

Voces: EUTANASIA - CUIDADOS PALIATIVOS - CONSENTIMIENTO INFORMADO - SALUD - MUERTE DEL PACIENTE

Título: Ley de eutanasia en España «Vivir es un derecho, no una obligación»

Autor: Magnante, Dinah

Fecha: 26-abr-2021

Cita: MJ-DOC-15923-AR | MJD15923

Producto: MJ

Sumario: I. Introducción. II Antecedentes de la ley española. III Aclaración de conceptos: eutanasia y suicidio médicamente asistido. Diferencias con la sedación paliativa, el rechazo de tratamientos y la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico. IV Consideraciones sobre la reciente ley española. V. Situación en Argentina.

Por Dinah Magnante (*)

I. INTRODUCCIÓN

La única certeza que tenemos los seres humanos en esta vida es la muerte. A veces, sucede de forma repentina e inesperada; en otras ocasiones, la muerte se desencadena por una patología incurable luego de atravesar un proceso inevitable, que será más o menos extenso, según las circunstancias. Dentro de ellas, existen situaciones en que la calidad de vida se deteriora de manera tal que, para muchas personas, vivir sea un suplicio, lo que se denomina «sufrimiento existencial». Este deterioro significativo, puede acaecer de manera súbita o bien, de forma progresiva como producto de la enfermedad que se padece.

Desde hace algunos años, ante el creciente avance científico y tecnológico, el cambio de paradigma en la relación médico-paciente y el reclamo social, los países democráticos, entre ellos nuestro país (1), debieron comenzar a sancionar leyes más específicas que garantizaran los derechos de los pacientes en cuanto a su autonomía y la dignidad en los finales de la vida. Esto entendido como un derecho contra la implementación de medidas no adecuadas para la situación de un paciente, evitando así, caer en la «obstinación terapéutica». Lo que implica la cesación del esfuerzo terapéutico y el suministro de la sedación paliativa como parte de los cuidados paliativos integrales.

Pero fueron Holanda y Bélgica que en 2002 dieron el puntapié inicial al sancionar leyes que regularan la eutanasia y el suicidio asistido, ampliando de esta manera los derechos de los pacientes. Paulatinamente, le siguieron Luxemburgo, Canadá y Nueva Zelanda, al que ahora se suma España, convirtiéndose así en el sexto país del mundo en legislar la práctica de la eutanasia.

En Colombia se permite la eutanasia por una resolución emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de ese país del año 2015 (2), en cumplimiento de la sentencia dictada por la Honorable Corte Constitucional (año 1997). Pero aún no se encuentra legislada y se volvió a rechazar un nuevo proyecto de ley.

En Estados Unidos no está permitida la eutanasia, pero sí está legalizado en varios de sus estados el suicidio asistido. Mientras que en Suiza la ley no castiga la ayuda al suicidio asistido siempre que las drogas mortales sean suministradas por el propio paciente. No se encuentra legislado, por lo que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en su sentencia del 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico.

II. ANTECEDENTES DE LA LEY ESPAÑOLA

De forma sostenida y durante largos años se fue profundizando el reclamo social a fin de que España sancionara una ley que permitiera la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Finalmente, el parlamento de ese país se hizo eco del mismo, luego de varios proyectos que fueron desestimados.

El pasado 25 de marzo de 2021 fue publicada en el Boletín Oficial de España la Ley de Eutanasia (3) después de que el Congreso de los Diputados la aprobara en Sesión Plenaria, bajo estrictas condiciones, de manera definitiva. La ley que regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido, entrará en vigor en un período máximo de tres meses.

Mucho se recordó a referentes de esta lucha como Ramón Sampederro, el hombre cuadripléjico que puso fin a su vida en el año 1998, luego de que la justicia española le negara la petición de suicidio asistido (4). En uno de sus escritos, Sampederro les expresó a jueces y autoridades que «vivir es un derecho, no una obligación», de allí el subtítulo de este artículo, que de alguna manera honra su memoria. Estaba absolutamente imposibilitado para conseguir su muerte, por lo que debió armar un plan de forma tal que ninguna de las personas que colaboraron para dar fin a su vida pudiera ser penado. Además de grabar su propia muerte. Mar adentro, es la película que narra su historia y cuyo papel protagónico estuvo a cargo de un excepcional Javier Bardem.

