



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Carrera de Abogacía

La eutanasia: ¿Legalidad o ilegalidad?
¿Derecho a la vida o derecho a morir con
dignidad?

Nº 36

María Luján Markmann Turiel

Departamento de Investigación
Junio 2003

Indice

1- Objetivos	5
2- INTRODUCCION: ¿Legalidad o ilegalidad de la eutanasia? ¿Derecho a la vida o derecho a morir con dignidad?	5
3- La eutanasia. Concepto. Su evolución a través de la historia. Distintas clases	6
4- La eutanasia y la religión. Postura de la Iglesia Católica. El Islam	12
5- Posiciones favorables a la eutanasia. Bioética. ¿Hay un derecho a la muerte?. El derecho a morir con dignidad. Consentimiento Informado. El estado vegetativo persistente. Testamento Vital	15
6- Posiciones contrarias a la eutanasia. La eutanasia como método para controlar el crecimiento demográfico. Cuidados paliativos. Ética medica en el final de la vida	25
7- Estado de la Cuestión en el mundo. Jurisprudencia	32
8- La situación legislativa de la eutanasia en Argentin	43
9- Conclusiones	47
10- Bibliografía	49

1. Objetivos

Es una realidad innegable que en la actualidad, la mayoría de las personas no mueren de una manera brusca e inesperada, sino que lo hacen en las camas de hospitales o en su domicilio, siendo tratadas por profesionales de la salud. Ello debido, en gran parte, a que los avances de la ciencia han logrado disminuir la tasa de mortalidad de las personas a números impensados tiempo atrás.

Recordamos que cuando hablamos de Eutanasia, hablamos constantemente de los derechos personalísimos que se encuentran en controversia. Hoy en día, la existencia del derecho a la vida de todos los seres humanos es indiscutible. Él no está en tela de juicio. En numerosas convenciones se plasma ineludiblemente la existencia del derecho a la vida como el primero y más importante de los derechos que asisten a los seres humanos.

¿Pero, tienen, asimismo, los seres humanos el derecho a morir con dignidad?. Allí surgen controversias, allí aparece la eutanasia en toda su dimensión. Siendo nuestro objetivo principal el poder inclinarnos a favor o en contra de la legalidad o ilegalidad de la misma al finalizar nuestro trabajo.

Se llegará, así, a un conocimiento profundo sobre el instituto, que resulta tan controvertido como rico en su contenido, lo cual nos permitirá esbozar nuestras propias conclusiones acerca de su conveniencia en nuestro país.

2. Introducción

El término **eutanasia** significa "buena muerte", muerte sin sufrimiento físico, sin agonía, un fin que todos los hombres anhelan ante la inevitabilidad de la muerte, (Séneca, nos decía "que el tiempo va gastando inexorablemente el hilo de la vida y que un día, inevitablemente se escindirá"). Es decir, que desde el mismo momento del nacimiento, el ser humano, conoce que su vida no será eterna, y se prepara para el momento en que esta termine.

Ante esta búsqueda de todos los hombres se nos presentan muchos interrogantes: es el derecho a la vida un derecho superior a los demás derechos personalísimos que poseen los seres humanos? Proteger la vida humana implica una protección a ultranza? Puede un ser que sufre, cansado de los tratamientos médicos, tener la libre elección de morir con dignidad?, Puede terminar con su agonía, puede poner fin a su vida, una vida que realmente desea no vivir?...puede tener ese derecho...ES ELLO UN DERECHO?...es válido negárselo?...que intereses son los que se deben privilegiar y quien debe ser el encargado de tomar esa decisión?

El hombre busca siempre la felicidad, y la felicidad para él está en las pequeñas cosas de la vida, en sus alegrías, en el compartir día a día con la gente que ama, la cual lo levantará de sus fracasos...Pero que sucede cuando ese hombre ya no es feliz, ya no puede serlo, porque las condiciones de vida a las que está condenado representan para él solo un sufrimiento, una agonía, tiene él autonomía para decidir terminar con ello...tiene esa persona derecho al buen morir?

Es una elección difícil, compleja, que ha sido discutida desde antaño y respecto de la cual no hay sino posiciones contrapuestas. Ello por cuanto se trata de un tema tan arduo que pone en juego EMOCIONES, MIEDO, CREENCIAS RELIGIOSAS Y CONVICCIONES ETICAS muy arraigadas en la sociedad.

Legalidad o ilegalidad de la eutanasia?...Esa es nuestra principal inquietud ya que en todos los casos nos encontraremos ante situaciones extremas, ante una muerte **PREVISIBLE E INEVITABLE**.

Al abordar estos temas se nos presenta que el derecho a vivir con dignidad incluye también el morir con dignidad. Ello se podrá apreciar a través del examen de posiciones religiosas, de las posturas adoptadas por las distintas legislaciones, y de la posición real de los pacientes a través de casos jurisprudenciales; y por supuesto la posición del médico y la ética que le asiste a quien ha jurado preservar la vida ante todas las circunstancias.

Finalizando, por último, con nuestra conclusión acerca de la conveniencia o no de la legalidad de la eutanasia.

Cuando una persona piensa en recurrir a la **EUTANASIA**, es cuando el dolor físico es insoportable y ya no hay esperanza alguna de mejorar. Hasta que ese momento llegue el ser humano lucha incansablemente por curarse, por seguir viviendo. Mas cuando, su fin es inevitable, es aquí cuando piensa en tener un rápido final. Que alguien le ayude, le permita dejar este mundo lo más rápido posible para evitar seguir sufriendo sin esperanzas.

Es precisamente en este momento cuando la **EUTANASIA** y todo lo que ella implica se hace presente.

3. La eutanasia. Concepto. Evolución histórica. Clases

El derecho esencial que debe asistir a todo ser humano, siempre, es el de la vida.

Cuando las condiciones de salud se han perdido y la enfermedad lleva a quien la padece a una situación irreversible, cabe preguntarse si se está cuidando la vida o prolongando la agonía.

La muerte como fenómeno social ha recibido el culto y la veneración del hombre a través de los siglos. Las ceremonias funerarias, mezcla de celebración y temor han sido motivo de estudio, tanto como la vida, por parte de científicos, filósofos y teólogos; los diferentes cultos, por su parte le han dado interpretaciones diversas: castigo, redención, “un paso al más allá”, “el valle de los muertos”, etc. como si un calificativo sonoro pudiera por sí sólo explicarla como fenómeno, que por irreversible ha sido a la vez motivo de rechazo y búsqueda, en el cual ciencia y religión se han mezclado.

A través de los siglos el hombre ha querido explicar la muerte como un paso hacia otros mundos mejores y eternos, considerando éste como temporal y de preparación para ese viaje. Ello ha hecho que metafóricamente haya tratado de hacer un culto a la vida y a la perfección de la misma, descartando con actitudes de discriminación a los deformes, enfermos mentales, y a los de razas no deseadas.

Podemos entender la Eutanasia como aquella conducta o comportamiento tendiente al cese o a mitigar los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica necesariamente la producción directa de la muerte o el aceleramiento de su producción.

La eutanasia se encuentra entroncada con el concepto de la buena muerte o muerte feliz. Es la muerte por piedad ante una enfermedad terminal o irreversible prolongada y dolorosa.

La distanasia, por el contrario, supone la muerte lenta y dolorosa prolongación de la agonía innecesariamente.

La ortotanasia y orto-eutanasia, es la suspensión de toda cura en la inminencia de la muerte, aun las relativas a las complicaciones agudas. Se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.¹

En general, eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal. El mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede también ser provocada por otros a petición del enfermo o con su consentimiento. En todos estos casos se habla de eutanasia voluntaria. Si se causa la muerte contra la voluntad del paciente o sin su conocimiento, hablamos entonces de eutanasia involuntaria.

La eutanasia. Evolución histórica

Los pueblos antiguos tenían la costumbre de deshacerse de los “viejos”, de los “enfermos incurables” y de los “niños deformes”. Estas prácticas eutanásicas, sin embargo, eran precedidas de un designio eugenésico.²

La historia está plagada de casos de eutanasia. Con los griegos y los romanos comienza a tomar cuerpo doctrinario, unida a la práctica del suicidio y a designios eugenésicos.

Es PLATON quien sostiene que **“el estado debe velar por su salud y por las personas sanas, y dejar a los enfermos incurables librados a su propia muerte”** y que **“hay que eliminar a los idiotas e imbéciles, y a los niños deformes”**.

Son entre los griegos PLATON, PLINIO, ESCULAPIO y EPICURIO los principales defensores de estas ideas. Solamente se opuso HIPOCRATES, quien elaboró el “no materé” o el “no suministraré veneno a mis pacientes”, paso del que trascendió el juramento hipocrático de los médicos.

Roma siguió los pasos de Grecia. En el Senado existían venenos a disposición de los que vinieran y pidieran permiso para suicidarse. El suicidio era considerado honroso entre los romanos. Bajo influencia del estoicismo admitían muchas razones para su práctica legítima. El filósofo SENECA lo ensalzaba como el acto último de una persona libre.

En Egipto, CLEOPATRA y ANTONIO fundaron una Academia para estudiar la mejor forma para **“ayudar a morir”, la “mejor forma de dar muerte a otra persona”**.

Los germanos enterraban vivos a los “viejos”. Los bretones los aniquilaban con un martillo maldito. Los hindúes, los arrastraban a las orillas del Ganjes, les tapaban los orificios nasales y el bucal, y luego los arrojaban al río.

A partir de SAN AGUSTIN, la doctrina cristiana se impone revirtiendo el escaso valor que se daba a la criatura humana. Varios de los primeros concilios de la Iglesia Cristiana decretaron que aquellos que come-

1. (Maria T. Bertoglio de Brouwer y Maria V. Bertoldi, “La eutanasia, distancia y ortoeutanasia. Nuevos enfoques de la cuestion”).

2. (“Eugenesia: aplicación del estudio de la herencia al perfeccionamiento de las cualidades de la raza humana” en Enciclopedia Microsoft ® Encarta ® 97).

tieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte. En la Edad Media la Iglesia Católica Romana condenó expresamente esa práctica y se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones.

Sin embargo, no puede considerarse que estas prácticas constituyan un precedente vinculado expresamente a la eutanasia. Sí, cabe establecer en ellas, la ausencia de reconocimiento de un principio fundamental: **“el del valor absoluto de cualquier vida humana”**.

Con la instauración del Cristianismo, comienza a tomar fuerza dicho principio, y se cuestiona la legitimación de prácticas ligadas no sólo a la eutanasia, sino también al suicidio, a la eugenesia y al infanticidio entre otras.

Para el Jusnaturalismo, dada la obligación por cuestión divina de respetar la vida en toda circunstancia, existe una prohibición estricta sustentada en leyes naturales de disponer por cuenta propia de la vida.

Juan Pablo II, en su encíclica “El Evangelio de la Vida” define la Eutanasia como: “Adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin “dulcemente” a la propia vida o a la de otro”. Y se considera esto como una “cultura de la muerte” que se ve en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista, que va en contra de los ancianos y los más débiles, caracterizadas como algo gravoso e insoportable, aisladas por la familia y la sociedad, según lo cual una vida inhábil no tiene ya valor alguno. Y vuelve a definir la Eutanasia como una “acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor “situada en la intención y los métodos usados”.

En términos de **una teoría utilitarista de los derechos**, la eutanasia se nos muestra como una opción más práctica en el caso de que se nos presente una existencia marcada por el dolor y sin posibilidades de felicidad. Desde esta perspectiva, la eutanasia es buena dados los dolores que se le quitan a quien los está sufriendo, se disminuyen los daños a la sociedad y se termina con una “carga” para la familia.

