como consecuencia de las lesiones traumáticas que ha sufrido y que lo mantienen internado desde el 13 de marzo del presente año. Por esta vía, entienden que el tribunal ha interpretado erróneamente el CCC (art. 59). Así, señalaron que, para que sea posible que una persona rechace ciertos procedimientos o requiera el retiro de las medidas de soporte vital, debe afrontar una “*enfermedad irreversible, incurable*”, encontrarse en un “*estado terminal*” o haber “*sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación*” (p. 8, ídem). Y agregaron que, hasta el momento, ningún dictamen profesional le ha asignado “*el carácter de ‘permanente’ al estado de coma*” (p. 8, ídem) en el que se encuentra el Sr. J. C. S.. Por ello, cuestionaron la sentencia (voto de la mayoría) por la equivocada aplicación del derecho. Esto, desde que -según entienden- tampoco se habría observado el término de 12 meses (en vigilia, sin consciencia), exigido por la Ley n.º 10058 (art. 5, inc. e), para que pueda considerarse que se ha configurado un estado vegetativo permanente que habilite la posibilidad de requerir la disminución de los esfuerzos terapéuticos. En esta línea, postularon que se trata de una disposición con “*fuerza imperativa*” (p. 8, ídem) y, por ende, cualquier intento por distinguir entre normas supuestamente “*fuertes*” y “*débiles*” solo deviene un recurso para no cumplir la Ley n.º 10058 (art. 5, inc. e), “*más aún cuando la aplicación de dicha disposición se refiere nada menos que al derecho a la vida*” (p. 8, ídem). Para el debido análisis de estas cuestiones resultan necesarias las siguientes disquisiciones:

1. Los peligros del aislamiento normativo

No le asiste razón a la parte recurrente. Esto, con independencia de que lo que postula, técnicamente, no es un agravio, sino la insistencia en lo que sus representantes vienen sosteniendo invariablemente desde que produjeron el informe que prevé -cual contestación de la demanda- la Ley n.º 4915 (art. 8), tal como lo ha advertido el asesor letrado (cfr. su escrito fechado el 17 de octubre). Desde este punto de vista, corresponde subrayar lo que el TSJ suele decir en supuestos como este: “[No] *puede*

descalificarse como tal -como acontece en esta causa- un pronunciamiento con el que solo se discrepa, como lo pone de manifiesto la reiteración mecánica de las mismas proposiciones y conceptos, desde el comienzo, cual si el proceso fuera un monólogo o soliloquio”^[22] .

El problema del argumento del municipio es su circularidad. En efecto, de acuerdo con este, no está acreditado que el Sr. J. C. S. enfrente un estado clínico terminal que autorice, según el CCC (art. 59), la adecuación del esfuerzo terapéutico o el retiro de las medidas de soporte vital. Ahora bien, según su interpretación, tal situación se configuraría -como mínimo- el 13 de marzo de 2024, si persistiera en el estado vegetativo en el que ahora se encuentra, como consecuencia del grave traumatismo de cráneo que padece desde el 12 de marzo del corriente año, cuando el Sr. J. C. S. fue víctima de un presunto delito en la vía pública, como es de público conocimiento. Siempre según la Municipalidad, en marzo del próximo año se cumplirían los 12 meses que, según la Ley n.º 10058, en su capítulo de definiciones (art. 5), serían necesarios para configurar un “*estado vegetativo permanente*” cuando la causa de dicho “*estado de vigilia sin conciencia*” lo fuera una lesión traumática (cfr. el art. 5, inc. e). En función de este razonamiento y, por no haberlo respaldado, la recurrente sostiene que la Cámara habría incurrido en una errónea aplicación del derecho vigente.

La cuestión radica en que la lectura que propugna el municipio termina jerarquizando o poniendo a una previsión de la Ley n.º 10058 (el art. 5, inc. e) por encima del CCC, lo que resulta impensable en un estado federal como el argentino. De hecho, precisamente, en materia de salud, cuando están en juego derechos fundamentales de delicada textura moral, el TSJ ya ha prevenido sobre las tesis interpretativas que pretendieran poner a Córdoba en el confín del “*aislamiento normativo*”^[23] . En efecto, pese al avance que ha supuesto la sanción de la Ley n.º 10058 en la provincia, no se la puede desconectar del marco normativo nacional (federal), conformado principalmente -en este caso- por el CCC; en particular, por todo el capítulo relativo a los “*derechos y actos personalísimos*” (especialmente los arts. 51, 55, 59 y 60). A ello hay que sumar la Ley n.º 26529, con las modificaciones introducidas por la Ley n.º 26742 (con su respectivo decreto reglamentario, el n.º 1089/2012), porque define -nada menos que- los derechos del paciente en su relación con los

profesionales e instituciones de la salud. Esto necesariamente engloba la vinculación de quien, por ejemplo, en Córdoba, hubiera efectuado una DVA con el personal del hospital que luego lo tratara. En esa necesaria interacción entre normas provinciales y nacionales no se pueden perder de vista dos cosas. En primer lugar, Córdoba puede legislar sobre una materia con eminentes ribetes sustantivos, como supone el ejercicio del derecho a una muerte digna, por su inescindible conexión con los derechos a la vida, a la salud y a la autodeterminación, todos de eminente raíz personalísima. Pero, al hacerlo, no puede desconocer la legislación sustantiva federal (el CCC) sobre derechos personalísimos, que es jerárquicamente superior y que le marca un *piso*, que no puede perforar, pero sí complementar o mejorar. Y, en ese sentido, el CCC legisla sobre la posibilidad de que una persona pueda emitir “*directivas médicas anticipadas*” (art. 60). Pero ni en esta hipótesis, ni en aquella en que mediara el consentimiento informado del propio paciente o el de sus familiares o allegados (variante de consentimiento por representación [CCC, art. 59, párrafo final]), está contemplado lo que en Córdoba. En efecto, en tanto atribución reconocida al paciente, en ningún caso, el CCC supedita la restricción de las medidas de soporte vital (como la hidratación o la alimentación de forma artificial) a que el estado clínico terminal o equiparable a tal del paciente (enfermedad irreversible o incurable), forzosamente, haya cumplido o transitado por un determinado lapso fatal, como la Municipalidad postula en relación con la situación del Sr. J. C. S.

Conviene insistir en lo anterior. Si respecto del Sr. J. C. S. se le pretendiera exigir el cumplimiento de un término estricto, no tabulado por la legislación de fondo (CCC, arts. 59, inc. g, y 60), solo se agravaría su situación de vulnerabilidad y se lo colocaría en una peor situación -y desigual en término de derechos constitucionales (CN, art. 16)- respecto de una persona que viviera en otra provincia y que, en las mismas circunstancias clínicas, no estaría sujeta a la misma restricción.

Por esta vía, lo único que se haría es todo lo contrario de lo que persigue la Ley n.º 10058: la mortificación del paciente. Llegados a este punto, y teniendo en cuenta que ni el CCC ni la Ley n.º 26529 (art. 5, inc. g, similar al art. 59, inc. g, del CCC) fijan una unidad de tiempo, la única interpretación plausible y que permite armonizar todo el entramado normativo en juego es que la

matriz de la Ley n.º 10058 (incluye al art. 5, inc. e) fue sancionada el 16 de mayo del año 2012, cuando aún no había entrado en vigor el CCC (1 de agosto de 2015), pese a que aquella fue reformada posteriormente, a fines del año 2016 (por medio de la Ley n.º 10421), ocasión en que la referida disposición no fue readecuada, como hubiera correspondido. He allí la razón del problemático desfasaje.