Este caso hizo que muchas personas en situaciones similares siguieran su camino dando testimonio público de sus suicidios a los fines de visibilizar la necesidad de permitir estas prácticas. «Con el tiempo aumentó la valentía y la desinhibición de las personas, y también, de alguna manera, su desesperación ante una norma que creían que debía llegar, pero no lo hacía» (5), dijo el presidente de la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), Javier Velasco. Esto sucedió con María José Carrasco, casi inmovilizada por una esclerosis múltiple que padecía, que con la ayuda de su esposo Ángel Hernández (6) se suicidó el 3 de abril de 2019, quienes retrasaron la decisión esperando una ley. Lo grabaron todo y Ángel lo hizo público. Aún no se ha resuelto su situación en el proceso judicial que tramita en el Juzgado de Violencia contra la Mujer luego de dar varios saltos en otros fueros. Ángel, junto a otros familiares, fue uno de los más activos para que esta ley se sancionara.

El 2 de abril de 2017, José Antonio Arrabal López, de 58 años, a quien le diagnosticaron Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en agosto de 2015, se suicidó porque quería decidir cuándo dejar de vivir. «Me indigna tener que morir en clandestinidad», son sus palabras y

con las que el periódico El País titula la noticia donde se muestra el video que ha grabado José Antonio, con su imagen y en el momento que va a suministrarse la medicación, que ha comprado por internet, para poner fin a su vida. Arrabal, había pedido una ley de suicidio asistido y eutanasia a través de change.org. (7)

«Quiero dejar de no vivir», decía Madeleine, de 69 años que padecía Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), antes de poner fin a su vida el 12 de enero de 2007 en su departamento de España, frente al mar Mediterráneo (8). Estos son algunos de los tantos testimonios que se fueron dando a través de casi tres décadas.

Asimismo, las encuestas demuestran que la mayoría de los habitantes de España aprueban estas prácticas. Ante la pregunta: ¿Debería tener derecho un enfermo incurable a que los médicos le proporcionaran algún producto para poner fin a su vida sin dolor? El 84% de los españoles cree que sí, según la última encuesta de Metroscopia llevada a cabo a finales de febrero de 2017; mientras que más del 50% de médicos consultados por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos apoyó una ley de despenalización de la eutanasia. Ellos opinaron que la cobertura de cuidados paliativos debería ser universal, no obstante ello, habría que pensar en aquellas personas a las que los cuidados paliativos no le ofrecen una respuesta debidamente satisfactoria (9). En el mismo sentido, Juan Masiá Clavel, teólogo jesuita, nos dice que las orientaciones publicadas por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en su libro Humanizar el proceso de morir (2007) precisan así: «Si se ponen en práctica los medios acerca del cuidado paliativo terminal, es de esperar que disminuirán las peticiones de eutanasia. Pero aun teniendo acceso a estos recursos, no se puede descartar que se presenten situaciones muy especiales, en las que el paciente desee que se pueda acceder a su petición de eutanasia» (10).

III. ACLARACIÓN DE CONCEPTOS: EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO. DIFERENCIAS CON LA SEDACIÓN PALIATIVA, EL RECHAZO DE TRATAMIENTOS Y LA ADECUACIÓN O LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Teniendo en cuenta que la confusión respecto a estas prácticas se presenta de manera frecuente, vale la pena poner en claro a qué nos referimos con esta terminología.