En la **Utopía de Tomás Moro**, aparece el concepto médico y moral de la Eutanasia: “...Cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, los magistrados y sacerdotes, se presentan al paciente para exhortarle tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales... y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte, no debe dudar en liberarse a sí mismo o permitir que otros le liberen... esto es, la muerte no le apartará de las dulzuras de vida sino del suplicio y se realiza una obra ...piadosa y santa...este tipo de muerte se considera algo honorable” Aquí se ve: una atención esmerada a los enfermos, una enfermedad intolerable, que legitima la muerte voluntaria y la eutanasia en utopía, tiene en cuenta los derechos de la persona: responsabilidad moral, libertad, los sacerdotes son intérpretes de la divinidad.

Hume, critica la posición eminentemente moralista del suicidio y de paso la eutanasia así: “nuestro horror a la muerte es tan grande que cuando ésta se presenta bajo cualquier otra forma distinta de la que un hombre se había esforzado en reconciliar con su imaginación, adquiere nuevos aspectos aterradores y resulta abrumadora para sus pocas fuerzas. Y cuando las amenazas de la superstición se añaden a esta natural timidez, no es extraño que consigan privar a los hombres de todo poder sobre sus vidas” y va en contra de un determinismo al decir que “ si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al todopoderoso, y fuese un infringimiento del derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla.”

Finalmente justifica la eutanasia en términos prácticos al decir que : “ una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga y hacer de ella algo peor que la aniquilación. Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si esta mereciera conservarse.” Quien se retira de la vida no le produce daño a la sociedad, a lo sumo deja de producirle un bien.

En términos de **Kant**, a él no le importa la singularidad, el suicidio es malo, al contrario de Hume, por que viola deberes para conmigo mismo, el respeto por nosotros mismos. Frente a la eutanasia tiene en cuenta que es la potencialidad de ese ser humano que se quita la vida, las posibilidades de desarrollo de sus capacidades. La vida no vale por sí misma, sino en función de un proyecto de vida ligado con una libertad y una autonomía, ésta se justifica si permite la base material para una vida digna.

Clasificación

Eutanasia es tanto acción como omisión y por su naturaleza e intención produce un mecanismo de muerte contrario del que está en curso. Se puede clasificar:

- **Por su finalidad:**
 - **Eugénica:** cuando por razones de “higiene racial”, sociales o económicas, surge para liberar a la sociedad de cuerpos crónicos, discapacitados minusválidos, que consumen lo que no producen y son una carga
 - **Piadosa:** cuando se practica con el fin de aliviar los dolores y sufrimientos de un enfermo
- **Por sus medios:**
 - **Positiva:** (muerte por omisión o acción) cuando una persona con fines de eugenésicos actúa sobre el enfermo en forma directa, positiva o activa provocándole la muerte.
 - **Negativa:** (muerte por omisión) cuando la persona deja de hacer algo que permite proseguir con la vida del enfermo, omite practicar o seguir practicando un tratamiento activo.
- **Por sus intenciones:**
 - **Directa:** se entiende que existe el deseo o intención en la persona de provocar la muerte directamente. Es querer y desear la muerte intencionada y deliberada. Supone que existe la intención directa de terminar con la vida por medio de un homicidio, suicidio o suicidio asistido.
 - **Indirecta:** técnicamente no es Eutanasia y su juicio moral es aceptable y positivo. Se considera que la muerte no es querida ni deseada en su intención pero sobreviene a causa de los efectos secundarios del tratamiento paliativo del dolor. Supone que aliviar el dolor siempre es filantrópico y caritativo, aunque como efecto secundario de la terapia se produzca la muerte.
- **Por su voluntariedad:**
 - **Voluntaria:** la solicita el paciente por palabra o por escrito a través de un tratamiento biológico. Puede pedir medios positivos o negativos. Si el paciente es menor o está discapacitado puede solicitarla el padre tutor o familiar.
 - **Involuntaria:** se aplica sin el consentimiento del paciente.

Como ut supra dijimos se entiende por “eutanasia”, el privar de su vida sin sufrimiento físico a otra persona, a su requerimiento e interés. Esta definición trae consigo algunos problemas que necesitan ser puestos de manifiesto y, si es posible, solucionarlos.

En primer lugar, exigir el requerimiento de la persona afectada podría parecer un recaudo algo exagerado. Quien desea practicar un acto de eutanasia podría plantear la situación al sujeto pasivo de ella y solicitar su consentimiento. El consentimiento parecer ser una condición más débil que el requerimiento y no hay obstáculo alguno en aceptarla como suficiente. Porque mi propósito es excluir de la definición todos los casos de eutanasia involuntaria que tienen poco en común con lo que llamaríamos eutanasia; entonces identificamos eutanasia con eutanasia involuntaria.³

Esta definición coincide en cierto modo con la definición de “eutanasia” que proporciona el Diccionario de la Real Academia Española: “muerte sin sufrimiento físico y, en sentido restricto, la que así se provoca voluntariamente”. Incidentalmente, coincide también con la eutanasia tal como la entendía Tomás Moro en su Utopía: una persona podría ser persuadida de poner fin a su vida voluntariamente, pero no se causaría ninguna muerte contra la voluntad de esa persona.

Cabe destacar aquí, que los principios morales que sirven para justificar la eutanasia voluntaria, son notoriamente insuficientes para justificar a la involuntaria y muestran que esta última es un acto de naturaleza tan diferente que bien merecería un nombre también diferente.

Veamos ahora un ejemplo en que no solo el requerimiento sino también el consentimiento esta ausente. Mediante un decreto del 1 de septiembre de 1939 y tal vez como un ensayo general para los hornos crematorios, Hitler exterminó mediante cámaras de gas alrededor de 275.000 personas que padecían diversas deficiencias físicas o mentales, desde mogolicos hasta sicóticos, pasando por escleróticos y paralíticos. ⁴La matanza fue justificada bajo el rótulo de eutanasia. Curiosamente, sin embargo, ninguna de las 275.000 personas afectadas, ni sus parientes, fueron consultados respecto de su destino final. Suponiendo un motivo altruista para esta masacre, el nombre eutanasia se alejaría demasiado de su significación usual. En el muy poco probable caso de que el sentimiento de piedad hubiera sido alguna vez albergado por Hitler, mucho más razonable sería denominarla “homicidio por piedad” (La Real Academia española define “homicidio” como “muerte causada a una persona por otra”). Así los principios morales que bastan para justificar la eutanasia no bastan para justificar el homicidio por piedad; y también deberían ambos recibir nombres distintos.

Por lo tanto, es que la definición original requiere un añadido: se entiende por “eutanasia” el privar de su vida a otra persona sin sufrimiento físico, a su requerimiento, o al menos con su consentimiento, y en su interés.

3. (Martín Diego Farrel. «La ética del aborto y la eutanasia».)

El requisito de la carencia de sufrimiento físico debe ser interpretado dentro de límites razonables; es una condición que varía en cada caso. Si un enfermo de cáncer en su última etapa de agonía pide una dosis letal de morfina, no deja de haber eutanasia por el hecho de que el enfermo se queje por el dolor que le causa la aguja de la jeringa. Lo que se requiere es que la privación de la vida se realice por un medio que provoque menos dolor que su prolongación. Esencialmente, por aquel que provoque el menor dolor posible.

Esta definición ampliada, deja subsistentes muchos problemas; uno de ellos es el caso del sujeto pasivo que es incapaz de requerir, o de consentir, la privación de su vida, debido a su estado de inconciencia o incapacidad mental.

Se sostiene, asimismo, que la privación de vida debe ser en interés del sujeto pasivo, como dice Philippa Foot, teniendo en cuenta la importancia de la pregunta ¿Por consideración a quien estamos actuando?, es bueno tener una definición de eutanasia que admita bajo ese rotulo solo los casos en que se opte por la muerte por consideración a quien muere.⁵

Uno de los motivos por los cuales se ha resistido llamar dar el nombre de "eutanasia" al exterminio de Hitler es porque se sospecha que no fue motivado por el interés de los exterminados, sino por el interés de la "raza superior". Pero hay casos más complicados, en que se tiene en cuenta aparentemente el interés del sujeto pasivo, cuando –en realidad- el acto se realiza en interés de otros.

Uno de estos casos es el de los niños que nacen con el síndrome de Down (mogliismo). Si estos niños presentan al nacer una obstrucción intestinal, algunos médicos – con el consentimiento de los padres- no operan al niño de la obstrucción, lo cual ocasiona en pocos días su muerte. Esta actitud suele presentarse como un caso de eutanasia; claramente, sin embargo no se ajusta a la definición dada precedentemente. La operación no es dolorosa ni resulta una experiencia traumática insoportable para el recién nacido. No operar implica necesariamente la muerte. No se puede afirmar tampoco el interés del niño con síndrome de Down al morir. No se puede afirmar tampoco que es del interés del mogolico el morir. Los médicos saben que dichos niños, dentro de las limitaciones impuestas por su enfermedad, pueden llevar una vida razonablemente tranquila y feliz. No se deja morir al niño en su interés, entonces, sino en interés de los padres, que vivirían permanentemente angustiados ante la presencia de su hijo deficiente.

Es diferente el caso de los niños que nacen con espina bifida, respecto de los cuales hay que decidir si operarlos o no. En caso de no operarlos, los niños suelen morir de meningitis o trastornos renales en los primeros años de su vida. Aunque se los opere, enfrentan una vida plagada de enfermedades y operaciones futuras. Aquí un auténtico interés en el niño puede desaconsejar la operación.

Eutanasia activa y eutanasia pasiva

Jonathan Glover plantea algunos ejemplos que indican la irrelevancia de la distinción; una persona que herederá una gran fortuna cuando su padre muera, y, con esto en mente, omite darle una medicina necesaria para mantenerlo vivo, puede ser considerado como moralmente responsable. Carlo Nino se ha ocupado también de esta distinción, especialmente de sus consecuencias jurídicas. Michael Tooley, a su vez, pone el siguiente ejemplo: imaginemos una maquina que contiene a dos chicos: Juan y María. Si uno aprieta un botón, Juan será muerto, pero María quedará indemne. Si uno no aprieta el botón, Juan quedará indemne, pero María será muerta. En el primer caso, una mata a Juan, mientras que en el segundo caso uno meramente deja que María muera.

¿Desea alguno realmente decir que la acción de abstenerse intencionalmente de apretar el botón es moralmente preferible a la acción de apretarlo, incluso aunque muera exactamente una persona en cada caso?, pregunta Tooley.⁶

Desde el punto de vista jurídico, podemos apreciar algunas diferencias entre el omitir y el actuar:

1. Una persona empuja a otra a un río, y esta se ahoga como consecuencia de la acción de empujar.
2. Una persona camina a orillas de un río y observa a otra que se esta ahogando. Podría salvarla sin dificultades ni molestias, pero no lo hace. La persona del río se ahoga como consecuencia de esta omisión.

El derecho trata diferentemente ambos ejemplos. Castiga con mucha más severidad la acción positiva que la omisión. Ello es puesto, que si se castiga la acción 1 (empujar a la persona al río), queda siempre a disposición del individuo el realizar cualquiera de las restantes acciones de un conjunto determinado, B, C, D,...etc. Si se castiga la omisión de salvar, al individuo no le queda más que una sola acción disponible: arrojar al agua y practicar el salvamento.

4. (citado por PHILIPPA FOOT, "Euthanasia, eb Virtues and Vices, Basil Blackwell, Oxford, 1978, pag. 33).