Por lo tanto, en esta instancia y por sus implicancias, resulta necesaria una lectura adecuada de las fuentes normativas, con pleno respeto a su debida jerarquía. Esto obliga a concluir que el plazo de 12 meses puntualizado por la referida norma (el art. 5, inc. e), en su carácter estrictamente definicional, solo puede ser tomado como un parámetro de referencia a la hora de sopesar el referido estado clínico, pero en ningún caso puede ser exigido como una condición imprescindible para el ejercicio del derecho sustantivo que legislan la propia Ley n.º 10058 y, sobre todo, el CCC (arts. 59 y 60). Es que, de lo contrario, habría que declarar su inaplicabilidad o, peor, su inconstitucionalidad por exceso de competencias respecto de una cuestión (derechos personalísimos) en la que no se pueden desarticular las vigas maestras (en este caso, montadas por el CCC), porque en ello descansa “*el principio de lealtad federal o buena fe federal*”^[24]. Este, como lo ha dicho la CSJN, supone “*un sistema cultural de convivencia, cuyas partes integrantes no actúan aisladamente, sino que interactúan en orden a una finalidad que explica su existencia y funcionamiento*”^[25].

En segundo lugar, la tendencia al aislamiento normativo no puede llevar a que, para obviar el término de 12 meses -al que se acaba de aludir-, se fueren demarcaciones conceptuales o que a estas se las centre en aspectos formales que hagan perder de vista lo sustantivo. En las dramáticas circunstancias del presente caso no está en juego determinar si, fehacientemente, a la reconstrucción de la voluntad del Sr. J. C. S. efectuada por su pareja y familiares (hermana e hijos) se la puede engastar o equiparar a una hipótesis de DVA o, bien, si en puridad se trata de un supuesto de consentimiento por representación. Se trate de un dispositivo o de otro, lo pretendido es lo mismo: el retiro de las medidas de soporte vital, que es a lo que se opone el municipio, y eso está expresamente autorizado -ante todo, por su jerarquía normativa- por el CCC (art. 59, inc. g, y último párrafo). Y ello, a su vez, conecta con

lo que materialmente está en juego y que es lo trascendente para la resolución de la presente acción de amparo: determinar si, en definitiva, la recurrente (municipio) está obstaculizando el derecho personalísimo de gozar de una buena muerte; esto es, libre de aquello que hiciera más difícil -también para los familiares- el trance por el que está atravesando la existencia del Sr. J. C. S. Como se verá en el presente acápite y en los siguientes, la respuesta es afirmativa.

Corresponde detenerse brevemente en el punto. En el momento de demandar, las accionantes (pareja conviviente, hermana e hija del Sr.) fundaron su legitimación para actuar en el art. 24 de la Ley n.º 10058 (cfr. la p. 2 del escrito, en su versión digital). Precisamente, este es el que contempla la hipótesis de que el paciente no hubiera formalizado una DVA o no hubiera prestado consentimiento informado “y hubiera perdido la capacidad de obrar” (art. 24), que es la condición indispensable que el CCC (art. 60) y la Ley n.º 10058 (art. 1) requieren para poder emitir una DVA; es decir, para poder anticipar, expresar y exteriorizar “*las instrucciones que debe[rán] respetarse en la atención médica y [en] el cuidado de su salud*” (art. 5, inc. c) para el supuesto de que, en el futuro, aconteciera un evento, por ejemplo, que lo privara a aquel de la posibilidad de decidir por sí.

Justamente, para casos como este -el del Sr. J. C. S., que no había formalizado una DVA-, la Ley n.º 26529 (art. 6) y la propia Ley n.º 10058 (art. 24) preveían lo siguiente: que las personas enumeradas en el art. 21 de la Ley n.º 24193 (Trasplante de Órganos y Tejidos), y “*en el orden de prelación allí establecido*” (se volverá sobre este tópico en el punto c), podían ejercer el derecho cuyas aristas se discuten en esta causa. Tal orden de prelación fue derogado por la sanción de la Ley n.º 27447, por lo que el referido consentimiento puede ser manifestado por las personas enumeradas por el art. 59 del CCC (último párrafo). El Decreto n.º 1089/12 (al reglamentar el art. 5 de la Ley n.º 26529) también contiene disposiciones similares relativas a lo que denominan “consentimiento por representación”. Corresponde precisar que las tres codemandantes (pareja, hija y hermana del Sr. J. C. S.) cumplen con el requisito previsto por el CCC (art. 59, último párrafo); es decir, para actuar como representantes del paciente a los fines de desentrañar o reconstruir cuál sería la voluntad de este. Como acontece en la legislación de fondo (CCC, art. 59, párrafo final), lo clave es que la

Ley n.º 10058 posibilita que, “*por vía de subrogación*” (así lo denomina el Decreto n.º 1276/2014 al reglamentar el art. 24), en la medida en que el afectado estuviera imposibilitado de manifestar su voluntad, sus representantes legales ejerzan el referido derecho sustantivo (definido en los arts. 59 y 60 del CCC, y en el art. 7, Ley n.º 10058). Por eso, con más contundencia y de forma más explícita, la norma local establece que intervenga el comité de bioética (art. 21 bis) “*cuando el paciente no hubiera formalizado su DVA y la decisión fuere tomada por los representantes legales, en los términos del artículo 24*” (art. 21 ter; lo destacado con negritas nos pertenece). Insistimos: dicha decisión no puede ser otra que la relativa a bregar que aquel al que representan no sea sometido a ciertas prácticas. Esto es, precisamente, lo que han demandado las representantes legítimas del Sr. J. C. S.. Además, ante la negativa de los médicos y autoridades del Hospital de Urgencias, debieron acudir a la Justicia mediante la presente acción de amparo.

Dos cosas, procede agregar. La primera es que, como lo ha puntualizado la CSJN, esas personas, por su especial vínculo con el paciente, son “*las que hacen operativas 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*”^[26]. La segunda es que aquellas no deciden la cuestión “*en función de sus propios valores, principios o preferencias*”^[27], dado que “*solo pueden testimoniar, bajo declaración jurada, en qué consiste la voluntad de aquel [paciente] a este respecto*”^[28]. Justamente, por ello, en su dictamen (fechado el 23 de junio), el comité provincial creado por la Ley n.º 10058 manifestó que los familiares del Sr. J. C. S. han sostenido que este no desearía “*verse en esa condición de asistido mecánicamente, atento a su estado vegetativo persistente*” (p. 8 del escrito, en su versión digital). En el mismo sentido, de acuerdo con el Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias, desde el primer momento, “*los familiares consideraron que J. C. S. no hubiera querido verse así, [porque] si se viera así un segundo, se las ingeniaría para matarse y es muy creativo*” (intervención del 16 de junio; p. 3 del texto, en su versión digital).

2. *No se puede insistir en un paradigma médico superado: el paciente es soberano*

En función de lo desarrollado ha quedado en claro que el término de 12 meses no puede ser un plazo

que haya que esperar fatalmente para que un paciente (por sí, a través de una DVA, o por medio de sus representantes legales) pueda ejercer el derecho sustantivo que le garantizan el CCC y la Ley n.º 10058. Como consecuencia, la posición del municipio se queda sin soporte. Por ello, sus representantes acudieron a la conjetura de que *“puede existir a futuro una evolución favorable”* (p. 1, del recurso de apelación) o a que el requisito de los 12 meses tiene *“fundamentos en las estadísticas y en la experiencia médica de casos similares del propio Hospital de Urgencias”* (p. 9, ídem). Por supuesto que esta última afirmación, sin el debido respaldo, no pasa de ser una afirmación dogmática o lo que se denomina “petición de principios”, en tanto parte como conclusión de aquello de lo que, precisamente, debe probar.

Al mismo tiempo, el informe del Comité Consultivo y Operativo en Prácticas Médicas y Sanitarias en Bioética del Poder Judicial de Córdoba (COPRAMESAB), al que la Cámara le había pedido que se pronunciara, fue terminante en que, desde su internación, **el paciente no ha experimentado “cambios significativos en su estado neurológico”** (p. 2 del dictamen, en su versión digital, fechado el 22 de septiembre; lo destacado con negritas nos pertenece). Luego de haber efectuado una junta médica y con la documentación disponible, el COPRAMESAB consideró que la situación clínica actual (estado vegetativo persistente) es la consecuencia de *“una lesión primaria traumática y un evento no traumático (broncoaspiración)”* (p. 2, ídem). Al mismo tiempo, destacó que se podía inferir que, *“durante la asistencia recibida, fueron tenidas en cuenta todas las posibilidades para tratar de alcanzar la recuperación de la persona, sin éxito alguno”* (p. 2, ídem; lo destacado con negritas nos pertenece).