En ese sentido, es oportuno destacar que la eutanasia consiste en terminar con la vida de alguien a su pedido y es definida como «la terminación intencional de la vida de una persona por parte de un médico a través de la administración de drogas, por pedido voluntario de esa persona competente» (11). Por lo que requiere de varios elementos: una intención de provocar la muerte, efectuada por un tercero (médico/a), a requerimiento de un paciente portador de una enfermedad mortal en su propio beneficio, y por medio de una droga en dosis mortal (12). Es necesario que se verifiquen todos estos requisitos de manera que se pueda diferenciar la eutanasia del homicidio.

La distinción entre la eutanasia y suicidio asistido, radica en que en este último, el profesional médico pone al alcance del paciente la droga necesaria para provocar la muerte siendo el mismo paciente quien la auto-administra. Mientras que la sedación paliativa (antes denominada terminal) consiste en la administración de sedantes y analgésicos al final de la vida para tratar la agitación, el dolor y el malestar, que no responden a otras medidas. Se prefiere el término paliativa porque describe mejor la intención con la que se dan estos tratamientos, cuya dosis debe ser ajustada al efecto que se intenta conseguir, escalando los fármacos de menor a mayor riesgo. En resumen, los profesionales se centran en el alivio

y en el nivel de confort del enfermo que va a fallecer. No acelera la muerte, y en general, ésta tampoco se produce de manera inmediata; la sedación paliativa se encuentra incluida dentro de los cuidados paliativos.

Esta práctica se utiliza también para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), que como se dijo al principio, trata de evitar la «obstinación terapéutica». Cuando hablamos de la AET - nueva terminología equivalente a limitación del esfuerzo terapéutico-, se está indicando la abstención o retiro de tratamientos que ya no se adecúan a la situación de un paciente en particular, esto incluye algunos o todos los tratamientos (entre ellos los medios de diagnóstico y la nutrición e hidratación por vías artificiales). Se implementa a aquellos pacientes que, a juicio del equipo de profesionales tratante, han llegado a la conclusión en forma consensuada de irreversibilidad de la patología, ya sea por tratarse de enfermedades terminales o por la gravedad de la enfermedad de base, que inexorablemente conduce a la muerte del paciente a corto o largo plazo o bien, conducen a la precarización en la calidad de vida. Los pacientes pasibles de AET, pueden presentar un amplio espectro de patologías de múltiples etiologías, evolución y connotaciones bioéticas diversas. Estas decisiones se toman en relación a los resultados previsibles, en conformidad con los deseos expresados por el paciente. En pacientes con competencia y autonomía limitadas, el criterio para la limitación terapéutica, debería basarse en el mejor interés del paciente según la estimación compartida por los familiares o allegados responsables del paciente y los profesionales sanitarios.

A los fines de que estos profesionales puedan tomar decisiones acordes a la ética y la legalidad, se establecen protocolos como el publicado en la página de SATI, que sirven de guía para ser adecuados a la situación particular de cada paciente (13). En conclusión, por definición, la eutanasia siempre es «activa» y «directa», y el concepto de «pasiva» no debe existir. Por lo tanto, quedan excluidos del concepto de eutanasia, tanto la negativa informada de un paciente a una práctica médica aconsejada que podría preservar su vida -rechazo de tratamientos-, como el retiro o la abstención de tratamientos que ya no son adecuados para la situación de un paciente -Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-, mal llamados eutanasia pasiva o indirecta, o por omisión.

IV. CONSIDERACIONES SOBRE LA RECIENTE LEY ESPAÑOLA

Es importante destacar que en el año 2002 España sanciona la «Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Deberes y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica» (14). Esta ley recoge los principios rectores de la bioética, como son el derecho a la intimidad, a la confidencialidad de la información relativa a la salud de las personas, el derecho a la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones, la negativa a tratamientos, la toma de decisiones por parte de un sustituto en caso de incompetencia del paciente, como así también regula lo relativo a las «instrucciones previas».

Las Comunidades Autónomas -algunas de ellas con anterioridad a la ley mencionada- avanzaron en la sanción de leyes para garantizar estos derechos cuyos textos -de fácil comprensión- constituyen un verdadero compendio de bioética, abarcando una gama de posibilidades referidas al final de la vida.