5. (Phillipa Foot, ob.cit, pag. 34).

6. (Michael Tooley, «An irrelevant Consideration: Killing versus Letting Die», ob. Citada, pág. 60).

Pero En el caso de la eutanasia no existe diferencia relevante alguna que nos incline moralmente a preferir el dejar morir frente al matar. Al contrario: en muchos casos el dejar morir a un paciente priva de fundamento moral a la conducta del medico.⁷

Admitamos por un momento que la muerte de un niño mogolico se decide en el interés de este, y no de los padres, (y olvidemos momentáneamente el problema del consentimiento). El niño, padece una obstrucción intestinal. Aplicarle una inyección letal de morfina revela una preocupación por preservar al niño de todo sufrimiento, preocupación a la cual no cuesta encontrarle un fundamento moral. Dejarlo morir deshidratado en un proceso de varios días parece que no revela sino esta preocupación: tranquilizar la conciencia del medico, o la de los padres del niño, o la de ambos. Por supuesto, los principios morales en equilibrio reflexivo condenarían a esta segunda actitud; los medicos y los padres habrían comprado su tranquilidad de conciencia al precio de albergar convicciones morales inconsistentes.

Aplicarle una inyección letal de morfina a un paciente con cáncer en ultimo grado revela la aceptable preocupación de evitarle al moribundo su lenta y dolorosa agonía. Suspender el tratamiento curativo y dejarlo morir, en un proceso que también puede durar días, significa contemplar su lenta y dolorosa agonía. No cuesta encontrar un fundamento moral para la primera actitud, pero sí para la segunda.

La eutanasia pasiva, legislada o no, forma parte de las practicas habituales en Medicina. La función del medico es aliviar, limitar el sufrimiento. "Administrar analgésicos potentes a un paciente terminal creo que debe ser uno de los objetivos de la Medicina. La Medicina paliativa tiene a dar confort y calidad de vida a los enfermos y familiares, basados estrictamente en el control de síntomas y el soporte comunicacional y emocional. Detener un tratamiento si el paciente lo ha expresado libremente con todos los requisitos cautelares posibles, esto es practica medica habitual. No empezar o detener un tratamiento en los casos en que la iniciación o continuación del tratamiento no tiene sentido desde el punto de vista de la duración o calidad de la vida es practica medica habitual. Empezar un tratamiento para aliviar el sufrimiento de un enfermo, cuando el tratamiento le acelerará la muerte. Los médicos tiene que aliviar."⁸

En nuestro país, la situación es diferente a España, ya que el Art. 83 del Código Penal incrimina la ayuda al suicidio. Por lo tanto la Eutanasia Pasiva, también es un delito.

La eutanasia activa, como ya vimos, es un proceso diferente y sumamente complejo, planteando el conflicto entre el principio de no maleficencia y el de autonomía del paciente en su grado máximo que es el respeto a la vida.

Nuestro Código, en su titulo Primero de la Parte Especial, en una denominación técnica deficiente y no feliz, bajo el rotulo, «Delitos contra las personas», tutela la vida y la integridad corporal. Es imposible dar una solución global y genérica, ya que cada caso, debe ser analizado en forma individual y la solución debe estar condicionada a sus singularidades.

En la eutanasia activa el medico interviene directamente para provocar la muerte. En la pasiva, en cambio no se utilizan las medidas terapéuticas excepcionales en pacientes graves. Es la ausencia de actitud terapéutica. En la primera hay actos comisivos, en la segunda omisivos, en forma deliberada. Voluntariamente no se ejercita la acción debida. Hay que destacar en este caso la importancia de los medios terapéuticos que no se brindan. Si son ordinarios indudablemente hay delito. Si son extraordinarios, la conducta no es antijurídica, ya que no es condición del resultado. Si bien el medico ocupa la posición de garante y en los delitos de omisión impropia el medico esta obligado a prestar los auxilios necesarios para salvaguardar la vida del paciente, debe tener conocimiento de que le es posible impedir la producción del resultado, es decir del poder de hecho que tiene para interrumpir la causalidad que desembocará en el resultado. En estos casos, la omisión terapéutica no tiene eficacia causal en la determinación del deceso, por lo tanto la no utilización de medios extraordinarios no será antijurídica. En estos casos, como la situación del enfermo terminal es irreversible, la no utilización de medios desproporcionados o extraordinarios no sería antijurídica.⁹

Casos difíciles

Hay determinados casos, en que el consentimiento, no puede prestarse, sea por faltar la condición relativa a la edad, sea por faltar la condición relativa al estado mental. Este ultimo caso podría ser solucionado si la parte interesada hubiera dejado claramente establecida su voluntad por anticipado. Si no lo ha hecho, se tropieza con serias dificultades.

7. (Martin Diego Farrel. Ob.cit.)

8. (Octavio Quintana Trias, Principios Éticos en relación a la vida y la muerte, ponencia presentada al Congreso Nacional de Ética Medica realizado en Córdoba, Argentina, pag. 116).

9. (Maria T. Bertoglio de Brouwer y Maria V. Bertoldi, «La eutanasia, distanasia y ortoeutanasia. Nuevos enfoques de una antigua cuestión»).

El caso más conocido de falta de consentimiento directo es, por supuesto, el de Karen Quinlan. La Corte Suprema de Nueva Jersey llegó a la conclusión de que Karen nunca podría ser recuperada para una vida cognitiva o sapiente. El tribunal autorizó entonces el retiro de los aparatos que servían de apoyo al tratamiento para mantener a Karen con vida, siempre que coincidieran los médicos y el Comité de Ética del hospital sobre el carácter irreversible de su estado.¹⁰

El primer punto discutible en el caso Quinlan es que se buscara la muerte en interés de Karen. Si como el Tribunal señaló, ella estaba "totalmente inconsciente de cualquiera, o de cualquier cosa a su alrededor", parece raro sostener que podría sentir dolor de su estado de coma, en cuyo caso se estaría buscando más el interés de los padres que el de la enferma. Pero admitamos que haya dolor. El principio de Mill no autoriza por sí solo a reemplazar el consentimiento del interesado por el de un tercero.

El cálculo utilitarista sería netamente favorable a la eutanasia en estos casos. El principio de Rawls sobre la libertad no podría ser aplicado, pero tal vez se podría argüir que en la posición originaria las partes coincidirían en elegir un principio que autorizara la eutanasia en el caso de los niños o discapacitados que agonizan con dolor.

El caso en el cual el consentimiento no ha sido prestado por anticipado y no puede ahora ser prestado – sea por pérdida de conciencia, sea por falta de edad – plantea problemas especiales. Obviamente, el principio de Mill no resulta aplicable en estos casos.

El fundamento aplicable se puede encontrar en los principios paternalistas. Es correcto que un padre se comporte paternalmente con sus hijos y que los ayude, aconseje y guíe mientras son menores de edad. Pero es incorrecto que una persona pretenda dar órdenes a otra – mayor de edad y sin vínculo de parentesco – como si esta fuera su hijo. Mill rechaza este paternalismo, pero no pretende que los padres se desentiendan de sus hijos.

El paternalismo puede ser aceptado sin dificultad en el caso de los niños o de los deficientes mentales. Gerald Dworkin nos proporciona la siguiente definición de paternalismo: es la interferencia con la libertad de acción de una persona, justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, bien, felicidad, necesidades, intereses o valores de la persona que es coaccionada.

Es la interferencia de la libertad de una persona con su propio bien. Vinculándolo con el utilitarismo, señala Husack que las perspectivas de formular un argumento general utilitarista contra el paternalismo parecen tan remotas que muchos filósofos que combinan su simpatía para con Mill con prejuicios antipaternalistas, están dispuestos a leer gran parte de *Sobre la Libertad* como un curioso alejamiento del utilitarismo. Nótese que en el caso de los incapaces ni siquiera se podría decir en sentido estricto que estamos afectando su libertad de decidir. Un paternalismo compatible con Mill permite actuar en el caso de los menores y de los incapaces en su propio interés.

¿Quién debería determinar ese interés? Tanto en el caso de los menores de edad cuanto de los incapaces (sea por problemas mentales, sea por estados de inconciencia provocados por la enfermedad), lo más adecuado para determinar quien debe actuar en interés de ellos (quien debe actuar paternalmente) es recurrir a la ley del lugar. La ley establecerá si debe decidir el padre, el curador, el encargado, o quien fuere.

Pero, ¿Qué principios deben regular la elección "paternal"? Para que la eutanasia esté justificada en este caso, no debe exigirse nada menos que en el caso anterior. Esto es: el interés del sujeto pasivo es el que debe tomarse exclusivamente en cuenta; no el interés de los padres o de la sociedad.

Teniendo en cuenta el interés del sujeto pasivo, procede ahora, efectuar un cálculo paternalista. La prolongación de su vida. ¿produciría un exceso de placer sobre el dolor o del dolor sobre el placer? En este último caso, la eutanasia estaría justificada. Si bien es admisible que uno se equivoque al juzgar la gravedad de su propio estado de salud, es mucho menos inadmisibles que uno se equivoque al juzgar el estado de salud de otro, cuando la vida de este se halla en juego. Por eso, sería razonable exigir en este caso una coincidencia total de opiniones entre el autor del cálculo paternalista y el facultativo que atiende al paciente. El primero estaría facultado a pedir que se practique la eutanasia sobre su pupilo, y correlativamente el médico estaría facultado a hacerlo.¹¹

10. (70 N.J. 10. «In the Matter of Karen Quinlan, and Alleged Incompetent». Supreme Court of New Jersey, en *Killing and Letting Die*, cit. pags. 23/44).

11. (Martín Diego Farrel, ob.cit).

4. Eutanasia y religión. Posición de la Iglesia Católica. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe

Declaración sobre la eutanasia

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecuménico Vaticano 11 ha reafirmado solemnemente la dignidad excelente de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, como hombres de dios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado.

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, que recientemente ha recordado la doctrina católica acerca del aborto procurado juzga oportuno proponer ahora la enseñanza de la Iglesia sobre el problema de la eutanasia.¹²

En efecto, aunque continúen siendo siempre válidos los principios enunciados en este terreno por los últimos Pontífices, los progresos de la medicina han hecho aparecer, en los recientes años, nuevos aspectos del problema de la eutanasia.

En la sociedad actual, en la que no raramente son cuestionados los mismos valores fundamentales de la vida humana, la modificación de cultura influye en el modo de considerar el sufrimiento y la muerte; medicina ha aumentado su capacidad de curar y de prolongar la vida en determinadas condiciones que a veces ponen problemas de carácter moral. Por ello los hombres que viven en tal ambiente se interrogan con angustia acerca del significado de la ancianidad prolongada y de muerte, preguntándose consiguientemente si tienen el derecho de procurarse a sí mismos o a sus semejantes la «muerte dulce», que serviría para abreviar el dolor y sería, según ellos, más conforme con la dignidad humana.

La materia propuesta en la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe concierne ante todo a los que ponen su fe y esperanza en Cristo, el cual mediante su vida, muerte y resurrección ha dado un nuevo significado a la existencia y sobre todo la muerte del cristiano, según las palabras de San Pablo: «pues si vivimos para el Señor vivimos; y si morimos, morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, sea que muramos, del Señor somos».

Sostiene que la fe en un Dios creador Providente y Señor de la vida confiere un valor eminente a toda persona humana y garantiza su respeto.