En definitiva, han transcurrido ya casi ocho meses desde la internación del Sr. J. C. S. sin que se adviertan cambios significativos en la evolución neurológica, conclusión médica que no ha sido cuestionada ni replicada por el municipio. Al mismo tiempo, se ha concluido que, constitucionalmente, Córdoba carece de atribuciones para fijar una unidad de tiempo estricta en virtud de la cual se pueda establecer que, a partir de un determinado momento (12 meses), media un cuadro clínico irreversible, terminal o asimilable que recién entonces habilite a un paciente o a sus

representantes a requerir que le retiren el soporte vital.

Como consecuencia, en ese contexto, si la voluntad del propio interesado (anticipada mediante una DVA o reconstruida por sus familiares) no fuera la clave para resolver el presente dilema bioético, entonces, ¿cuál sería el factor para despejarlo o qué otra condición más habría que tener en cuenta, esperar o considerar para decretar aquella *irremediabilidad*? Este interrogante es lo que pone en evidencia que la reticencia del Hospital de Urgencias, en esta instancia, no se puede consentir ni mantener. Si se lo hiciera, se seguiría desconociendo la noble finalidad de la Ley n.º 10058: posibilitar que personas como el Sr. J. C. S., en el marco del drama que él y sus familiares han vivido -y continúan viviendo-, tenga una buena muerte.

En ese sentido, corresponde recordar lo que la CSJN dijo en el paradigmático caso “Saguir y Dib”^[29], cuando advirtió sobre el peligro al que pueden llevar -cuando están en juegos derechos de delicadísima textura, urgencia y significación moral- lecturas formalistas; por ejemplo, para impedir, en los hechos, la ablación y trasplante de un órgano del que dependía la vida de un joven, debido a una insuficiencia renal. En dicha ocasión, la Corte señaló: *“El quid del problema reside entonces en optar por una interpretación meramente teórica, literal y rígida de la ley, que se desinterese del aspecto axiológico de sus resultados prácticos concretos, o por una interpretación que contemple las particularidades del caso, el orden jurídico en su armónica totalidad, los fines que la ley persigue, los principios fundamentales del derecho, las garantías y derechos constitucionales y el logro de resultados concretos jurídicamente valiosos”*^[30].

A lo anterior hay que sumar algo que han advertido los dos comités de bioética que han intervenido y sobre lo que se volverá al considerar el próximo agravio. Ante el pedido de los familiares, el 10 de junio, los profesionales que atendían al Sr. J. C. S. procedieron a adecuar el esfuerzo terapéutico y, así, “ se suspendieron la alimentación e hidratación respectiva” (dictamen del comité creado por la Ley n.º 10058, ant. cit., p. 4, en su versión digital). No obstante, el 14 de junio, por entender que no se cumplía con el requisito de la irreversibilidad de la condición clínica del paciente, “ese mismo día reiniciaron las medidas de alimentación e hidratación, tomando la decisión de manera unilateral debido a que la

familia sostenía su decisión de [a]decuación del [e]sfuerzo [t]erapéutico, aun después de ser informada del documento presentado por el equipo de salud tratante” (intervención del Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social, del 16 de junio, ant. cit., p. 1, en su versión digital). Lo que se acaba de relatar pone en tensión el cambio de paradigma que ha operado y que determina que, en la relación médico-paciente, la aplicación de medios extraordinarios (de manera de prolongar artificialmente la vida al damnificado) ya no está reservada, en primer lugar, *“al sano juicio del médico”* (art. 5, inc. b, oración final, según la redacción primigenia de la Ley n.º 6222). Ya se ha visto que, con la sanción y modificación de la Ley n.º 10058, tal ecuación ha sido reformulada y que ahora tal atribución queda *“reservada a la voluntad del paciente”* (art. 5, inc. b, oración final, Ley n.º 6222, en su redacción actual). Las previsiones de fondo son iguales -o más- rotundas en el énfasis. El Decreto n.º 1089/2012, al reglamentar la Ley n.º 26529 (art. 2, inc. e, relativo a la autonomía de la voluntad), no deja margen de dudas: ***“El paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona”*** (lo destacado con negritas nos pertenece). Y el CCC no condiciona la decisión del paciente al juicio del médico (art. 59, inc. g).

De las constancias de la causa surge con evidencia que la voluntad del paciente ha sido reconstruida por sus representantes legales al haber pedido la atenuación del esfuerzo terapéutico. Ello, con la resonancia que esto tiene -en términos constitucionales- dada la obligación insoslayable que impera de garantizar la continuidad de la persona moral (en sus intangibles dignidad y autonomía), sobre todo en la trascendente y especial situación de vulnerabilidad que supone el transitar por la última fase de la existencia en las circunstancias en las que lo está haciendo el Sr. J. C. S. Un segmento de la intervención del Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social, anteriormente citada, revela esto en toda su dimensión: *“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 [adecuación del*

esfuerzo terapéutico] (5 días de suspensión). El director les informó que para realizarle estudios diagnósticos debían reconectar[lo] [al Sr. J. C. S.] y los hijos dijeron que no querían que se le hiciera nada más. 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” (pp. 1 y 2, ídem).

En este punto conviene recordar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha condenado a estados en los que, por ejemplo, se habían concretado prácticas médicas sin que el paciente lo supiera (por ejemplo, ligadura de trompas de Falopio)^[31]. En el resumen oficial efectuado por el propio tribunal se enfatiza lo siguiente: “[E]l consentimiento informado del paciente es una condición sine qua non para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona”^[32]. Asimismo, la Corte IDH puntualizó que “la asimetría en el ejercicio del poder que el médico asume en razón de su conocimiento profesional especializado y del control de la información que conserva” debe ser matizada. Esto, porque ella se “encuentra gobernada por ciertos principios de la ética médica, principalmente los principios de autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia”^[33].

Ahora bien, dada esa asimetría estructural, el principio de autonomía se transforma en la pieza clave, sobre todo cuando están en juego cuestiones autorreferentes (CN, art. 19) y de las que depende la configuración de la dignidad, tal como se dijo en el considerando n.º I. Por ello, aquel “instaura un balance adecuado entre la actuación médica benéfica y el poder decisorio que retiene el paciente como sujeto moral autónomo, a fin de no incurrir en acciones de corte paternalista en las que el paciente sea instrumentalizado para evitarle un daño en su salud”^[34].

En definitiva, no se advierte el agravio invocado por la Municipalidad. Por el contrario, lo que la Cámara ha resuelto, lejos de ser apresurado, se ajusta al cambio de paradigma que ha operado en la

relación médico-paciente y que, debidamente enmarcada y en conexión con el CCC y con la Ley n.º 26529, la Ley n.º 10058 expresa. Precisamente, por ello, la Corte IDH ha subrayado lo siguiente: “[E]l modelo de toma de decisiones informadas y libres pasó a centrarse en un proceso participativo con el paciente y ya no en el modelo paternalista en donde el médico, por ser el experto profesional en la materia, era quien decidía lo más conveniente para la persona que debía someterse a un tratamiento en particular. El paciente se encuentra, desde esta perspectiva, empoderado y colabora con el médico como el actor principal en cuanto a las decisiones a tomar respecto a su cuerpo y salud y no es más el sujeto pasivo en dicha relación”^[35].