Con la ley de regulación de la eutanasia dictada recientemente, España amplía los derechos de sus ciudadanos y residentes, que como bien lo dice su Preámbulo, «pretende

dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia». La legalización y regulación de esta práctica tiene su basamento en los «bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad».

En su parte dispositiva, el primero de los cinco capítulos de los que consta, contiene una serie de definiciones fundamentales para su correcta interpretación y, en consecuencia, su implementación.

Una de las más importantes es la que define que la «Prestación de ayuda para morir» es una acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple con los requisitos previstos en la ley y que ha manifestado su deseo de morir, estableciendo, a su vez, las dos modalidades para la prestación; la primera se refiere a «la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional competente», es decir, la eutanasia propiamente dicha. Mientras que la otra modalidad, consiste en la «prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte», lo que define al suicidio asistido, aunque la ley no lo menciona de manera expresa con esta terminología.

Las garantías a las que hace referencia la ley se refieren, por un lado a establecer elementos que permitan garantizar a toda la ciudadanía el acceso a condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir en los servicios de asistencia del sector público, pero también en centros privados o, incluso, en el domicilio; al mismo tiempo, fija requisitos suficientes y necesarios que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole a los fines de evitar cualquier tipo de abuso por parte de terceros.

Entre los requisitos más destacables, la ley determina que, para acceder a dichas prácticas, la persona que lo requiere debe ser mayor de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud además de tener la nacionalidad española o residencia legal en el país o contar con certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia superior a doce meses. Asimismo, la persona debe disponer por escrito de la información sobre su proceso médico y las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluido el acceso a los cuidados paliativos integrales.

Para acceder a dichas prácticas, se requiere sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificada por el médico responsable, que afecten a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra y en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Esto es sumamente importante, puesto que una persona no necesariamente debe tener dolores físicos, como suele suceder en patologías altamente discapacitantes, sino que, certificada la grave enfermedad y la característica de incurable, se toma en cuenta su padecimiento mental.

Debe haber formulado dos solicitudes por escrito o por otro medio que permita dejar constancia de manera voluntaria y sin presión externa dejando una separación de al menos quince días entre las mismas. Este documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo deberá rubricar e incorporar a la historia clínica del paciente, si no es el médico responsable, se lo deberá remitir a este. Esta solicitud es revocable por el interesado en cualquier momento o bien, podrá posponerla.

Si el médico responsable considera que la pérdida de capacidad de la persona es inminente para dar su consentimiento informado, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado de acuerdo a las circunstancias. Asimismo, se debe prestar consentimiento informado antes de recibir la prestación de ayuda para morir.

No se podrá aplicar estas prestaciones a las personas que no se encuentren en pleno uso de sus facultades, salvo que se haya suscripto con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la ayuda para morir conforme lo haya estipulado en dicho escrito. Y en caso que haya nombrado un representante en el documento, será este el interlocutor válido ante el médico responsable.

En todos los casos se establece un procedimiento por el cual el médico responsable, una vez cumplido estos pasos, deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, y consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones requeridas en la ley a los fines de poder acceder a estas prácticas.

Antes de la realización de la prestación, el médico responsable, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, las que deberán crearse y constituirse por los respectivos gobiernos autonómicos, en el término de tres meses a partir de la publicación de la ley, en cada una de las Comunidades Autónomas, como así también en las Ciudades de Ceuta y Melilla.

La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar, y deberá contar con un mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

Asimismo, la ley establece un procedimiento para el caso en que la solicitud de ayuda para morir sea denegada en cualquiera de los estamentos mencionados, ya sea por parte del médico responsable, el consultor o bien, por el rechazo de la Comisión de Garantía y Evaluación. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso administrativa. Es importante aclarar que, en cada paso de este proceso, desde el inicio de la petición, la ley establece plazos relativamente cortos para su cumplimiento. Si bien el objetivo de las Comisiones es revisar si la solicitud cumple con los criterios establecidos en la ley, no se establece cuáles son los requisitos para formar parte de estas Comisiones; cabe preguntarse si no sería un despropósito, y por lo tanto de difícil cumplimiento la normativa, si alguno o algunos de sus miembros no estuvieran de acuerdo con estas prácticas.