Esta Declaración recoge el consenso de hombres de buena voluntad los cuales, por encima de diferencias filosóficas o ideológicas, tienen una viva conciencia de los derechos de la persona humana. Tales derechos, por lo demás, han sido proclamados frecuentemente en el curso de los últimos años en declaraciones de Congresos Internacionales (la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su XXVII sesión ordinaria. CL SIPECA. 1977, pp. 14-), y tratándose de derechos fundamentales de cada persona humana, es evidente que no se puede recurrir dos argumentos sacados del pluralismo político o de la libertad religiosa para negarles valor universal.

Valor de la vida humana

La vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. Si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar. De esta última consideración brotan las siguientes consecuencias:

1. Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente sin oponerse al amor de Dios hacia él, sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable, sin cometer, por ello, un crimen de extrema gravedad.
2. Todo hombre tiene el deber de conformar su vida con el designio de Dios. Esta le ha sido encomendada como un bien que debe dar sus frutos ya aquí en la tierra, pero que encuentra su plena perfección solamente en la vida eterna.
3. La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio; semejante acción constituye en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor. Además, el suicidio es a menudo un rechazo del amor hacia sí mismo, una negación de la natural aspiración a la vida, una renuncia frente a los deberes de justicia y caridad hacia el prójimo, hacia las diversas comunidades y hacia la sociedad entera, aunque a veces intervengan, como se sabe, factores psicológicos que, pueden atenuar o incluso quitar la responsabilidad.

12. (Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe – Tratado sobre la Eutanasia).

Se deberá, sin embargo, distinguir bien del suicidio aquel sacrificio con el que, por una causa superior - como la gloria de Dios, la salvación de las almas o el servicio a los hermanos - se ofrece o se pone en peligro la propia vida.

El cristiano ante el sufrimiento y el uso de los analgésicos

La muerte no sobreviene siempre en condiciones dramáticas, al final de sufrimientos insoportables. No debe pensarse únicamente en los casos extremos. Numerosos testimonios concordes hacen pensar que la misma naturaleza facilita en el momento de la muerte una separación que sería terriblemente dolorosa para un hombre en plena salud. Por lo cual una enfermedad prolongada, una ancianidad avanzada, una situación de soledad y de abandono, pueden determinar tales condiciones psicológicas que faciliten la aceptación de la muerte.

Sin embargo se debe reconocer que la muerte precedida o acompañada a menudo de sufrimientos atroces y prolongados es un acontecimiento que naturalmente angustia el corazón del hombre.

El dolor físico es ciertamente un elemento inevitable de la condición humana; a nivel biológico, constituye un signo cuya utilidad es innegable; pero puesto que atañe a la vida psicológica del hombre, a menudo supera su utilidad biológica y por ello puede asumir una dimensión tal que suscite el deseo de eliminarlo a cualquier precio.

Sin embargo, según la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo el de los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; en efecto, es una participación en la Pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que El ha ofrecido en obediencia a la voluntad del Padre. No debe pues maravillarse si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos y asociarse así de modo consciente a los sufrimientos de Cristo crucificado. No sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárselos según los consejos del médico.

Pero el uso intensivo de analgésicos no está exento de dificultades, ya que el fenómeno de acostumbrarse a ellos obliga generalmente a aumentar la dosis para mantener su eficacia. Es conveniente recordar una declaración de Pío XII que conserva aún toda su validez. Un grupo de médicos le había planteado esta pregunta: ¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)? El Papa respondió: Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Sí. En este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable: simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.

Los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pío XII advierte que no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo.

El uso proporcionado de los medios terapéuticos

Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo. De hecho algunos hablan de «derecho a morir» expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiere, sino el derecho de morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana. Desde este punto de vista, el uso de los medios terapéuticos puede plantear a veces algunos problemas.

En muchos casos, la complejidad de las situaciones puede ser tal que haga surgir dudas sobre el modo de aplicar los principios de la moral. Tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas cualificadas para hablar en su nombre, o incluso de los médicos, a la luz de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso.

Cada uno tiene el deber de curarse y de hacerse curar. Los que tienen a su cuidado los enfermos deben prestarles su servicio con toda diligencia y suministrarles los remedios que consideren necesarios o útiles.

¿Pero se deberá recurrir, en todas las circunstancias, a toda clase de remedios posibles?

Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios «extraordinarios». Hoy en cambio, tal respuesta, siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios «proporcionados» y «desproporcionados». En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

Para facilitar la aplicación de estos principios generales se pueden añadir las siguientes puntualizaciones:

- A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.
- Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; estos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrán esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

- Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro.

La visión islámica

La guía dada al primer hombre, el profeta Adán hasta el último profeta Muhammad tiene un acercamiento completamente diferente a la vida.

Seguir sus principios básicos en los que sus verdaderos creyentes piensan y actúan son:¹³

1. El hombre no se ha dado vida, la vida se la ha dado Alá, el Creador.
2. Alá proporciona amor y nutrición cuidadosa a toda la existencia en el universo (incluso los seres humanos) momento a momento y da ventura para el desarrollo pleno.

“La alabanza sólo es a Alá – Señor de todos los Seres.”

El hombre es el último y más noble eslabón en el proceso de evolución creativa en la tierra. Alá ha hecho un arreglo cuidadoso y prolongado para él, creándolo. Por consiguiente el hombre no solo debe comer y beber para vivir simplemente un corto momento en la tierra y extinguirse para siempre.

¿Hay una vida de ahora en más en qué la forma presente de la vida humana desaparece para asumir un todavía la forma todavía más alta como recompensa? ¿Todos son premiados o el castigo es directamente una reacción a las propias acciones de uno?

Alá ha dado cuatro tipos de guías.

1. La primera es la Guía de los Instintos innata de la vida animal.
2. La segunda es la Guía de Sentidos que proporcionan a los animales y los seres humanos ver y oír, saborear, sentir los olores por medio del olfato.
3. El tercer tipo es el Hidayah (guía) de la Razón, una fuerza directriz proporcionada al hombre que abre para él una vista interminable de progreso.
4. La cuarta el Hidayah es la de la Revelación Divina. Es un principio sin distinción.

Los cuatro Hidayah prohíben la acción del suicidio y o del asesinato, llegan en una actitud convergente a la conclusión siguiente como se presentan en el Corán:

13. Corán.

Suicidio

Los estados del Corán:

“Ni matar o destruir, Alá ha sido Muy Misericordioso”.

Y un Hadith del Profeta Santo le cuenta a dos compañeros que estaban con tal dolor por las lesiones recibidos que perdieron el valor y se mataron. Por respeto a un compañero el Profeta Santo mencionó que Alá dijo:

“*Mi sirviente se acercó a mí y para que yo busque un paraíso ilegal para él.*” Sobre el otro, quién era un guerrero distinguido, el Profeta Santo dijo:

“A pesar de los grandes hechos desplegados por este hombre y que en un solo acto borró todos sus servicios en la causa de Alá y lo condenó al infierno.”

Por estos mensajes es evidente que el suicidio se prohíbe absolutamente en Islam.

Asesinato

La vida humana se otorga gran respeto en Islam. Los humanos son las más nobles de todas las criaturas. La vida humana es considerada inviolable, por consiguiente:

“No será tomada una vida que Alá ha hecho sagrada por ninguna causa.”

“Si un hombre mata a un Creyente intencionalmente, su recompensa es el Infierno, para morar en él (para siempre); y la ira y la maldición de Alá están en él, y un castigo terrible ha sido preparado para él”.

5. Posiciones favorables a la eutanasia

¿Se justifica la eutanasia?, Esta pregunta presupone dos cuestiones. En primer lugar, el hecho de que la eutanasia necesita ser justificada revela que casi todos los seres humanos tienen la convicción de que el matar, como práctica, deber ser rechazado. En segundo lugar, parece extraño que una persona requiera, o consienta, su propia muerte.¹⁴ Ello sobre la base de que la vida es un bien y la muerte parece ser algo malo, malo no por cualquiera de sus rasgos positivos, sino por la deseabilidad de aquello que elimina.¹⁵

La percepción que se tiene de la muerte varía según el momento de la vida en que nos encontremos:

Percepción de la muerte de un adulto intermedio: En esta edad se produce la defunción de los padres, y este hecho constituye el motivo por el cual es en esta etapa donde se instala la certeza de la muerte en nuestros corazones, en esta etapa sabemos muy adentro que de veras moriremos. Sin embargo este no es el único dato sobre su condición que recibirá en esta época; los obituarios comenzaran a llenarse con nombres conocidos, los organismos e instituciones enviaran información sobre nuestra condición y se encargará además de hacernos saber que tan aceptados seremos en el mundo en el que supuestamente nosotros (los de esta etapa) tenemos el poder. Los adultos intermedios cambian el referente de su cuenta de edad, pues ahora los días que faltan son mucho menos que los que ya han pasado. Esta sensación de límite impulsa al sujeto a buscar sacarle provecho a lo que le resta de vida, y nace un nuevo ímpetu por hacer mayores cambios en su vida. La evaluación a la que se someten será crucial en cuanto una vida satisfactoria propugna integridad y autoestima, y por el contrario la inconformidad genera desesperanza, frustración y un sentimiento de vacuidad.

Percepción de la muerte en ancianos: La muerte puede sobrevenir en cualquier etapa de la vida, sin embargo el orden natural supone que se produzca al final del ciclo completo, cuando su cercanía forma ya parte de la experiencia cotidiana. En esta edad casi la mayoría del tiempo está destinada a la solución de asuntos acerca de la muerte y están significativamente menos ansiosos que los adultos intermedios con respecto a la muerte.

Es necesario considerar que el mundo frente al cual se enfrenta el anciano es un mundo distinto, irreconocible, perturbador. Antes su mundo estaba poblado por determinadas personas que fueron muy significativas en su vida. Con el correr de los años todo eso de alguna manera, por no decir literalmente, ha desaparecido. Es probable que los problemas cotidianos de hoy le resulten algo abrumador e inexplicable. Ante esta situación uno puede entender el por qué los abuelos están cansados de la vida, y por qué es tan natural que muchas veces los inunde la tristeza.

La gran tarea del anciano es reorganizar sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte. Los problemas físicos impiden que el anciano vea las cosas de un modo alentador y placentero, al contrario, esto se suma a la lista de estímulos que lo abandonan a la muerte.

14. (Martín Diego Farrel, ob.cit.)

15. (Thomas Ángel, "Death", en Moral Problems, ed. por James Rachels, Harper and Row, New York, 1979, pag. 452.)

Cuando la persona ha construido un autoconcepto estable y satisfactorio, y cuando ha sido rodeada de amor logra concebir de manera más tranquila su propia muerte, aceptando este final natural.

Enfrentar la muerte.

La forma en que nos dispongamos frente a la muerte definirá nuestro proceso de muerte, por que ¿qué es la muerte, sino un nacer a otra cosa ? como plantea la doctora E. Kübler-Ross ; quien dice que la muerte no es más que un pasaje hacia otra forma de vida. Esta profesional de la salud supo comprender el real significado del término “salud” y lo aplicó a sus moribundos, esos tantos que lejos de ser sustancias en desecho, son verdaderos maestros de la vida, por que allí donde ésta se extingue aflora todo su esplendor, al acompañar la muerte se nos regala la belleza de la vida, cuando el último aliento adorna nuestras caras con expresiones de felicidad por que algo se ha descubierto, en nosotros mismos.