A mayor abundamiento, las peripecias del presente caso así como la repercusión social que ha suscitado ponen de manifiesto que, en muchas ocasiones, “el mismo desconocimiento de los límites y libertades que el marco jurídico ofrece para las decisiones del fin de la vida condiciona las decisiones del equipo tratante o inclina a los médicos o a las instituciones a solicitar la intervención de la justicia para definir situaciones”^[36]. He allí la relevancia de la divulgación y discusión de todo lo atinente al marco normativo que delimita la cuestión (cfr. el acápite e del presente considerando). Esto, precisamente, porque “[l]a medicalización y la judicialización de los procesos del morir y de la muerte poco ayudan al muriente y [a] sus seres queridos en la siempre penosa tarea de atravesar este momento fundamental”^[37].

b) El derecho a una vida digna conlleva el de respetar las elecciones de los pacientes

Como cuarto agravio, sintéticamente, los representantes de la Municipalidad de Córdoba sostuvieron que, como “no existe certeza médica respecto de que se trate de una situación ‘irreversible’ o terminal” (p. 12, del recurso de apelación, ant. cit.), está justificada la conducta de los médicos que atienden al Sr. J. C. S. en el Hospital de Urgencias. Esto, porque, ante la duda, han priorizado y han optado “por la vida”; es decir, por “no cercenar las posibilidades de [una] evolución favorable” (pp. 12 y 13, ídem) del paciente, que -esgrimen- resultan ciertas de acuerdo con la propia experiencia de casos similares atendidos en la institución (cfr. la p. 13, ídem). Asimismo, aseveraron que, en virtud de esta elección médica, no han vulnerado los derechos esenciales a la vida, a la dignidad y a la

autodeterminación personal, ni el principio de legalidad (CN, art. 19).

Todo lo que se ha desarrollado hasta el momento bastaría para rechazar este tramo de la objeción de la recurrente. No obstante, resulta procedente marcar cuatro cosas. La primera es que, en lo que respecta a la relación médico-paciente, el municipio pareciera continuar anclado en el paradigma anterior. Por eso, sus representantes siguen insistiendo en que, ante la presunta incertidumbre, “*la ley [les] impone optar por la vida*” (p. 12, ídem). A lo largo de esta sentencia se viene marcando que, justamente, en virtud de la sanción de del CCC (arts. 59 y 60) y de la Ley n.º 26529, que enmarcan a la Ley n.º 10058, sea que el paciente haya tomado recaudos y haya emitido una DVA, sea que sus representantes legales hayan reconstruido su voluntad (hipótesis de consentimiento por representación, según la Ley n.º 26529), las directivas son una orden dirigida al médico. Entonces, si el afectado -por sí o por sus representantes- manifiesta que no quiere ser sometido a ciertos procedimientos o prácticas que solo le prolongarían artificialmente la vida, tal instrucción tiene que cumplirse. Por ende, los profesionales deben retirar el soporte vital (alimentación o hidratación) y adecuar (disminuir) el esfuerzo terapéutico. De esto se infiere que los médicos tampoco pueden reactivar los esfuerzos si no mediara la autorización en ese sentido del propio afectado; por ejemplo, a través de la revocación de la DVA (CCC, art. 60, y Ley n.º 10058, art. 19), porque siempre -en todos los supuestos- debe prevalecer su voluntad (Ley n.º 10058, art. 8).

También se ha dicho que, una vez que se ha formalizado la respectiva instrucción, los “*establecimientos sanitarios y los profesionales de la salud deberán respetar la DVA del paciente*”. Asimismo, lo que implicara dicha orden -su entidad o significación- no es algo sobre lo que aquellos puedan “*discernir*”, porque ya no es atribución de ellos, en la medida en que el interesado sigue configurando su dignidad -y las consecuencias de una decisión autorreferente-, como cualidad inescindible de su estatus de persona moral. La obligación de cumplir el mandato o directiva que supone la DVA surge expresamente del Decreto n.º 1276/2014 (reglamentación de los arts. 3 y 6 de la Ley n.º 10058; lo destacado arriba con negritas nos pertenece). Lo mismo dispone la Ley n.º 6222, cuando prevé que la prolongación de la vida -léase artificialmente-, por la aplicación de medios

extraordinarios, queda “*reservada a la voluntad del paciente*” (art. 5, inc. b, segunda oración, según su redacción actual). Y esto, a su vez, guarda relación con la premisa insoslayable que se vuelve a repetir: “*El paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona*” (Decreto n.º 1089/2012, reglamentación del art. 2, inc. e).

Como consecuencia de la claridad de estas disposiciones no se desprende -como lo afirma el municipio- que sus profesionales hubieran tenido o que disponían de alternativas por las que optar y que, por eso, escogieron una. En el acápite anterior ha quedado en claro que el ejercicio de los derechos sustantivos que la legislación vigente reconoce y garantiza al paciente no depende de que un determinado cuadro clínico se prolongue durante un determinado tiempo (12 meses), vencido el cual se lo ha de considerar irreversible, terminal o incurable. Derribado este parámetro, los esfuerzos terapéuticos desproporcionados no se pueden prolongar obstinadamente o ser sujetos a juicios aleatorios. Esto, en el sentido de que, por ejemplo, “*puede existir a futuro una evolución favorable*” (p. 1, del texto del recurso de apelación) o de que a “[l]as probabilidades de recuperación del [e]stado [v]egetativo, si bien disminuye[n] significativamente con el tiempo, no [son] despreciable[s]” (p. 3 de la contestación de la demanda, en su versión digital). Tampoco pueden depender de los supuestos éxitos que la institución habría experimentado en la recuperación de pacientes en casos similares a los del Sr. J. C. S. (la información o documentación que respaldaría esta afirmación no ha sido acompañada). Ello, por las implicancias que tendría -sobre todo morales- el prolongar artificialmente la vida de una persona en función de una probabilidad estadística. Otra vez, la pregunta -sin respuesta- sería: ¿hasta cuándo? Con independencia de tales ensayos conjeturales, esta línea argumental no logra perforar las constancias de la causa. Y, según estas, desde el 12 de marzo pasado, el Sr. J. C. S. -lamentablemente- **no ha experimentado “cambios significativos en su estado neurológico”** (p. 2 del dictamen del COPRAMESAB, fechado el 22 de septiembre, ant. cit.; lo destacado con negritas nos pertenece).

En segundo lugar, ni al producir el informe que prevé la Ley n.º 4915 (art. 8) ni en su recurso de

apelación, el municipio ha hecho alusión al cambio de criterio asumido por sus profesionales, circunstancia sobre la que han dado cuenta los dos comités de bioética que han intervenido. En efecto, ambos han marcado que, en un primer momento (el 10 de junio), se había procedido a adecuar los esfuerzos terapéuticos, tal como lo habían solicitado las representantes del Sr. J. C. S.. No obstante, cuatro días después volvieron a brindarle las medidas de soporte vital. En la propia sentencia de la Cámara, entre la documentación recabada, se da cuenta de la nota, firmada el 16 de junio, en la que los médicos explicaban que habían adoptado la decisión “*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*” (p. 55, en su versión digital). Allí agregaban que, a su entender, “*el paciente no cumpl[ía] criterios de irreversibilidad aún*” (p. 55, ídem).

Desde el punto de vista del diagnóstico, la Municipalidad no ha explicado por qué, en un primer momento (el 10 de junio), se entendió que sí concurrían los requisitos exigidos por el CCC (art. 59, inc. g), y que cuatro días después se concluyera lo contrario y que se procediera a reinstalar el soporte, sin informar tal decisión a los familiares (cfr. el dictamen del comité provincial, p. 9, en su versión digital). Ello, pese a que los representantes legales del Sr. J. C. S. habían consentido la atenuación del esfuerzo terapéutico, con lo que ello implica en tanto se trataba de una instrucción u orden, en los términos del CCC y de la Ley n.º 10058 (art. 7). A ello hay que sumar el impacto que pudo haber tenido para los familiares y allegados que el 10 de junio pudieron haber comenzado a elaborar el correspondiente proceso de duelo afectivo, que debieron interrumpir cuatro días más tarde. Todo esto, pese a que las disposiciones de la Ley n.º 9021 (Programa Asistencial de Cuidados Paliativos y Tratamientos del Dolor) ordenan que se procure “*el apoyo afectivo y la contención emocional del enfermo terminal y su familia*” (art. 7, inc. d), así como “[p]ropender a una fluida comunicación con el paciente y su familia” (art. 7, inc. k).