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos.

Los profesionales sanitarios podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. Para ello las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir.

IV. SITUACIÓN EN ARGENTINA

Ante todo, es necesario recordar que la normativa vigente en nuestro país no contempla la práctica de la eutanasia en ninguna de sus modalidades. En Argentina se está visibilizando esta necesidad a través del testimonio que ha dejado Alfonso Oliva, un joven con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) de Córdoba, quien antes de morir comprometió a uno de sus médicos a que procurara la sanción de una ley sobre la ayuda a morir. La que él no pudo tener. Alfonso colaboró en un borrador, y este reclamo fue tomado por dos legisladoras nacionales que representan a la provincia de Córdoba. Se estima que de manera inminente se presentará el anteproyecto en el Congreso de la Nación.

Asimismo, existe un grupo en la red social Facebook llamado «Eutanasia: Derechos y Final de Vida», del que esta autora es partícipe, al que se van sumando personas.

En nuestro país se encuentra vigente la ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009), que luego de un fuerte reclamo social, debió ser actualizada en el año 2012 por Ley 26.742 llamada «Ley de Muerte Digna».

Si bien el rechazo de tratamientos por parte de un paciente, así como como la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico no estaban prohibidos por nuestro ordenamiento jurídico, se debió legislar de forma específica con el objetivo de proteger la autonomía y la dignidad de las personas en el final de la vida, y a su vez, poder otorgar seguridad jurídica a los profesionales de la salud; de tal manera que estas cuestiones deban resolverse dentro del ámbito médico y familiar.

El problema más grave se suscitaba en aquellos pacientes que se encontraban con trastornos graves e irreversibles de la conciencia, como los estados vegetativos y de mínima conciencia. Esta ley fue ratificada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en causa «D., M. A. s/Declaración de Incapacidad» (CSJ 376/2013(49-D), ante el pedido de retiro de soporte vital por parte de familiares de un paciente que según las pericias determinaron que se encontraba en estado de «mínima conciencia, variante minus» (15). Algunos de los textos de la ley fueron incorporados al Código Civil y Comercial vigente desde el 2015.

No obstante la existencia de normativa suficiente para las situaciones contempladas en la misma, sigue resultando de difícil aplicación; incluso se observa una reticencia al suministro de la sedación paliativa cuando el caso lo requiere. Son muchos los familiares que deben recurrir a los profesionales del derecho y la bioética, como quien suscribe este artículo a los fines de que se permita morir a su ser querido. Esto indica que debemos seguir informando y capacitando a los profesionales y auxiliares sanitarios.

Dicho esto, no se puede eludir que existe una necesidad creciente de ampliación de derechos de los pacientes. La normativa vigente no es suficiente para los casos como los comentados, que dieron impulso a la sanción de la ley de eutanasia en España. En nuestro país muchas personas que presentan esas condiciones necesitan ser amparadas por una legislación que les permita la ayuda para morir. Estas patologías, altamente discapacitantes, perduran durante muchos años y solo se puede acceder a la sedación paliativa en los finales de la vida. También deben ser contempladas aquellas personas que padezcan una enfermedad grave incurable - como las oncológicas- que no deseen transitar por un proceso de sufrimiento hasta su final.

En ese sentido, la consagración del derecho de autonomía tiene apoyatura en el art. 19 de nuestra Constitución Nacional que protege la esfera de la privacidad de la persona, su

autodeterminación en las acciones en la medida en que no afecten la moral pública ni derechos legítimos de terceros, como así también en los instrumentos del derecho internacional con jerarquía constitucional reconocidos por el art. 75, inc. 22 de la misma Constitución. En la eutanasia no hay intereses de terceros implicados, puesto que es la persona que sufre la que toma la decisión.

