
CONSENTIMIENTO, REPRESENTACIÓN Y FINAL DE VIDA: ANÁLISIS JURÍDICO DEL CASO ALCÁNTARA A LA LUZ DEL DERECHO VIGENTE Y LA BIOÉTICA

Autor: **Jorge Javier Tuero**¹

RESUMEN

El presente trabajo analiza el fallo judicial recaído en los autos “N., P.D. c/ Clínica S. C. s/ amparo” e “Incidente N°1 – A., M. E. s/ determinación de la capacidad”, que abordó la adecuación del esfuerzo terapéutico en una paciente con daño neurológico irreversible. En calidad de abogado patrocinante de la parte actora, expongo aquí los fundamentos jurídicos del caso, centrando el análisis en la legitimidad del consentimiento por representación, el concepto de voluntad presunta y la necesidad de garantizar una muerte digna acorde al proyecto vital del paciente.

PALABRAS CLAVE

Consentimiento por representación. Voluntad presunta. Muerte digna. Bioética. Autonomía del paciente.

SUMARIO

I. Voluntad presunta y consentimiento por representación. II. El rol de los comités de bioética y los equipos interdisciplinarios. III. Cuestiones bioéticas: tomando referencias de grandes doctrinarios y nuestra jurisprudencia. IV. Aportes y límites del fallo judicial. V. Reflexiones finales.

I. Voluntad presunta y consentimiento por representación

El caso exigió al tribunal pronunciarse sobre una cuestión profundamente humana y jurídicamente

¹ Abogado. Magíster en Gerenciamiento de Sistemas de Salud (Facultad de Medicina – FSG). Ha realizado posgrados en Instituciones de Derecho de la Salud (UCA), en Contratos en Inglés Jurídico (Universidad Austral) y en Gestión Integral de Residuos y de Calidad en Establecimientos de Salud (Ministerio de Salud de la Nación). Diplomado en Bases y Herramientas de Gestión para el Cambio Climático y Salud (UNQ-UNJ). docente posgrado en Derecho de la Salud (UCA; UMSA; UP). Correo electrónico: jtuerdo@lexirestudiojuridico.com

compleja: ¿cómo tomar decisiones terapéuticas cuando la persona ya no puede expresarse, ni ha dejado directivas anticipadas?

El artículo 32 del Código Civil y Comercial de la Nación (2015) contempla la declaración de incapacidad cuando una persona se encuentra absolutamente imposibilitada de comunicarse por cualquier medio, aun con apoyos. Es una situación excepcional, pero plenamente aplicable cuando se presentan cuadros crónicos e irreversibles, como el de la paciente, con conciencia intermitente y deterioro progresivo. Sin embargo, ella podía mover la cabeza en señales de “sí o no” que complejizó más la situación, a pesar de que estos no podían ser tomados como signos inequívocos porque no se repetían en el tiempo. Recordemos que el art. 31 inc a. del mismo cuerpo normativo expresa que la capacidad se presume aun en una internación hospitalaria.

Frente a la imposibilidad de expresar consentimiento, el artículo 59 del mismo código remite a leyes especiales. La Ley 26.742 —modificatoria de la Ley 26.529— establece un orden de prelación basado en la Ley 24.193, priorizando al cónyuge como representante, en ausencia de voluntad previamente documentada.

En este proceso, reconstruir la voluntad presunta de la paciente fue central. A partir de testimonios consistentes, informes médicos interdisciplinarios y relatos del entorno afectivo más próximo, se demostró que ella, en vida consciente, rechazaba intervenciones que prolongaran artificialmente la vida en contextos de sufrimiento y dependencia absoluta. Esta reconstrucción fue rigurosa, evitando reemplazar su voluntad, y se enfocó en respetar su proyecto vital.

El fallo sienta precedente: el consentimiento por representación no habilita decisiones arbitrarias, sino que exige coherencia con la trayectoria vital del paciente y una interpretación ética de su deseo.

II. El rol de los comités de bioética y los equipos interdisciplinarios

Tanto en la etapa extrajudicial como en el proceso judicial, los equipos interdisciplinarios jugaron un papel importante a pedido de nuestra defensa. Por un lado, el Comité de Bioética del establecimiento asistencial donde se encontraba la paciente emitió un dictamen fundado que recomendaba la adecuación del esfuerzo terapéutico, señalando la falta de objetivos clínicos realistas, la proporcionalidad negativa de las intervenciones médicas y la necesidad de priorizar el confort.

Por otro lado, los cuerpos forenses realizaron evaluaciones detalladas que permitieron establecer con solidez técnica que la paciente no se encontraba en condiciones de consentir, y que su nivel de conciencia y sus capacidades cognitivas estaban severamente afectadas.

Este trabajo interdisciplinario, en conjunto con la Defensoría, realizado desde una mirada ética y clínica, reforzó los fundamentos de la decisión judicial y evitó que el juez tuviera que “decidir en el vacío”.