En tercer lugar, todo lo que se viene desarrollando conecta con una arista crucial en esta materia. De acuerdo con el municipio, sus profesionales han priorizado la vida, por considerar que, en nuestro

bloque de constitucionalidad y de convencionalidad federal, el derecho a ella es el sustento de todos los demás derechos. Pero, al mismo tiempo, de acuerdo con las constancias de la causa, la hija del Sr. J. C. S. manifestó que no quería que su papá “*se muera en cuotas*” (intervención del 5 de junio del Comité de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias, p. 1), porque esa no había sido su voluntad. Aquí pueda verse la fuerte tensión entre, por un lado, la defensa de la vida como el valor supremo del ordenamiento jurídico y, por la otra, la consideración de la vida concreta de una persona (la del Sr. J. C. S.). Desde esta segunda perspectiva, los familiares pretenden darle sentido -sobre todo- a la forma en que -entienden- debe tener el desenlace de la existencia del paciente dado el estado clínico en el que se encuentra desde el 12 de marzo.

Justamente, algunos expertos en bioética han dado cuenta de esta fricción. Así, han observado que, en “*la difícil compaginación entre la autonomía individual del paciente y el criterio médico*”^[38], el equilibrio suele romperse “*por razones diversas, no todas evidentes, ni percibidas por igual en los diversos medios sociales o médicos*”^[39]. Pero el conflicto “*se sitúa inicialmente entre la voluntariedad (respecto a la autonomía) y determinadas concepciones del derecho a la vida*”^[40]. Por ello, el TSJ ya ha tenido ocasión de prevenir contra las interpretaciones fragmentadas de los arts. 4 y 19 (inc. 1) de la CP, que se centran en la defensa de la vida desde una única concepción de ella, cuando, “*sobre todo en el artículo 4, el énfasis está puesto en la inviolabilidad de la persona como un plexo indisociable que, teniendo a la vida como condición de fondo, comprende también la dignidad y la integridad física y moral de todo ser humano*”^[41].

Como puede advertirse, el municipio pareciera sostener una concepción de la vida contra la que no puede ser invocada -siquiera- el consentimiento informado de los familiares (representantes legales) del paciente. Estos, al mismo tiempo, defienden otra, que no admite que se limite la vida a una mera supervivencia prolongada de forma artificial. Por eso, en virtud del estado vegetativo persistente en el que se encuentra el Sr. J. C. S. desde hace casi ocho meses, piden que se le permita disponer de una muerte digna, en los términos del CCC (art. 59, inc. g) y de la Ley n.º 10058. Aquí cobra importancia lo que un especialista en la materia solía decir: el paciente debe ser “*visto como un ser éticamente*

significativo y no meramente como un material clínico”^[42]. Y a esto hay que sumar al propio Ronald Dworkin: *“También tememos, algunos de nosotros más, a la vida como [reducida a] un [estado] vegetal irreflexivo, pero escrupulosamente cuidado*”^[43].

Finalmente, lo anterior se vincula con la necesidad -y obligación- de los profesionales de la salud -y de todos en general- de respetar las decisiones que el paciente (por sí o por medio de sus representantes legales) pudiera adoptar en esa delicada zona de reserva autorreferente (CN, art. 19); incluso -y sobre todo-, cuando no se las compartiera. Esto, porque, a través de esas definiciones, hasta el último estertor, continúa desarrollándose y conformándose su dignidad; ejercicio que, por otra parte, es personalísimo, intransferible y delicadamente encarnado. Por ello, la Corte IDH ha alertado que, “[s]iendo el médico una persona que actúa también bajo sus propias convicciones y preferencias, es plausible que algunas de sus actuaciones puedan entrar en contradicción con los planes de vida de los pacientes”^[44]. En eso radica la importancia de que los profesionales que discreparan con las atribuciones que el CCC, la Ley n.º 26529 y la Ley n.º 10058 conceden, en la medida en que pusieran en tensión sus legítimas -pero estrictamente personales- concepciones sobre la vida o sobre la significación de la muerte, formalicen sus objeciones de conciencia, para que queden dispensados de intervenir.

En definitiva, esa es la forma de evitar las fricciones y de que las cosmovisiones personales puedan ser un obstáculo cuando el afectado (por sí o por medio de sus representantes legales) hubiera anticipado directivas o hubiera consentido que, en las condiciones establecidas por la legislación vigente -según las pautas interpretativas anteriormente fundamentadas-, se le retirara el soporte vital o que disminuyera el esfuerzo terapéutico. En ese sentido, el Comité de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias puntualizó que, de acuerdo con la hija del Sr. J. C. S., durante la reunión mantenida entre los familiares y el equipo médico durante el 5 de junio del presente año, *“se pusieron en el debate creencias religiosas y morales”* (intervención del 16 de junio, ant. cit., p. 2 del documento, en su versión digital), presuntamente, sobre el significado de lo que los primeros requerían en relación con el Sr. J. C. S..

En definitiva, resulta pertinente la reflexión del comité provincial cuando insta a 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 [la del paciente], en orden a que [esto] colaborará al aseguramiento de la dignidad de tales dramáticos momentos”* (dictamen fechado el 23 de junio, ant. cit., p. 10, en su versión digital). Y, más aún, lo que, en el marco de un caso similar, expresó la propia CSJN: *“[L]o que este pronunciamiento procura es garantizar el máximo respeto a su autonomía [...]. Es decir, no se trata de valorar si la vida de M. A. D., tal como hoy transcurre, merece ser vivida, pues ese es un juicio que, de acuerdo con el sistema de valores y principios consagrados en nuestra Constitución [n]acional, a ningún poder del Estado, institución o particular corresponde realizar [...] La Constitución no puede admitir que el propio Estado se arroge la protestad sobrehumana de juzgar la existencia misma de la persona, su proyecto de vida y la realización del mismo, sin que importe a través de qué mecanismo pretende hacerlo (Fallos, 329:3680)”*^[45].

c) Todos los hijos se manifestaron en el mismo sentido

En quinto lugar, la Municipalidad esgrimió que, en la causa, no había sido consultado ni escuchado uno de los hijos del paciente, que se encuentra alojado en una unidad penitenciaria (p. 14, ídem). Esto no constituye un agravio en propiedad, desde que lo que se afirma no se ajusta a las constancias de la causa. Así, por ejemplo, el comité provincial establecido por la Ley n.º 10058 destacó que *“la totalidad de la familia de J. S. ha firmado y postulado dos veces un consentimiento informado”* (dictamen fechado el 23 de junio, ant. cit., p. 7, en su versión digital). Por ello, ponderó que el retiro del soporte vital al Sr. J. C. S. *“es, para los familiares, una decisión trascendente que no puede ser, en modo alguno [considerada], ni desinformada ni precipitada y, mucho menos, forzada”* (p. 11, ídem). En el mismo sentido, el asesor letrado observó que le llamaba la atención lo que postula la recurrente. Esto, porque, según remarcó, la Cámara (voto de la mayoría) ha dado cuenta de que, en el pedido de atenuación del esfuerzo terapéutico, *“consta la firma de M. E. S.”* (p. 15 de su escrito, ant. cit., en su versión digital). Por ello, concluyó que eso acredita que no media oposición de ninguno de los

miembros de la familia.

Con independencia de lo que se acaba de apuntar, aun cuando uno de los hijos del paciente no se hubiera expedido, en términos estrictamente legales, eso no afectaría la legitimidad de lo requerido por quienes han actuado como representantes legales del Sr. J. C. S. ante el Hospital de Urgencias y ante estapropia instancia judicial. En efecto, la Ley n.º 26529 (art. 6) y la Ley n.º 10058 (art. 24) disponían lo mismo. En efecto, establecían que, para el caso en que el interesado se encontrara imposibilitado de manifestarse por sí mismo -o no hubiera formalizado una DVA-, como acontece con el Sr. J. C. S., el consentimiento podía ser prestado por las personas mencionadas por la Ley n.º 24193 (Trasplante de Órganos y de Tejidos), en el orden establecido en dicha norma (art. 21). Ya se ha dicho que, como consecuencia de la sanción de la Ley n.º 27447, el orden ahora es el que emerge del CCC: “*el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente*” (art. 59, último párrafo).