Kübler-Ross después de realizar una cantidad de estudios de campo inimaginable sobre enfermos terminales, dio a conocer la existencia de 4 etapas de la muerte y la agonía, las cuales serían:

1. **Negación:** cuando una persona se entera de que sufre una enfermedad mortal su primera reacción es la negación, aquel mecanismo de defensa que ante la evidencia nos hace decir “no, no puede ser”, esto constituye una autosugestión que implica la no aceptación de la condición, la persona se convence de que ha habido errores en los resultados de laboratorios o radiografías y cambiando de médico para obtener otra respuesta. La negación es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de toda nuestra vida en relación al tema de la muerte, y la negación parcial de ésta hasta se hace necesaria para asumir algunos riesgos, pero ante la noticia de una muerte inminente se hace total. La negación permite una tregua entre la psiquis y la realidad, le otorga el tiempo al individuo para pensar su muerte de manera más distanciada, buscando la adaptación del evento que ha asaltado su psiquismo de manera muy abrupta. La negación constituye un mecanismo de amortiguación del efecto.

Es importante destacar que la negación, a su vez, no es un fenómeno absolutamente individual, dado que nuestra cultura poco a poco ha ido negando los eventos de la muerte, no se habla de ella, los velatorios se trasladaron de la cama de la propia casa donde se era acompañado por gran cantidad de familiares y amigos, a una camilla de terapia intensiva, con restricción de visitas y con la soledad que un lugar tan descarnado como ese provoca.

2. **Ira:** cuando el enfermo acepta por fin la realidad se rebela contra ella, y nace la pregunta ¿por qué yo ? la envidia comienza a corroer el alma, que injusto es que me haya tocado a mi morir, deseos de tener la vida de los demás, su ira inunda todo a su alrededor, nada le parece bien, nada le conforma. Todo lo que ve le produce un agudo dolor, recordar su condición le inunda de odio y rencor, esta etapa se caracteriza por la negación de dios, los insultos. Su autoestima está atropellada por no ser él el elegido para permanecer con vida. Los enfermos en esta etapa necesitan expresar su rabia para librarse de ella.

3. **Pacto o negociación:** se asume la condición, pero aparece una tentativa por negociar el tiempo, se intenta hacer un trato, dado que en vida este recurso más de alguna vez lo sacó de algún apuro, aunque la realidad le indique que para eso es demasiado tarde, ej. El eterno fumador que cuando se entera que tiene cáncer promete no fumar nunca más. Los adultos en estas circunstancias se vuelven regresivos, pidiendo tiempo a cambio de buena conducta. La gran mayoría de estos pactos son secretos y sólo quienes los hacen tienen conciencia de ello.

4. **Depresión:** esta aparece cuando se tiene conciencia de que todos los pasos anteriores fracasan ante el desarrollo de la enfermedad que provoca gran invalidez, dolores u hospitalizaciones continuas. Las consecuencias psicosociales que acarrea una enfermedad catastrófica, entre ellas; decadencia física, imposibilidad de trabajar o desempeñarse en tareas habituales, problemas económicos y familiares, sensación de inutilidad y de constituir una carga innecesaria, provocan en el enfermo un estado natural de depresión. La depresión es producto de lo ya perdido, pero también un proceso de preparación ante la propia muerte. En esta etapa, es saludable para el enfermo expresar la profundidad de su angustia en vez de esconder su dolor.

5. **Aceptación:** requiere que la persona haya tenido el tiempo necesario para superar las fases anteriores. La persona ha trabajado con la muerte a través de la ansiedad y la cólera, y ha resuelto sus asuntos incompletos. A esta etapa se llega muy débil, cansado y en cierto sentido anestesiado afectivamente. En su lucha por desprenderse del mundo y de las personas prefiere estar solo, preparándose para morir, durmiendo demasiado, a lo mejor en un proceso de evaluación mnémica que es una experiencia privada y personal. El paciente ha comenzado a morir, a renunciar a su vida en paz y armonía, en esta etapa no hay ni felicidad ni dolor, solo paz, el dolor está en quienes rodean al enfermo, éste solo desea el silencio para terminar sus días con un sentimiento de paz con sigo mismo y con el mundo.

Estas etapas no se dan rigurosamente como una secuencia invariable, alguien puede morir enojado con el mundo, o sin jamás aceptar la muerte por que su amor a la vida es más fuerte que su paz interior, por lo

general quien no desea morir llegando su hora ha dejado algo pendiente, resolver sus asuntos de la mejor forma puede ser un incentivo para el buen morir.

Es así que se sabe que la vida de una persona puede resultar insoportable por el predominio en ella del dolor sobre el placer (y exigirle a una persona que soporte el martirio sería tanto como exigirle un acto de supererogación; equivaldría a exigirle que se comportara como un santo o como un héroe¹⁶.- Sea porque padece de cáncer en último grado, y sin posibilidad de que sus dolores se alivien, sea porque fue torturada y sabe que lo será de nuevo – y frecuentemente- en el futuro una persona puede desear su propia muerte. Una persona puede incluso querer poner fin, como dice, Dworkin, a una vida que está orgulloso de haber conducido.¹⁷

Todo esto es tan obvio, que si así no lo fuera el caso no habría suicidios. Pero una persona puede ser incapaz de provocar su propia muerte en forma indolora (de lo contrario se suicidaría y el problema de la eutanasia ni siquiera llegaría a surgir). Decidir el destino de una persona adulta y con inteligencia normal solo corresponde a esa misma persona. Como expresa John Stuart Mill en *Sobre la Libertad*, el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros, es su propia protección. La única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría feliz, porque en opinión de los demás hacerlo sería más acertado o más justo.¹⁸

Y, como, bien dice Woolzley, si terminar con la propia vida puede no ser dañoso, entonces terminar con la vida de otra persona puede no ser dañoso, por ejemplo, en aquellas circunstancias en las cuales la terminación de la vida del otro por él mismo no sería dañoso.¹⁹

La solución contraria implicaría una actitud paternalista hacia esa persona (“Yo se mejor que usted lo que le conviene”). Si bien el paternalismo puede ser aceptado sin dificultad en el caso de los niños o de los deficientes mentales, carece de toda justificación en los casos restantes. No obstante, el único argumento que parece estar disponible para condenar la eutanasia es el paternalismo.

Puede parecer a primera vista insuficiente que la eutanasia se justifique sobre la base de un solo argumento moral, a saber, el principio de Mill. Sin embargo, un solo argumento, si es sólido, puede perfectamente servir de fundamento moral a una institución determinada. Especialmente si se le opone también un solo argumento. Pero, además de esto, no resultaría trabajoso construir otros argumentos morales a favor de la eutanasia. Podemos tener una confianza casi absoluta en que el cálculo utilitarista justificaría la eutanasia, ya que el dolor del enfermo sobrepasaría con creces el eventual placer de los demás de verlo con vida. También el principio de Rawls acerca del derecho del individuo a disfrutar de la más amplia libertad posible, en tanto sea compatible con una libertad idéntica para los demás, puede servir como fundamento a la eutanasia. Cabe la pena destacar, que dos teorías antagónicas – como son el utilitarismo y la concepción de Rawls- conducirían en este caso particular al mismo resultado, lo cual de por sí importa un argumento adicional.

Se suelen presentar las siguientes razones en pro de la eutanasia voluntaria positiva:

- 1.- La vida de una persona que sufre de una enfermedad terminal ha venido a ser inútil para su familia, para la sociedad y para el mismo paciente. Una persona sana no debe cometer suicidio porque tiene muchos deberes para con su familia, la sociedad y su propio desarrollo. Por el contrario, una persona que sufre de una enfermedad terminal no tiene ya más deberes que cumplir, sencillamente porque se encuentra en incapacidad de hacer algo por sí misma o por los demás. Nadie saca ningún provecho de que su vida continúe, cargada como está con el peso del sufrimiento. Por tanto es razonable afirmar que tal persona se encuentra justificada para poner fin a su propia vida, por su cuenta o con la ayuda de los demás.
- 2.- Cuando uno se encuentra ante dos males, tiene que escoger el mal menor. La prolongación de un sufrimiento inútil es un mal mayor que el procurarse una muerte inmediata, que de todas maneras pronto iría a sobrevenir.
- 3.- Resulta inhumano e insensato conservar en vida a un paciente terminal cuando él ya no quiere vivir más, y una simple inyección podría poner fin a su lamentable estado, sin dolor.
- 4.- Una persona que no cree en Dios puede razonablemente concluir que el hombre es el dueño de su propia vida. En consecuencia, puede decidir libremente poner fin a su propia vida, por su cuenta o con la ayuda de otros, cuando ya no tiene más deberes que cumplir con respecto a su familia y a la sociedad.

16. (J.O. Urmson, “Saints and Heroes” en *Moral Concepts*, ed. por Joel Feinberg University Press, Oxford, 1978, págs. 60 y siguientes.)

17. (Ronald Dworkin, *What is Equality?*, *Philosophy and Public Affairs*, vol. 10, pag. 210, nº 3).

18. (John Stuart Mill, *Sobre la Libertad*, Alianza Editorial, Madrid, 1970, pag. 65).-

19. (Woolzley, “Euthanasia and the Principle of Harm”, en *Moral Problems*, cit. pag. 501).-

- 5.- La libertad del hombre para obrar no debe cohibirse a menos que haya razones convincentes de que su libertad entra en conflicto con los derechos de los demás. Ahora bien, no puede demostrarse tal conflicto en el caso del enfermo terminal. Por tanto tal persona tiene el derecho a morir como ella escoja.
- 6.- La eutanasia voluntaria positiva es un acto de delicadeza para con la propia familia y para con la sociedad, ya que el enfermo terminal decide no seguir siendo oneroso para ellos prolongando su enfermedad, con los consiguientes costos y todo el trabajo de cuidar a un paciente enfermo de gravedad. Es mejor liberar los escasos recursos médicos y financieros para que se empleen en curar a aquellas personas que pueden llevar una vida útil.
- 7.- Los creyentes sostenemos que Dios nos dio la vida. De aquí no se sigue que no podamos intervenir en ella, ya que Dios nos hizo sus admiradores. Es sensato, por tanto, pensar que Dios no quiere que suframos innecesariamente cuando podemos de manera fácil poner fin a nuestra desgracia.

Bioética

La bioética es la rama de la ética que regula la conducta de los profesionales de la salud con sus pacientes.

El médico debe actuar tratando que en sus últimos días el paciente muera con dignidad, sin importar una carga para su familia.

Sobre sus decisiones debe primar la voluntad del paciente.

La bioética tiene tres campos:

1. La relación médico paciente. El paciente no solo tiene derecho a una atención médica adecuada a su padecer sino también respecto de sus decisiones. Esta sociedad posmoderna, posindustrial y consumista ha cambiado la forma de morir.²⁰

Cuando la vida es una carga, los médicos deben desde el punto de vista ético tomar una decisión trascendental. Ayudar a morir al paciente. Los códigos de ética deben contemplar actualmente problemas como la fecundación transcorporea, la eutanasia pasiva, la anticoncepción. La genética y el "ensañamiento terapéutico".

Los comités de ética deben ser integrados por médicos designados de acuerdo a la ley que regule la colegiación profesional.

En los centros médicos, universidades y de estudios sobre la salud debe difundirse los principios de la ética aplicada.

Deben crearse comités de ética hospitalarios.

Los principios éticos deben contemplar los problemas médicos en su relación con el paciente, acorde a los avances terminológicos.

Debe sacralizarse la confidencialidad.