La articulación entre saberes jurídicos, médicos y bioéticos no solo enriqueció el proceso, sino que garantizó una mayor protección de los derechos de la persona involucrada, a pesar de que la progenitora no concordaba con estas conclusiones. Y, por cierto, ciertos médicos tratantes no definían la situación por miedo al litigio.

III. Aportes y límites del fallo judicial

Desde el punto de vista jurídico, el fallo en comentario aporta claridad sobre varios aspectos que a menudo aparecen confundidos:

- Distingue adecuadamente entre capacidad jurídica y competencia para consentir.
- Reafirma que, en ausencia de directivas anticipadas, la ley establece un orden objetivo de representación.
- Otorga centralidad al proyecto vital del paciente como eje para reconstruir su voluntad presunta.
- Utiliza de manera ejemplar los informes técnicos y éticos para sustentar su decisión.
- Declara la incapacidad sin estigmatizar, en base a informes actuales, imparciales y concordantes.

No obstante, algunos límites estructurales permanecen. La judicialización de estos casos sigue siendo

una salida excepcional que debería evitarse mediante herramientas previas como las directivas anticipadas, la designación de apoyos, y una mayor implementación de comités de ética clínica en instituciones de salud y una obligación mayor de los equipos médicos tratantes a acatar sus dictámenes. También debería evitarse que conflictos familiares o interpretaciones contrapuestas sobre la voluntad del paciente escalen innecesariamente al fuero judicial, cuando podrían canalizarse con protocolos de mediación ética o sanitaria.

IV. Cuestiones bioéticas: tomando referencias de grandes doctrinarios y de nuestra jurisprudencia

La tesis que aquí se sostiene —la legitimidad de la adecuación del esfuerzo terapéutico y del consentimiento por representación en situaciones de incapacidad total— se enmarca en una línea doctrinaria consolidada y en precedentes jurisprudenciales relevantes.

Tal como lo desarrollan (Maglio & Wierzbica, 2015), el derecho en los finales de la vida exige evitar tanto la medicalización como la judicialización innecesaria de la muerte. El encarnizamiento terapéutico no representa un deber médico, sino un acto de sufrimiento evitado por normas y principios bioéticos. En su análisis, los autores insisten en el rol del consentimiento informado como expresión de autonomía, y en el respeto de la voluntad del paciente aun cuando ésta no haya sido formulada por escrito, siempre que pueda reconstruirse razonablemente a partir de su historia, sus creencias, sus relaciones significativas y su práctica profesional.

Como ha explicado Mainetti (1993), la ética médica moderna debe anclarse en el respeto por la voluntad del paciente, aun cuando esta deba reconstruirse presuntamente.

Desde la jurisprudencia, la Corte Suprema ha marcado posiciones relevantes, como en “(Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas precautorias, 2002)”, se reconoce el derecho del paciente a rechazar tratamientos vitales por motivos religiosos. En sentido contrario, el fallo “D., M.A. s/ declaración de incapacidad” (2015), lejos de ampliar el reconocimiento del consentimiento por representación, lo restringe. En ese caso, el tribunal revocó una sentencia que habilitaba el retiro de soporte vital a una paciente en estado vegetativo persistente, solicitada por sus hermanas. La Corte sostuvo que no existía una directiva anticipada válida ni pruebas suficientes de la voluntad de la paciente, y que no podía presumirse su consentimiento para cesar la alimentación e hidratación artificial. Esta interpretación restrictiva fue objeto de fuertes críticas doctrinarias (Lafferriere & Viar, 2015), en tanto clausura la posibilidad de reconocer la voluntad presunta a través del entorno afectivo y el proyecto vital del paciente. En consecuencia, el fallo constituye un límite normativo que exige ser contextualizado y contrastado con otras fuentes del derecho vigente y de la bioética contemporánea.

No obstante, algunas voces disidentes sostienen que el retiro de medidas como hidratación y alimentación artificial constituiría una eutanasia pasiva. Esta postura, sostenida por Lafferriere y otros (Lafferriere & Viar, 2015), si bien minoritaria, obliga a redoblar los esfuerzos argumentativos para diferenciar el acto de “permitir morir” de uno orientado a “provocar la muerte”.

Por último, me permito citar la Declaración del Vaticano² sobre este tema. La Declaración define que, “un paciente en fase terminal es una persona que padece una enfermedad de diagnóstico infausto, incurable e irreversible, en una etapa en la que la muerte se producirá con toda probabilidad en el plazo de unos pocos meses como consecuencia de la enfermedad o de las complicaciones directamente relacionadas, a pesar de los mejores esfuerzos diagnósticos y terapéuticos³”. Se puede ver la similitud con el dictamen de Bioética acompañado en el fallo en comentario.