De esto se infieren dos cosas. En primer lugar, la pareja, la hermana y la hija han asumido válidamente la representación legal del Sr. J. C. S. y, en esas condiciones, han impulsado también la presente acción de amparo. En segundo lugar, para la reconstrucción de la voluntad del paciente no era necesaria la expresión de todos sus hijos. Sin embargo, incluso el que se encontraba privado de libertad, solicitó que a su padre le retiraran el soporte vital, tal como lo han subrayado el comité provincial, el asesor letrado y las propias actoras (cfr. la p. 31 de la contestación del recurso de apelación).

d) No hay razones para modificar lo dispuesto por la Cámara sobre las costas

Finalmente, los representantes de la Municipalidad cuestionaron que la Cámara les haya impuesto las costas (Ley n.º 4915, art. 14). En ese sentido, argumentaron que la novedad y la complejidad de las cuestiones discutidas en la causa posibilitan que sean distribuidas por su orden, en ambas instancias (CPCC, art. 130, parte final, de aplicación supletoria en virtud del art. 17 de la Ley n.º 4915).

No se advierten razones para modificar lo decidido por la Cámara. Esto, teniendo en cuenta lo siguiente. Ni la normativa de fondo (el CCC y la Ley n.º 26529) ni la Ley provincial n.º 10058 sujetan la operatividad de las DVA o de los consentimientos informados que efectuaran los pacientes (por sí

mismos o por medio de sus representantes legales) a la condición de que sean validados judicialmente. Por el contrario, la finalidad de todo el entramado normativo sobre la materia es que se respeten y efectivicen -con la mayor celeridad posible- las decisiones que aquellos hubieran adoptado; precisamente, en respeto de su autonomía y, sobre todo, por el estado de vulnerabilidad que los atraviesa. Esto último, al encontrarse afectados por un estado clínico terminal, irreversible o asimilable a tal. En este sentido, por ejemplo, no puede dejar de observarse que el municipio no accedió a lo que las representantes del Sr. J. C. S. requerían (el retiro del soporte vital), pese a que el comité provincial (creado por la Ley n.º 10058) había sido concluyente. Esto, al haberle recomendado al director del Hospital de Urgencias que “*se brinde curso favorable, sin dilaciones adecuadas ni indebidas, a la solicitud de la familia del Sr. J. C. S.*” (dictamen fechado el 23 de junio, ant. cit., p. 10). Y en el mismo sentido se pronunció Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del propio Hospital de Urgencias.

Conviene insistir en lo anterior. Ante la resistencia de las autoridades del hospital municipal, los familiares del Sr. J. C. S. debieron acudir a la Justicia y litigar. Esto es, desdoblar sus esfuerzos y dirigir parte de ellos a esta contienda, pese a que la legislación vigente es contundente -y coincidente- en reconocer el derecho que gozan las personas que enfrentan las circunstancias que afronta el Sr. J. C. S. Este dispendio de energías, al mismo tiempo, les habría impedido concentrarse en lo afectivamente más relevante para ellos en este momento: el estado de salud del Sr. J. C. S. y la contención mutua que necesitan en el trance por el que están pasando.

Tampoco puede dejarse de considerar otra cosa. De acuerdo con el Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social, el Sr. J. C. S. vivía “*en una situación de extrema precariedad*” (intervención del 16 de junio, ant. cit., p. 3 del documento, en su versión digital), sin cobertura social. Como consecuencia, una familia de escasos recursos, que venía de sufrir a raíz del acto de violencia callejera que ha dejado al Sr. J. C. S. postrado (en estado vegetativo desde el 12 de marzo), en ese contexto, debió promover una acción de amparo - precisamente, en defensa de los derechos de aquel- ante la negativa del municipio.

e) Conclusión: la solución del caso

En virtud de todo lo desarrollado y por los fundamentos que se han brindado (respecto a cómo deben ser conjugadas las disposiciones sustantivas de fondo con las de la Ley n.º 10058), corresponde no hacer lugar al recurso de apelación formulado por la Municipalidad de Córdoba contra la Sentencia n.º 72/2023, de la Cámara en lo Contencioso-Administrativo de Segunda Nominación de la ciudad de Córdoba, que debe ser confirmada en su totalidad. Como consecuencia, el equipo médico del Hospital de Urgencias deberá proceder a retirar las medidas de soporte vital al paciente (Sr. J. C. S.) de forma inmediata, conforme lo habían solicitado sus representantes legales por medio de los respectivos consentimientos informados y a través de la presente acción de amparo.

Al mismo tiempo, teniendo en cuenta las repercusiones sociales que ha tenido la presente causa, la discusión que ha suscitado la cuestión, las diferentes aristas que se han puesto de manifiesto y las dificultades para implementar lo que -asimismo- no debiera ser judicializado, también corresponde exhortar lo siguiente al Ministerio de Salud, en su carácter de autoridad de aplicación de la Ley n.º 10058 (art. 20). Esto es, que implemente un programa de capacitación para los establecimientos y profesionales de la salud bajo su órbita. El objetivo debe ser la difusión de las pautas relativas a cómo deben armonizarse o complementarse las disposiciones de la normativa de fondo (CCC y Ley n.º 26529) con la local (Ley n.º 10058), sin perder de vista que esta última jamás puede entrar en colisión con el primer bloque (CCC y Ley Ley n.º 26529), como corresponde en un estado federal como el argentino. La presente exhortación resulta imprescindible teniendo en cuenta que se trata de la primera vez en que el TSJ ha debido pronunciarse sobre la armonización (con el CCC) de disposiciones de una norma provincial (la Ley n.º 10058) que había sido diseñada para un contexto en el que aún no había sido sancionado el CCC.

Todo, por supuesto, con el fin de garantizar el pleno respeto a la autonomía y a la dignidad de los pacientes que, en las condiciones clínicas exigidas por la legislación vigente, rechazarán ciertos procedimientos o tratamientos por considerarlos que solo prolongan su vida de forma artificial. Y sea que hubieran anticipado esas directivas (DVA), que prestaran consentimiento informado para ello o que lo hicieran sus representantes legales en las hipótesis previstas, tal como se ha desarrollado en la

presente sentencia. Esto, a su vez, servirá para discutir todo lo relacionado a cómo debe desenvolverse la relación médico-paciente cuando están en juego decisiones personalísimas, como ha sucedido en esta causa.

Al mismo tiempo, el programa de capacitación también servirá para algo fundamental. Esto es, para articular los mecanismos que posibiliten que los profesionales que consideraran que dichas alternativas -en el caso en que tuvieran que intervenir- pudieran ponerlos en tensión con sus propias creencias o cosmovisiones personales (religiosas, filosóficas, morales, entre otras) puedan formalizar la correspondiente objeción de conciencia. Ya se ha dicho que esta es la vía constitucional que permite no obstaculizar la elección que hubiera efectuado el paciente y que, al mismo tiempo, resguarda la autonomía del médico que entendiera que, para cumplir la instrucción de aquel, debería renunciar o abjurar de su propio sistema de valores autorreferentes.

La autoridad de aplicación de la Ley n.º 10058 tendría que determinar la modalidad de la capacitación (extensión, destinatarios, módulos, etc.), así como los contenidos, posibles expositores y demás aspectos necesarios para el cumplimiento de lo que se dispone en los términos de la Ley n.º 4914 (art. 12, inc. b).