2. La distribución de los recursos escasos: el tercer milenio va a tener que solucionar los conflictos éticos y los criterios éticos para distribuir estos recursos, dentro de lo que son nuestros sistemas sanitarios. (Octavio Quintana Trias, Principios éticos en relación a la vida y la muerte.)
3. Las nuevas metodologías: Las nuevas técnicas ponen en cuestión conceptos tales como los de paternidad, maternidad, patrimonio genético y hereditario. El concepto de muerte viene sustancialmente alterado por las tecnologías de mantenimiento de la vida y sobre todo por las técnicas de trasplante de órganos en las que la definición del momento de muerte se hace inevitable. Hay que definir en que momento se produce la muerte.

«El concepto de muerte y todo lo relacionado con ella vienen sustancialmente alterados por las tecnologías de mantenimiento de la vida y sobre todo por las técnicas de trasplante de órganos den las que la definición del momento de muerte se hace inevitable. Cualquier definición del momento de muerte se hace arbitraria; es imposible decidir de común acuerdo en que momento se produce la muerte. Entonces lo único que podemos lograr es la realización de negociaciones con la intención de arribar a un acuerdo, y este es un problema que se ha desarrollado muchísimo con toda la problemática del trasplante.»²¹

El Dr. Mainetti sostenía que la Bioética obedece a una crisis de la vida y a una crisis de la moral. Una primera figura es la catástrofe ecológica. Otra figura consiste en que la revolución biológica se traduce en la revolución reproductiva, es decir, que la reproducción asistida es una de las grandes problemáticas de nuestro tiempo.²²

20. (Dr. Jorge Kiper, "La justicia en la sociedad que se avecina".)

21. (Octavio Quintana Trias, ob. cit.)

22. (Congreso Nacional de Ética Médica, Córdoba, 13, 14 y 15 de agosto de 1992.)

Y agregaríamos también como tercera figura el derecho al buen morir, el que lleva implícito un profundo problema ontológico y metafísico: ¿cuándo nace la vida y cuando se produce la muerte?.

¿Hay un derecho a la muerte?

Bonnie Steinbock plantea una aparente objeción contra la eutanasia. Si se fuera a reconocer el derecho a la eutanasia voluntaria, dice, tendríamos que convenir que la gente no solo tiene el derecho a ser dejada librada a sus propios medios, sino también el derecho de ser muerta.²³

Una ideología genuinamente liberal, admitirá el derecho de un individuo sobre su propio cuerpo. Va de suyo que ese derecho implica el de terminar la vida cuando ese individuo lo desee. Así, la cuestión de un individuo que padece cáncer de estómago en último grado y no puede ingerir ya alimentos por vía oral. Por esa causa no puede ingerir una sobredosis de somníferos y sus dolores resultan insoportables. Suspenderle el tratamiento significa dos o tres días terribles de agonía, lo que individuo no desea soportar. Tampoco quiere – comprensiblemente- dispararse un tiro en la boca o abrirse el estómago con un bisturí al mejor estilo de los samurai. Lo que quiere es muy simple: una sobredosis de morfina que termine con su sufrimiento. El individuo no sabe aplicar inyecciones endovenosas y tampoco sabe cual es la dosis letal. Quiere, entonces que el médico le aplique la inyección. No se ve nada contradictorio, en decir que esa persona tiene derecho a la inyección, lo cual equivale, por supuesto, al derecho a ser muerto.²⁴

Que significa tener un derecho a la muerte?. El derecho de una persona parece implicar la obligación de alguna otra persona determinada, o de la sociedad en pleno. Desde el punto de vista moral, si el paciente tiene el derecho moral a ser muerto, el médico tiene la obligación moral de proveer a esa muerte.

Un distinguido médico inglés, Lord Dawson, dijo ya en el año 1936: Se ha abierto paso gradualmente a la opinión médica, tanto como en la opinión de los legos, el sentimiento de que uno debiera hacer el acto de morir más gentil y más pacífico, incluso, si esto implica acortar la duración de la vida.²⁵

El paciente y el médico, coinciden ambos, en estas circunstancias de hecho:

1. el paciente está gravemente enfermo;
2. su enfermedad es incurable;
3. el paciente está soportando un gran dolor;
4. es imposible aliviarlo de ese dolor mediante tratamiento médico;
5. la mera interrupción del tratamiento para combatir la enfermedad ocasionaría al paciente una larga y dolorosa agonía;
6. el paciente es un adulto que está en posesión de sus facultades mentales;
7. el paciente requiere que el médico ponga término a su vida de forma indolora.

Si hay acuerdo sobre esas circunstancias fácticas, y aceptando que los deberes principales del médico consisten en restaurar la salud y aliviar el dolor de los pacientes, puedo cuestionar ahora la obligación moral del médico de acceder al pedido del paciente?.

Desde el punto de vista jurídico, la situación es ligeramente complicada. También aquí, se puede decir que el paciente podría tener derecho a ser muerto, en un sistema jurídico determinado. Pero, ¿de quien es la obligación correlativa? En este caso el derecho no sería aconsejable que le imponga al médico una obligación de este tipo. El médico en cuestión puede tener fuertes convicciones religiosas y sus principios morales pueden estar íntimamente vinculados a su religión. Estaría, pues, ese médico, frente a una tensión intolerable entre su deber jurídico y sus convicciones morales. Por esta causa, no es razonable, obligar jurídicamente al médico a provocar una muerte indolora, sino facultarlo para que así lo haga. La obligación recae en este caso en la sociedad como un todo, la cual tiene el deber de abstenerse de interferir en la relación médico – enfermo. Si un médico determinado rehúsa acceder a la solicitud del enfermo, es obvio que este podría recurrir a otro facultativo, cuyas convicciones morales fueran diferentes de las del primero.

El derecho a morir con dignidad

Señala Hottois que "la muerte ha sido reivindicada en los últimos años como un derecho contra el forcing de la supervivencia tecnológica, vale decir, como un derecho "contra" la implementación de actos médicos fútiles, la distanasia y el encarnizamiento terapéutico. Y es con ello y por ello, que se han acuñado como expresiones "muerte digna", "morir dignamente" y "derecho a morir con dignidad" o dignamente" y otras similares, todas ellas resumidas en el neologismo ortotanasia.

23. (Bonnie Steinbock, "The Intentional Termination of Life", en Killing and Letting Die, cit. pag. 72).

24. (Martín Diego Farrel, ob. cit.)

25. (Louis Blom – Cooper y Gavin Drewry, Law and Morality, A. Reader, Duckorth, London, 1976, pag. 196.)

La expresión "derecho a morir con dignidad", según Marciano Vidal no ha de entenderse como la formulación de un derecho, en el sentido preciso del ordenamiento jurídico; mas bien, tiene una referencia al universo ético, es decir, expresa una exigencia ética. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al "morir" sino a la forma del morir", siendo esto último exacto.

No cabe malinterpretar este derecho, comprendiéndolo incorrectamente como un supuesto derecho a la eutanasia, ni como un eufemismo para encubrir a esta última, o bien, como el "derecho" a cometer suicidio sea o no "medicamente asistido" - en suma, como un "derecho" a procurar o procurarse la propia muerte.²⁶

El derecho del hombre a morir dignamente supone una serie de exigencias que han de ser realizadas sobre todo por parte de la sociedad, pudiendo señalarse las siguientes:

1. Atención al moribundo con todos los medios que posee, actualmente la ciencia médica: para aliviar su dolor y prolongar su vida humana;
2. No privar al moribundo del morir en cuanto acción personal: el morir es la suprema acción del hombre;
3. Liberar a la muerte del ocultamiento a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad;
4. Organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitario;
5. Favorecer la vivencia del misterio humano religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial;
6. Pertenece al contenido del derecho a morir humanamente; el proporcionar al moribundo todos los remedios oportunos para calmar el dolor; aunque ese tipo de terapia suponga una abreviación de la vida y sume al moribundo en un estado de inconsciencia. Sin embargo, no se le puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte, de hacerse la pregunta radical de su existencia, de la libertad de optar por vivir lúcidamente aunque sea con dolores, etc.

En consecuencia, puede decirse – con Lopez Azpitarte- que hay que aprender a dejar morir en paz, sin que ese momento se dificulte aun más con métodos y actuaciones que no tienen ya ningún sentido terapéutico. El derecho a morir con dignidad se defiende hoy como uno más de los que el hombre puede exigir.

De allí que ahora quepa preguntarse si esa exigencia ética ortotanasica atinente a la forma del morir puede ser entendida –y, por consiguiente, actuada- como un derecho en sentido propiamente jurídico.

Al respecto, si se entiende que la primera y principal significación de este polisémico (mejor aun, análogo) término es –según su concepto clásico- "aquello que es justo", esto es un bien o un valor a determinar prudencialmente en cada caso concreto atendiendo a la realidad de personas y circunstancias, en razón de lo que el recto orden social exige en cada caso tal, y que en cuanto tal, es pasible de programación legal genérica y de determinación negocial (acuerdo de partes interesadas) o jurisprudencial (vía sentencia, constitutiva de la norma particular del caso, aun lograda por auténticas razones de equidad) específica, no se duda en afirmar que dicho imperativo ético reviste plena juridicidad, tal como lo corrobora una serie de sentencias dictadas por diversos órganos jurisdiccionales argentinos que, sin norma legal específica y con correctos fundamentos, atendiendo a la realidad jurídica – que es una realidad social- de los casos planteados y de conformidad con una adecuada lógica judicial y con una buena hermenéutica jurídica, contestes con los parámetros filosóficos de un correcto desempeño de la judicatura y con los tiempos terapéuticos – que no son tiempos abstractos, sino tiempos de oportunidad para algo (en estos casos para la debida atención de enfermos murientes)-, concedieron pretorianamente la suspensión de la prisión preventiva y consiguiente puesta en libertad ambulatoria de los procesados –recluidos en instituciones penitenciarias- que presentaban cuadros avanzados de SIDA con diversas enfermedades marcadoras en estadio terminal, señalándose en uno de estos casos el deber de liberar al recluso "ante la irreversibilidad del cuadro que presenta (...) para que pudiera morir con la dignidad que le corresponde por el hecho de ser humano".

Por lo tanto, y en definitiva, se trata del derecho con el que cuenta todo ser humano para elegir o exigir, para sí o para otra persona a su cargo, una muerte digna, en términos ortotanasicos.

Consentimiento informado

Entendemos que la debida protección a la dignidad, autodeterminación y preferencias del paciente –a fin de evitarle un frenético "asalto tecnologico" al final de su vida-, así como también de quienes, de tratarse de un paciente incompetente, deban decidir a su respecto, y por supuesto, de los médicos – a fin de aventar al siniestro fantasma de la mala praxis y afines-, puede lograrse mediante la adecuada instrumentación de un auténtico consentimiento informado (CI) – expresión concreta del principio bioético de autonomía-, caracterizándolo como un recaudo previo a cualquier tratamiento o intervención biomédica, comprensivo de dos exigencias básicas –debida información y libre adhesión- que se desdoblán conformando cuatro elementos:

26. (Luis Guillermo Blanco, "Muerte digna – Consideraciones bioéticas jurídicas.")

revelación (adecuada y veraz) de la información, comprensión de la información, consentimiento voluntario y competencia (capacidad) para consentir, señalando luego, que, sin inferencia indebida alguna, cabe considerarlo como un acto jurídico efectuado dentro de un marco clínico, y agregando a que es dable obtener CI para fijar opciones terapéuticas ortotanasicas, así como también en medicina intensiva, existiendo –v.gr. en España- formularios al efecto, en los que, en otros aspectos, se detallan los riesgos más frecuentes y/o graves que pueden resultar de las medidas de soporte vital.²⁷

Por supuesto, la implementación de formularios de CI no debe burocratizarse, menoscabando al adecuado proceso de toma de decisión que aquel importa, máxime si con aquello tan solo se pretendiese obtener un vulgar respaldo legal (prueba legal preconstituida) ante eventuales juicios por mala praxis, todo lo que haría peligrar su esencial fundamento ético, dado que, siendo el CI un proceso comunicacional complejo en el cual la revelación de la información juega un papel fundamental, la simple rubrica de formularios tales (“consentimiento firmado”) no asegura una decisión esclarecida del paciente, pues –como bien se ha dicho– “el hecho de que se firme un papel de consentimiento informado no resuelve el problema ético alguno, simplemente se está diciendo que uno se dio por enterado de “algo” y en alguna “medida”.