“El cuidado holístico y respetuoso de la persona debe reconocer como un objetivo fundamental la dimensión específicamente humana, espiritual y religiosa de la muerte. Este enfoque de la muerte requiere compasión, empatía y profesionalismo por parte de todas las personas involucradas en el cuidado del paciente

² Declaración conjunta de las religiones monoteístas abrahámicas sobre las cuestiones del final de la vida (Casina Pío IV, 28 de octubre 2019)

³ Declaración conjunta de las religiones monoteístas abrahámicas sobre las cuestiones del final de la vida (Casina Pío IV, 28 de octubre 2019)

moribundo, especialmente de los trabajadores de la salud responsables del bienestar psicosocial y emocional del paciente”.

Las intervenciones humanas mediante tratamientos y tecnologías médicas sólo se justifican en términos de la ayuda que pueden proporcionar. Por lo tanto, su uso requiere un juicio responsable sobre si los tratamientos para mantener y prolongar la vida contribuyen realmente a alcanzar el final la vida humana, y sobre cuándo hace falta, en cambio, limitarlos.”

El artículo 59 del (Código Civil y Comercial) y la (Ley 26.742) brindan herramientas jurídicas suficientes para encuadrar estos procesos. La jurisprudencia aquí analizada permite afirmar que el respeto a la voluntad —aunque sea presunta— no es solo un ideal ético, sino una exigencia jurídica que evita la despersonalización del final de vida y reafirma la dignidad como principio operativo del Derecho.

El fallo que aquí comentamos sigue esta línea: evita el encarnizamiento terapéutico, respeta el principio de autonomía aun en su modalidad presunta, y coloca en el centro la dignidad del ser humano. Retoma la enseñanza de que “la adecuación del esfuerzo terapéutico no significa abandono, sino cuidado; no es omisión, sino elección proporcional y compasiva”. Y es precisamente eso lo que busca el derecho en este tipo de procesos: cuidar sin invadir, respetar sin reemplazar.

V. Reflexiones finales

La sentencia comentada constituye un ejemplo de cómo el derecho puede honrar el principio de autonomía aun en la ausencia de voz. la salud no depende solo de hospitales, sino también de leyes, de ver el derecho como un ecosistema normativo, donde interactúan tratados, paradigmas médicos, normas fiscales, agencias de control, y con un rol bioético indispensable.

Como abogado de la familia de la paciente, mi planteo inicial se centró en exigir una definición institucional sobre la capacidad de consentir, a fin de destrabar una situación de incertidumbre jurídica y sufrimiento continuado. El camino no fue fácil. La falta de respuestas del establecimiento asistencial, el miedo al litigio, las diferencias familiares y la ausencia de directivas escritas nos obligaron a llevar este conflicto ante la justicia.

Hoy, con la sentencia firme, entiendo que el proceso logró canalizar, con respeto y humanidad, una decisión de alto impacto vital. La paciente no pudo hablar, pero su historia, sus valores, sus afectos y su biografía hablaron por ella. Y el orden jurídico permitió canalizar esa voluntad reconstruida.

Desde una mirada más amplia, este caso interpela a los profesionales del derecho, la medicina y la bioética a construir juntos una cultura de la decisión compartida, del cuidado sin encarnizamiento, y del respeto por la dignidad hasta el último día de vida.

En esa construcción, la jurisprudencia que aquí se ha generado ofrece una brújula: no para sustituir voluntades, sino para permitir que, aun en el silencio, la voluntad del paciente siga siendo ley.

Bibliografía

- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (2002). (CSJN, 2002), “Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas precautorias”. Fallos 335:799.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (2015). D., M.A. s/ declaración de incapacidad. D. 376. XLIX. REX, 7 de julio de 2015.
- Declaración conjunta de las religiones monoteístas abrahámicas sobre las cuestiones del final de la vida (Cassina Pío IV, 28 de octubre 2019)Vaticano News: <https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2019-10/religiones-abrahamicas-no-a-la-eutanasia-y-al-suicidio-asistido.html> disponible en fecha 20.5.25.
- Lafferriere, J. N., & Viar, L. A. (2015). La Corte Suprema y la cuestión del retiro de la alimentación e hidratación. Comentario al fallo ‘D. M. A.’. Microjuris, MJ-DOC-7320-AR.

- Ley 26.529. (2009). Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley 26.742. (2012). Ley de Muerte Digna. Modificatoria de la Ley 26.529.
- Maglio, I., & Wierzba, S. M. (2015). El derecho en los finales de la vida. Muerte digna. La Ley, 7 de septiembre de 2015. Cita on line: AR/DOC/2985/2015
- Mainetti, J. A. (1993). Estudios bioéticos. Ed. Quirón, La Plata.
- Niño, L. F. (1994). Eutanasia, morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales. EUDEBA.
- Proyecto de Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación. (2012). Disponible en: <http://www.justicia2020.gob.ar> (consultado el 20 de mayo de 2025)