Lo que se ordena también se vincula con el hecho de que la Ley n.º 10058 ha sido declarada “*de orden público e interés social*” (art. 2). Y, por eso, en el decreto reglamentario se ponía énfasis en “*el adecuado proceso divulgativo-educativo, como así también [en] la organización de diferentes cuestiones operativas*” (art. 2). Asimismo, esto amplía y refuerza la exhortación que la propia Cámara Contencioso-Administrativa de Segunda Nominación había efectuado a las autoridades provinciales y municipales con el fin de que adopten “*las medidas necesarias para garantizar su mayor difusión, con el fin de evitar la judicialización de los conflictos que puedan plantearse en el futuro*” (punto n.º III de la parte resolutive de la sentencia que ha sido confirmada en su totalidad).

III. COSTAS

Respecto de las costas generadas en esta instancia, en atención al resultado que se ha llegado no se advierten motivos para apartarse del principio objetivo de la derrota (Ley n.º 4915, art. 14). En efecto,

en el considerando anterior (acápito *d*) se ha hecho referencia a que las autoridades del Hospital de Urgencias se negaron a autorizar el retiro de las medidas de soporte vital al Sr. J. C. S. y esto obligó a que los familiares del paciente debieran acudir a las vías judiciales. Esto, pese a que los dos comités debioética que han intervenido se habían pronunciado por no dilatar indebidamente lo que el paciente había decidido por medio de sus representantes legales.

Ahora bien, una vez que la Cámara se expidió sobre el fondo de lo debatido y confirmó que al Sr. J. C. S. le asistía el referido derecho, aun en las dramáticas circunstancias que rodean al caso, la Municipalidad recurrió lo resuelto con la misma línea argumentativa inicial. En otros casos, el TSJ ya ha manifestado que *“todo esto ocasiona un gran desgaste procesal y jurisdiccional, que se traduce en la repetición sistemática de idénticas o similares cuestiones -además de redundancia argumental-, como ha acontecido en las presentes actuaciones”*^[46].

En este marco, vale la reflexión del comité provincial, según el cual, de acuerdo con el diseño de la Ley n.º 10058, se esperaba que, con la generación de dicho espacio (el comité), *“tales asuntos no sean judicializados, [pero] a tenor del presente, se demuestra que dicha tésis [finalidad] no ha sido alcanzada”* (respuesta al oficio que le había cursado la Cámara; documento fechado el 8 de septiembre, p. 2, en su versión digital).

En esta ocasión y según los particularísimos ribetes del caso, la imposición de las costas a la vencida también adquiere el carácter de manifestación de *“la perspectiva de la vulnerabilidad de la que no puede desvincularse ninguna salida jurisdiccional en tanto los interesados sean ‘personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico’* (100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, sección segunda, 1.3)^[47].

Lo anterior se ve reforzado por lo siguiente. Con anterioridad se han subrayado las condiciones de extrema precariedad en la que vivía el Sr. J. C. S. (considerando anterior, acápito *d*). A eso hay que sumar que se trata de una persona de 64 años; es decir, considerada un adulto mayor según la

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM), aprobada mediante la Ley n.º 27360. Precisamente, por su condición impera la obligación de garantizarle un “*buen trato y [una] atención preferencial*” (CIPDHPM, art. 3, inc. *k*), así como un “*enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos*” (CIPDHPM, art. 3, inc. *l*). En efecto, tal como lo ha dicho el TSJ, en virtud de nuestro bloque de constitucionalidad y de convencionalidad federal, “*resulta prioritario velar porque los adultos mayores -más aún si están alcanzados por alguna discapacidad- puedan acceder con facilidad, por ejemplo, a las prestaciones médicas necesarias*”^[48]. Y, en ese sentido, por medio de la reconstrucción de su voluntad -efectuada por sus representantes legales-, el Sr. J. C. S. había expresado en qué debían consistir dichos tratamientos, en virtud de su estado clínico, cosa que, hasta el momento, le ha sido negada en el Hospital de Urgencias. Esto ha obligado a sus familiares a que tuvieran que acudir a la Justicia. Tales factores no pueden ser obviados por el TSJ en el momento de distribuir las costas.

Como consecuencia y siguiendo lo sentado en precedentes en los que se habían suscitado circunstancias asimilables -aunque no en su gravedad-^[49], atento a lo dispuesto por el art. 40 del Código Arancelario para Abogados y Procuradores de Córdoba (Ley n.º 9459), y conforme a la aplicación de las pautas de evaluación cualitativas contenidas en el art. 39 de dicho marco legal, se estima razonable y equitativo lo siguiente. Esto es, regular los honorarios profesionales de la letrada de la parte actora, Nadia Diva Ibarguengoytía, por su actuación en esta instancia, en la suma equivalente a 14 (catorce) *ius* (Ley n.º 9459, arts. 26, 39, 40, 93 y 125, y art. 130 del CPCC, de aplicación supletoria en virtud del art. 17 de la Ley n.º 4915).

Así votamos.

A LA SEGUNDA CUESTIÓN PLANTEADA, LOS SRES. VOCALES, DOCTORES DOMINGO JUAN SESIN, LUIS ENRIQUE RUBIO, MARÍA DE LAS MERCEDES BLANC GERZICICH DE ARABEL, MARÍA MARTA CÁCERES DE BOLLATI, SEBASTIÁN CRUZ LÓPEZ PEÑA, LUIS EUGENIO ANGULO MARTÍN Y LEONARDO CASIMIRO GONZÁLEZ ZAMAR, RESPONDIERON:

Por los motivos expuestos, corresponde:

I. No hacer lugar al recurso de apelación promovido por la Municipalidad de Córdoba contra la Sentencia n.º 72 (fechada el 28 de septiembre de 2023), dictada por la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación de la ciudad de Córdoba.

II. Imponer las costas de esta instancia a la parte vencida (art. 14 de la Ley n.º 4915).

III. Regular los honorarios de la letrada de la parte actora, Nadia Diva Ibarquengoytía, por su actuación en esta instancia, en la suma equivalente a 14 (catorce) *ius* (Ley n.º 9459, arts. 26, 39, 40, 93 y 125, y art. 130 del CPCC, de aplicación supletoria en virtud del art. 17 de la Ley n.º 4915).

IV. Exhortar a la autoridad de aplicación de la Ley n.º 10058 (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba) que implemente un programa de capacitación para los establecimientos y profesionales de la salud bajo su órbita sobre cómo deben armonizarse las disposiciones normativas de fondo (CCC y Ley n.º 26529) con la local (Ley n.º 10058); ello, para posibilitar que los pacientes puedan ejercer los derechos (relativos a su autonomía y consentimiento informado) que la legislación vigente les garantiza. Todo, de conformidad con el punto n.º II (inc. *e*) de la presente resolución.

Por los fundamentos desarrollados, y habiéndose expedido el Sr. fiscal Adjunto del Ministerio Público de la Provincia,

SE RESUELVE:

I. No hacer lugar al recurso de apelación promovido por la Municipalidad de Córdoba contra la Sentencia n.º 72 (fechada el 28 de septiembre de 2023), dictada por la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación de la ciudad de Córdoba.

II. Imponer las costas de esta instancia a la parte vencida (art. 14 de la Ley n.º 4915).

III. Regular los honorarios de la letrada de la parte actora, Nadia Diva Ibarquengoytía, por su actuación en esta instancia, en la suma equivalente a 14 (catorce) *ius* (Ley n.º 9459, arts. 26, 39, 40, 93 y 125, y art. 130 del CPCC, de aplicación supletoria en virtud del art. 17 de la Ley n.º 4915).

IV. Exhortar a la autoridad de aplicación de la Ley n.º 10058 (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba) que implemente un programa de capacitación para los establecimientos y profesionales de la

salud bajo su órbita sobre cómo deben armonizarse las disposiciones normativas de fondo (CCC y Ley n.º 26529) con la local (Ley n.º 10058); ello, para posibilitar que los pacientes puedan ejercer los derechos (relativos a su autonomía y consentimiento informado) que la legislación vigente les garantiza. Todo, de conformidad con el punto n.º II (inc. e) de la presente resolución.

Protocolícese, hágase saber, dese copia y bajen.