El estado vegetativo persistente

Los afectados de lesiones cerebrales graves, que tienen destruida su corteza cerebral y no pueden recobrar su actitud cognoscitiva. No muestran respuestas motoras discretas de localización, no pronuncian palabras comprensibles ni obedecen ordenes verbales. Duermen, se despiertan, es decir abren los ojos, mantienen controles respiratorios y niveles de presión. Su afección patológica los lleva inexorablemente a la muerte.²⁸

El diagnóstico de este estado es atrofia cervical.

Si esta situación dura un mes el paciente entra en estado vegetativo persistente, cuyas características son las siguientes: estado de inconciencia prolongada, vida vegetativa prolongada, muerte neocortical, síndrome apalico, mutismo aquinetico, coma vigíl.

Según Hooft, en el año 1990 había en los Estados Unidos diez mil pacientes en ese estado, con tratamiento de sostén artificial de las funciones vitales.

El primer caso donde se solicitara la suspensión de los procedimientos de prolongación de la vida fue el de Nancy Cruzan, llegando a los estrados del máximo tribunal federal de los Estados Unidos.

La Corte desestimó el pedido sosteniendo que los padres o tenían derecho a ordenar la finalización del tratamiento médico, considerando que nadie puede asumir la elección por el incapaz. También consideró que no estaba probado el deseo de Nancy Cruzan, cuando estaba lúcida, que en un caso así optaría por la prolongación del tratamiento. Consideró que la declaración de su amiga no era seria.

Si bien todo ser humano puede solicitar la suspensión del tratamiento, no lo pueden hacer terceros en su nombre, si fehacientemente no se encuentra probado que la posición del incapaz hubiere sido en su momento de capacidad partidario de la suspensión de los tratamientos de prolongación, en este caso de nutrición e hidratación artificial.

El accidente fue en 1983 y la sentencia en 1990. Desde el accidente hasta la fecha de la sentencia no había recuperado el conocimiento.

Consideró la Corte que una persona en la situación de Nancy Cruzan, tiene “un derecho fundamental bajo el Estado y la Constitución Federales para rechazar o requerir el retiro de procedimientos de prolongación de la vida”.

«Sin embargo, al pronunciarse acerca de la validez constitucional del Statute Living Will, de Missouri, que consagra un sistema fuertemente favorable a la preservación de la vida frente a la inexistencia de una manifestación de voluntad anterior de la paciente, absolutamente inequívoca (en el sentido de “querer morir” en una situación como en la que ahora se encuentra), la mayoría entendió que los padres de Nancy Cruzan no se hallaban legalmente habilitados para requerir la interrupción del soporte vital. Sostuvo en ese sentido que:

«...La constitución de los Estado Unidos no prohíbe a Missouri a requerir esa evidencia del deseo del incapaz para que el retiro del tratamiento de sostén de vida se encuentre probado mediante elementos claros y convincentes...”

Según el doctor Rehnquist, presidente de la Corte de los Estados Unidos, la doctrina del consentimiento informado, con sustento en la Enmienda XIV, nadie puede ser privado de su vida, libertad y propiedad; sin embargo, el Estado de Missouri tiene el derecho de exigir que esté acreditada la voluntad de la paciente con

27. (Blanco Luis G.: Bioética: Proyecciones y aplicaciones jurídicas, ED 158-932).

28. (Pedro Federico Hooft y Jorge Luis Manzini, “El caso Cruzan: ¿eutanasia, ortotanasia o encarnizamiento terapéutico?, en El estado vegetativo persistente y los tratamientos de soporte vital: interrogantes éticos y jurídicos, pag. 947).

anterioridad, frente a la petición de familiares cercanos (subrogantes) respecto de la suspensión de la nutrición e hidratación artificial en el caso de una persona en estado vegetativo persistente, puesto que aquí podría existir una discordancia entre la opinión del paciente y la de sus «guardianes».

La minoría, mediante el voto del Dr., Brennan, sostuvo, «que la tecnología médica ha creado una zona oscura, donde por momentos se confunden los límites entre la vida y la muerte, una situación, frente a la que algunos pacientes expresan que no desean una vida sustentada en esa tecnología médica...», prefiriendo en cambio que se «...respete el curso de la naturaleza para poder morir con dignidad...», Nancy Cruzan –dijo– posee un derecho fundamental de verse libre de un tratamiento de soporte vital no deseado, "...ella está facultada para elegir morir con dignidad, derecho que le ha sido negado por la decisión de la Corte (de Missouri).

Si la propia Suprema Corte – agrega Brennan– reconoce el derecho fundamental de rehusar un tratamiento médico y, si no existe diferencia sustancial entre el tratamiento de sostén al que se halla sometida Nancy Cruzan y otro tipo de tratamiento, el hecho de que la nombrada sea ahora «incompetente», «...no la priva de sus derechos fundamentales». Ese derecho de verse libre de tratamientos médicos no deseados, es un derecho –añade– que lleva a evaluar el potencial benéfico del tratamiento en cuestión, frente a sus posibles consecuencias, según nuestros propios valores, en función de una decisión personal. En el estado que está Nancy Cruzan, el sostén vital no le ofrece beneficio alguno. Todo tratamiento médico debe ser analizado desde la óptica del beneficio potencial para el paciente, y por ende acceder al pedido de los padres de Nancy Cruzan (ob.citada).

La Corte de Apelaciones norteamericana en el caso Barber sostuvo que había que determinar que nivel de tratamiento es proporcional para la situación actual de un paciente determinado, entendiendo por tal aquel que le brinda un beneficio que justifique la carga impuesta al paciente, a sus familiares o a terceros, contraponiéndolo al tratamiento «desproporcionado».

Hay cuatro niveles de tratamiento:

1. Resucitación.
2. Terapia intensiva y soporte vital avanzado.
3. Tratamiento médico general incluyendo antibióticos, drogas diversas, cirugía, quimioterapia, antineoplásica, nutrición e hidratación artificiales, oxigenoterapia y
4. Cuidado general de enfermería o esfuerzo para el control de síntomas incluyendo alivio del dolor, e hidratación y nutrición de acuerdo con la sed y el hambre del paciente. (ob. Citada)

En los estados vegetativos, la alimentación y la hidratación, soportes vitales básicos, no producen ningún efecto ya que el paciente no tiene hambre ni sed.

El art. 23 de la Ley 24.193 establece:

«El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir interrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta:

- a. Ausencia irreversible de respuesta cerebral con pérdida absoluta de conciencia.
- b. Ausencia de respiración espontánea.
- c. Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas.
- d. Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nomina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

La verificación de los signos referidos en el inciso d, no será necesario en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible...

Esta ley modificó la Ley Nacional 21.541 de trasplante de órganos que en su artículo 21 establecía: "que la muerte se determina por el cese total e irreversible de las funciones cerebrales" completándola y determinando las situaciones en las cuales debe presumirse la muerte.

Testamentos vitales

Un testamento vital es un documento con directrices anticipadas que realiza una persona en situación de lucidez mental para que sea tenido en cuenta cuando, a causa de una enfermedad, ya no le sea posible expresar su voluntad. Lo que se sostiene como derecho en este tipo de documentos es la «**muerte digna**», en lo que concierne e involucra a la asistencia y tratamiento médico a practicarse sobre un paciente que se encuentra bajo una condición física o mental incurable o irreversible y sin expectativas de curación.²⁹

29. (Luis Guillermo Blanco, ob.cit.)

En general, las instrucciones de estos testamentos se aplican sobre una condición terminal, bajo un estado permanente de inconsciencia o sobre un daño cerebral irreversible que, más allá de la conciencia, no posibilite que la persona recupere la capacidad para tomar decisiones y expresar sus deseos en el futuro. Es allí donde un testamento vital insta a que el tratamiento a practicarse se limite a las medidas necesarias para mantener confortable, lúcido, aliviando del dolor (incluyendo los que puedan ocurrir como consecuencia de la suspensión o interrupción del tratamiento).

Muchas son las opiniones, convicciones, los adeptos y los detractores de los testamentos vitales. La discusión por la validez, la ética y la necesidad de una legislación para la existencia y la aceptación o no de un testamento vital es un tema irresuelto en Argentina.

Desde la sociedad y hasta el plano legislativo la respuesta al tema de “la muerte digna” no ha sido concreta ni definitiva. El tema llegó a ser tratado por el Congreso Nacional, en donde hubo un proyecto de ley al respecto que obtuvo una media sanción. Sin embargo no se continuó avanzando en el tema.

Existen algunas organizaciones, entre ellas la llamada Niketana, presidida por el doctor Hugo Dopaso – médico que ha escrito libros como El Buen Morir- que sostienen la necesidad de respetar los deseos individuales en cuanto a los derechos de las personas en los últimos tramos de sus vidas-. Hay corrientes religiosas que también entienden que el acompañamiento y la dignidad deben ser derechos de todo paciente terminal.

Sin embargo, también existen muchas posiciones que entienden que nadie puede decidir sobre la vida o muerte y menos aún saber, en muchos casos, las posibilidades de una persona cuando enfrenta una enfermedad, por más grave que esta sea.

Al día de hoy, mucha gente de manera individual, o colectivamente ha redactado y firmado sus manifiestos y lo han comunicado a su familias, a sus personas allegadas o a las instituciones que sostienen este derecho. De allí en más, llegado el caso, el testamento no representará un deseo legalmente avalado, por lo que las personas involucradas –profesionales médicos, familiares, autoridades- deberán decidir a conciencia los alcances de su aceptación o no.

Filosóficamente se discuten la trascendencia y los posibles conceptos en el contexto de una distinción entre muerte y fallecimiento, sobre el significado de la vida o la continuación de la misma sin “calidad”, o prolongación del proceso de muerte.

Como hemos dicho ut supra, eutanasia activa incumbe a la acción de quitar la vida de manera artificial a un paciente que no moriría por medios naturales, en tanto que eutanasia pasiva corresponde a la muerte por la no-aplicación de tratamientos médicos ante una patología que, de no ser asistida, provocaría la muerte del afectado. Aquellos que sostienen la validez y necesidad de respetar un testamento vital consideran que la eutanasia pasiva no es más que dejar a la naturaleza hacer lo que la medicina no puede remediar.

La apelación al testamento vital es una mera petición de principio, pues lo que se discute es si la eutanasia es admisible o reprobable independientemente de la opinión del interesado, sosteniendo que en cualquier caso se trata de “provocar un suicidio”.

Se ha dicho que la medicina moderna es cada vez más capaz de prolongar la vida, pero está poco preparada para tratar humanamente al enfermo terminal. De ahí la repercusión de recurrir al expediente de la eutanasia, como garantía de una muerte digna ante el peligro del “ensañamiento” terapéutico. Es verdad que algunas veces puede dar la impresión de que los médicos, con sus tratamientos infinitos, pretenden sólo prolongar la agonía.