El concepto de la dignidad humana, fundamento de estos tratados internacionales, ha quedado plasmado en el Código Civil y Comercial, de tal manera que incorpora la dignidad como fuente de todos los derechos personalísimos. Por lo que nada impide que una ley de eutanasia, en sus dos modalidades, pueda ser sancionada en nuestro país.

(1) Ley 26.529, «Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado», BO 20/11/09 (Argentina), actualizada por Ley 26.742 llamada «Ley de Muerte Digna», BO 24/5/12 (Argentina).

(2) Resolución 1216 de 2015. (2015) (en línea) consulta:4 de abril de 2021 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1216-de2015.pdf>.

(3) BOE Núm. 72. 25 de marzo de 2021.

(4) MAGNANTE, Dinah: «Algunas consideraciones a partir del caso Brittany» MJ-DOC-6976- AR | MJD6976, 27 nov. 2014.

(5) <https://elpais.com/sociedad/2020-12-19/seis-hitos-y-un-pionero-en-el-camino-de-la-eutanasia.html>. Consulta: 18 de abril de 2021.

(6) <https://elpais.com/sociedad/2020-10-28/la-fiscalia-pide-seis-meses-de-prision-para-el-hombre-que-ayudo-a-morir-a-su-mujer-que-tenia-ela.html> (en línea) Consulta: 18 de abril de 2021.

(7) MAGNANTE, Dinah: Bioética Clínica. Toma de Decisiones. Final de la Vida. Legislación Internacional, Buenos Aires, Corpus Libros Médicos y Científicos, 2019, pp, 42-45. https://elpais.com/politica/2017/04/05/actualidad/1491414684_118351.html (en línea) consulta: 4 de abril de 2021.

(8) *Ibíd.*

(9) *Ibíd.*

(10) *Ibíd.*

(11) «Eutanasia y Suicidio Asistido: perspectiva del Grupo de Trabajo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos» (EAPC). Publicado en Palliative Medicine, Vol. 17 Nro. 2, 2003.

(12) GHERARDI, Carlos. Vida y Muerte en Terapia Intensiva, Buenos Aires, Ed. Biblos, año 2007, p 152.

(13) MAGNANTE, D., POLISZUK, J., JURI, J., TARDITTI, A.: «Protocolo para la Adecuación o Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Terapia Intensiva» (2019). Comité de Trasplante

y Procuración de la SATI. <https://www.sati.org.ar/images/PROTOCOLO-AET-COMITE-DETRASPLANTE-Y-PROCURACION-SATI-1.pdf>. Publicado en IntraMed: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96578&pagina=2>

(14) BOE 274 del 15/11/2002. <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

(15) MAGNANTE, Dinah: «Síntesis de la sustanciación de la prueba pericial ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación en los autos caratulados: «D. M. A. s/ declaración de incapacidad» (Expte. 376 - Año 2013 - Tomo 49 - Letra D)», MJ-DOC-7361-AR, MJD7361, 3- sep-201

(*) Abogada, UMSA. Magíster en Ética Biomédica, UCA. Autora del libro «Bioética clínica. Toma de decisiones. Final de la Vida. Legislación Internacional», Ed. Corpus, Buenos Aires, año 2019. Reconocimiento por parte de la Legislatura de la Provincia de Córdoba por la participación en la ley 26.742 (llamada ley de muerte digna) y por la autoría del libro mencionado. Coautora del «Protocolo de Adecuación o Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Terapia Intensiva», año 2019. Miembro del Instituto de Derecho Sanitario del CPACF. Asesora del Comité de Trasplante y Procuración de la SATI. Miembro de la Comisión de Derecho Sanitario de la AABA. Fue miembro e impulsora de la creación del Comité de Bioética Clínica y de Ética en Investigación del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría. Fue miembro del Comité de Bioética Hospital Fernández y del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Médicas «Alfredo Lanari». Fue asesora legislativa en la Legislatura de C.A.B.A. Autora de artículos y exponente en Congresos y Jornadas sobre Bioética y Derecho de la Salud