[1] Killmister, Suzy; “Dignity: Not Such a Useless Concept”, *Journal of Medical Ethics* (British Medical Association), año 2010, n.º 36, p. 161 (la traducción es propia).

[2] Nino, Carlos Santiago; *Ética y derechos humanos*, Astrea (2.^{da} ed. ampl. y rev.), Buenos Aires, 2020, pp. 249 y 253.

[3] Killmister, Suzy; “Dignity: Not Such a Useless Concept”, ant. cit., p. 161.

[4] Proulx, Kathryn and Cynthia Jacelon; “Dying with Dignity: The Good Patient versus the Good Death”, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2004, vol. 21, n.º 2, p. 118 (la traducción es propia).

[5] Best, Megan; “Dignity in Palliative Care”, en Duncan MacLeod, Roderick and Lieve Van den Block (eds.), *Textbook of Palliative Care*, Springer, Suiza, 2019, p. 702.

[6] Best, Megan; “Dignity in Palliative Care”, ant. cit., p. 708.

[7] TSJ, en pleno, Secretaría Electoral y de Competencia Originaria (SECO), Sentencia n.º 24 (18 de diciembre de 2018), “Portal de Belén” (voto de la mayoría formada por los vocales Aída Lucía Teresa Tarditti, Domingo Juan Sesin, María de las Mercedes Blanc G. de Arabel y Silvana María Chiapero, considerando n.º V).

[8] TSJ, en pleno, SECO, “Portal de Belén” (voto de la mayoría, (considerando n.º V), ant. cit.

[9] Frankl, Victor; *El hombre en busca de sentido*, Herder (2.^{da} impr.), Barcelona, 2004, p. 153.

[10] Maglio, Ignacio, Sandra M. Wierzbka, Laura Belli y María Eugenia Somers; “El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna”, *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 2016, vol. 16, n.º 1, p. 73.

[11] La Ley n.º 10421 fue sancionada el 21 de diciembre de 2016 y fue publicada en el Boletín Oficial el 30 de enero de

2017.

[12] Fustinoni, Osvaldo, María Elisa Barone, José R. Elli, Sergio E. Gonorazsky, María del Carmen Martínez Perea y Roberro Rotta Escalante; “Suspensión de soporte vital en el estado vegetativo permanente y muerte digna”, Grupo de Trabajo en Bioética (Sociedad Neurológica Argentina), Medicina (Buenos Aires), 2020, n.º 80, p. 52.

[13] Cfr. Best, Best, Megan; “Dignity in Palliative Care”, ant. cit., p. 709 (la traducción es propia).

[14] Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), Fallos, 338:556 (considerando n.º 22).

[15] Nino, Carlos Santiago; *Ética y derechos humanos*, ant. cit., p. 407.

[16] Nino, Carlos Santiago; *Ética y derechos humanos*, ant. cit., p. 407.

[17] Cfr. el canónico texto de Rachels, James; “Active and Passive Euthanasia”, New England Journal of Medicine, año 1975, n.º 292, pp. 78/80. Y, en el mismo sentido, Garrard, E. and S. Wilkinson, “Passive Euthanasia”, año 2005, Journal Medic Ethics (British Medical Association), n.º 31, pp. 64/68.

[18] Real Academia Española; *Diccionario de la Lengua Española*, edición del tricentenario (actualización del año 2022), versión digital: <https://dle.rae.es/encarnizar?m=form>. Fecha de consulta: 26 de octubre de 2023.

[19] Killmister, Suzy; “Dignity: Not Such a Useless Concept”, ant. cit., p. 161.

[20] Frankl, Victor; *El hombre en busca de sentido*, ant. cit., p. 153.

[21] Barrera Buteler, Guillermo E. y Victorino F. Solá; “El fin de la vida a través de la Constitución. A propósito del deslinde competencial en la regulación del derecho del paciente a decidir su muerte digna”, Universidad Nacional de Córdoba, Revista de la Facultad de Derecho, 2018, vol. IX, n.º 2 (nueva serie n.º II), pp. 56 y 57.

[22] TSJ, en pleno, SECO, Auto n.º 116 (23 de junio de 2023), “Mojica”.

[23] TSJ, en pleno, SECO, Sentencia n.º 8 (30 de diciembre de 2020), “M., C. M.”.

[24] CSJN, Fallos, 345:951 (considerando n.º 4 del voto concurrente del juez Horacio Rosatti).

[25] CSJN, Fallos, 345:951 (considerando n.º 4 del voto concurrente del juez Horacio Rosatti).

[26] CSJN, Fallos, 338:556 (considerando n.º 22).

[27] CSJN, Fallos, 338:556 (considerando n.º 22).

[28] CSJN, Fallos, 338:556 (considerando n.º 22).

[29] CSJN, CSJN, Fallos, 302:1284.

- [30] CSJN, Fallos, 302:1284 (considerando n.º 6).
- [31] Cfr. Corte IDH, sentencia (excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), caso “I. V. vs. Bolivia”, 30 de noviembre de 2016.
- [32] Corte IDH, caso “I. V. vs. Bolivia”, ant. cit., “Resumen oficial emitido por la Corte IDH”, p. 2 del documento (en su versión digital).
- [33] Corte IDH, caso “I. V. vs. Bolivia”, ant. cit., “Resumen oficial emitido por la Corte IDH”, p. 2 del documento (en su versión digital).
- [34] Corte IDH, caso “I. V. vs. Bolivia”, ant. cit., “Resumen oficial emitido por la Corte IDH”, p. 3 del documento (en su versión digital).
- [35] Corte IDH, caso “I. V. vs. Bolivia”, ant. cit., “Resumen oficial emitido por la Corte IDH”, p. 3 del documento (en su versión digital).
- [36] Maglio, Ignacio, Sandra M. Wierzba, Laura Belli y María Eugenia Somers; “El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna”, ant. cit., p. 71.
- [37] Maglio, Ignacio, Sandra M. Wierzba, Laura Belli y María Eugenia Somers; “El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna”, ant. cit., p. 76.
- [38] Casado, María; “Argumentos para el debate en torno a la eutanasia”, en Royes, Albert (coord.), *Morir en libertad*, Edicions de la Universitat de Barcelona, Barcelona (España), 2016, p. 18.
- [39] Casado, María; “Argumentos para el debate en torno a la eutanasia”, ant. cit., p. 18.
- [40] Casado, María; “Argumentos para el debate en torno a la eutanasia”, ant. cit., p. 18.
- [41] TSJ, en pleno, SECO, “Portal de Belén” (voto del juez Julio Ceferino Sánchez Torres, considerando n.º III, acápite b).
- [42] Grillet, Grant; “Euthanasie, Letting Die an the Pause”, *Journal of Medical Ethics*, 1998, n.º 14, p. 64 (la traducción es propia).
- [43] Dworkin, Ronald; *Life’s Dominion: an Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, Vintage Books, New York (USA), p. 180 (la traducción es propia).
- [44] Corte IDH, caso “I. V. vs. Bolivia”, ant. cit., “Resumen oficial emitido por la Corte IDH”, p. 2 del documento (en su versión digital).

[\[45\]](#) CSJN, Fallos, 338:556 (considerando n.º 25).

[\[46\]](#) TSJ, en pleno, SECO, Auto n.º 208 (23 de noviembre de 2021), “C., F. G.”. Y, en el mismo sentido, “M., C. M.” (ant. cit.) y la Sentencia n.º 7 (1 de septiembre de 2021), “P., A. A.”.

[\[47\]](#) TSJ, en pleno, SECO, Sentencia n.º 9 (15 de octubre de 2021), “A. M., I. S.”, entre otras.

[\[48\]](#) TSJ, en pleno, SECO, “C., F. G.”, ant. cit.

[\[49\]](#) TSJ, en pleno, SECO, “C., F. G.”, ant. cit.

Texto Firmado digitalmente por:

SESIN Domingo Juan

VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

Fecha: 2023.11.02

CACERES Maria Marta

VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

Fecha: 2023.11.02