Diferencia entre homicidio eutanásico, piadoso y consentido. Diferencia con el suicidio

El tema de la Eutanasia nos lleva -en el terreno penal y criminológico- a enfrentarnos con una situación que escapa a los parámetros comunes de un homicidio.

Desde el punto de vista criminológico, en la eutanasia el sujeto pasivo (a quien se le da muerte -víctima-) reviste singular importancia, por lo que resulta necesario plantearnos el estudio de los roles del victimario y de la víctima en esta figura.

Para ello acudiremos a la victimología, disciplina que consiste en el estudio científico de la víctima. La víctima puede constituirse en el factor desencadenante en la etiología del crimen y asumir -en ciertos hechos y circunstancias- un rol de acompañamiento que integra al delito.

Lo que aspira la victimología es a visualizar que en la determinación delictiva en que siempre hay víctimas, es preciso perseguir y estudiar sus rasgos, características, comportamiento y conducta, para relacionarlos directamente con el obrar delictuoso. Un estudio de la criminogénesis no puede ser relevante y serio sino se tiene en cuenta el papel jugado por la víctima y en qué medida ella ha contribuido -consciente, inconsciente o subconscientemente- al acto. De modo que, así como en criminología se habla del estudio físico, psíquico y social del delincuente, también habrá que estudiar, en principio, similares aspectos del ofendido y ver entonces el desenvolvimiento del suceso delictual como un todo.

La conducta de la víctima es relevante en múltiples sentidos. Se manifiesta tanto en las relaciones con el delincuente, el hecho y el movimiento de la criminalidad, como también en los que se refieren al control del delito, la política jurídica y, finalmente, la investigación criminológica.

Mendelshon se refiere a la **pareja penal**, que debe ser distinguida de lo que el italiano Sighele denominaba **pareja delincuente**. En ésta, existe mutuo y pleno consenso en la armonía delictiva en que dos personas, caracterizadas como íncubo y súcubo en el lenguaje psicoanalítico, realizan un crimen. Es la comisión del delito en que dos están de acuerdo.

La **pareja penal** no es armónica sino contrapuesta. Suele comenzar siendo armónica -como en la estafa- pero lo que interesa al delincuente -fundamentalmente- es causar, al final, esa desarmonía que determina y destaca los roles a que estaban destinados en el acto delictual: victimario y víctima.

En la **pareja delincuente** se actúa por las claras y determinantes sugerencias del íncubo-dominante al súcubo-dominado. Esta suerte de dialéctica de la pareja engendra y reditúa comportamientos antijurídicos conjuntos. Hay casos en que la relación es poco clara, ya que resulta difícil determinar si el acto se consumó por una **pareja delincuente** o bien por una **pareja penal**. Por ejemplo: en la instigación al suicidio, puede suponerse el caso en que tanto el criminal como la víctima tengan similares responsabilidades. Habrá que determinar quién fue el instigador (íncubo) y quién el instigado (súcubo). En estos casos, tiene singular importancia criminológica el instinto tanático: el interés o deseo de morir.

El estudio de las relaciones interpersonales implica un juego de subjetivismos que interesa profundamente al criminólogo. Y también al jurista, porque cabría advertir que en ambos polos de la pareja existe una doble personalidad: se es víctima y victimario.

En la clasificación de las víctimas que realiza Mendelshon, se señala el caso de la víctima tan culpable como el infractor o "víctima voluntaria". Este sería el caso -entre otros- de la eutanasia, en que la víctima sufre de una enfermedad incurable (o ha tenido un accidente gravísimo aislado de toda posibilidad médica) y, no pudiendo soportar los dolores, implora que se le ayude a morir. Mendelshon acota que en estos casos la víctima es tan o más responsable que el autor.

Sin embargo, siempre debería despuntar un análisis lógico crítico de los hechos. Supongamos un médico que progresivamente va señalando a su paciente que no tiene remedio y que por lo tanto no le queda otra posibilidad que morir, hasta que el enfermo le solicita la inyección letal. En este caso cabría una clara instigación y ya no se trataría de la víctima suplicadora que por su propia voluntad y ante sus crueles padecimientos, solicita desesperadamente la muerte. Para graduar certeramente la actividad del agredido en la ocasión, es imprescindible efectuar una investigación previa y determinar frente a qué tipo de pareja situarnos.

Estas observaciones conducen directamente al problema de la legitimidad de la eutanasia, y de su relación con las figuras delictivas de la instigación y ayuda al suicidio y del homicidio piadoso.

En una primera aproximación penal a la figura de la eutanasia, debemos tratar la figura delictiva de la **instigación y ayuda al suicidio**.

El art. 83 CP pune con prisión de 1 a 4 años al que "instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado".

La **instigación** se concibe aquí como la acción por medio de la cual el agente trata de persuadir a un sujeto de que se dé muerte a sí mismo.

La acción destinada a convencer a la víctima puede adoptar cualquier forma que no implique eliminar la voluntariedad de aquélla en la decisión de darse muerte (consejos, promesas), o que no suplante esa voluntad de modo principal por la del agente (mandato, orden) y expresarse por cualquier medio: escrito, verbal, simbólico; hasta puede adquirir la forma de actos realizados directa o indirectamente sobre la víctima, intencionalmente dirigidos a que tome la determinación de darse muerte (prolongados malos tratos infligidos para producir sufrimientos morales, etc.). Se requiere **decidir** al otro a suicidarse, por lo cual no son suficientes para incurrir en delito la incitación, proposición o provocación -que pueden ser rechazadas- como tampoco las bromas.

La expresión **ayuda** está tomada en el sentido de **cooperación material** al hecho del suicidio del tercero, cualquiera sea su especie o calidad.

La diferencia entre esta ayuda y el homicidio, está en la circunstancia de que en ella el agente no debe haber realizado actos materiales sobre el cuerpo de la víctima que importen la acción de matar, pues entonces se trataría de un homicidio consentido, punible de conformidad con el art. 79 CP (sería ayuda al suicidio la que se presta al suicida para colocarse el nudo corredizo, pero comete homicidio el que corre el banco sobre el cual se apoyaba para que cuelgue).

Se tiene que tratar de actos materiales, aunque la prestación de ayuda no implique, necesariamente, actuar con los medios instrumentales del suicidio; por ejemplo: constituirá ayuda enseñar a quien tiene la determinación de matarse, el procedimiento más seguramente letal, indicándole -por ejemplo- el veneno

adecuado, el lugar donde tiene que aplicarse el arma, etc. Por supuesto, que también ayuda el que interviene en el procedimiento suicida, en cuanto no se trate de una intervención que lo convierta en autor de la muerte, como sería el caso de quien vigilara para impedir la intervención de terceros que podrían evitar el suicidio.

En todos los casos, es necesario que el suicidio se consuma o se tiene, para que el accionar desplegado o la omisión, adquieran relevancia a los efectos penales.

Como podemos apreciar, el concepto de eutanasia no implica la **ayuda o instigación** al suicidio -en el sentido técnico explicado- sino que nos coloca ante la situación más grave de quien ejecuta la muerte de un tercero a su pedido (o de sus familiares), esto es, un homicidio consentido (art. 79 CP "el que matare a otro").

El núcleo de la figura del **homicidio-suicidio** u **homicidio-consentido** es la decisión suicida, la conducta del que ejecuta la muerte es sólo instrumento de la voluntad de quien desea extinguir su propia vida.

En esta figura, el sujeto activo quiere ayudar a otro para que se suicide, llegando esa ayuda hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte. Se aprecia que en el **homicidio-suicidio** la conducta ejecutiva sirve a la voluntad ajena, su voluntad es el privar de la vida a otro individuo con el consentimiento de éste.

Conforme Enrico Ferri, el **homicidio-suicidio** (suicidio indirecto) puede revestir dos formas: una que se da con mucha rareza y que cae en la esfera propia de las psicopatologías, y consiste en el homicidio cometido con el solo objeto de sufrir la pena de muerte. Otra, que va apareciendo cada día con más frecuencia y que escapa a los límites de la psiquiatría, consiste en la muerte o en la ayuda que pide y obtiene de otro, quien no posee fuerzas físicas o morales suficientes para darse la muerte a sí mismo. Y es esta última la que da lugar al problema de si es responsable jurídicamente el que facilita o realiza el homicidio con el consentimiento de la víctima y hasta qué punto alcanza dicha responsabilidad.

Resulta difícil admitir la existencia del **homicidio-suicidio**, pero hay casos en que por la imposibilidad física o moral de la víctima, dominada por el miedo o la cobardía, ésta se ve obligada a pedir a un tercero que tenga la fuerza suficiente que a ella le falta, y le dé muerte. Hay entonces tan sólo una tonalidad de diferencia entre el homicidio eutanásico y el homicidio consentido. En ambos, la víctima consiente su muerte; en ambos es un tercero el que da muerte a la víctima, pero la diferencia está en los motivos específicos del **homicidio eutanásico** con respecto al **homicidio consentido**. Digo específicos, porque en éste también el autor puede dar muerte a la víctima por piedad, pero el eutanásico exige siempre el motivo piadoso y que la víctima esté irremisiblemente condenada a morir y sufra dolores insoportables.

Es por ello, que esta conducta se ha asimilado al **homicidio piadoso**, es decir, aquél en el que el sujeto mata llevado por un sentimiento de piedad, para acabar con los sufrimientos de la víctima, puede ejecutarse aún **contra la voluntad** del sujeto pasivo, ya que lo relevante en el mismo es el móvil con el cual actúa el sujeto activo.

Enrico Ferri ha dicho que «el que da muerte a otro con su consentimiento no es jurídicamente responsable si ha sido determinado a la acción no sólo por el consentimiento de la víctima sino por un motivo moral, social y legítimo; en cambio, será jurídicamente responsable si ese motivo en su acción es inmoral, antisocial y antijurídico».

6. Posiciones contrarias a la eutanasia

La tradición occidental y la filosofía teísta se han manifestado contra la muerte directa de uno mismo, sea solo, sea con la ayuda de los demás. La razón principal en favor de esta posición es el que Dios posee el dominio directo sobre la vida humana. Somos administradores de nuestra propia vida pero no sus propietarios. Así como no podemos decidir el comienzo de nuestra propia vida, tampoco nos es lícito determinar su final.

¿Qué razón puede aducir una persona a su médico para solicitarle que ponga fin a su vida? Tal razón puede ser la liberación del dolor, ya que el hombre posee un deseo natural de vivir y, precisamente, de vivir sin dolor y sin desgracia. Pero no resulta prudente ni sabio cortar el dolor poniendo fin a la vida. Sería una intervención más razonable tratar de aliviar el dolor más bien que matar al paciente. Por fortuna la medicina moderna es muy eficaz para calmar el dolor. Supuesto que es posible mitigar el dolor, parece ser más digno del hombre hacer esto que administrar al paciente una inyección mortal.

Cuando hablamos de eutanasia voluntaria se presume que el paciente solicita libremente la muerte. Para evitar cualquier engaño o mala interpretación, la solicitud del enfermo debe obtenerse por escrito y con la firma en presencia de testigos. ¿Se encuentra un paciente, debilitado por una enfermedad terminal, de hecho en capacidad de valorar su propia situación y de hacer una petición con una mente lúcida? ¿Cómo pueden los testigos dar testimonio de que el enfermo hizo la solicitud de su propia muerte con mente sana

y recta? Por tanto, existe el problema de la libertad en la toma de decisión ¿Se pueden eliminar las presiones?. La posibilidad de abuso no es imaginaria sino muy real, dados los encontrados intereses financieros y de otros órdenes, de la familia del paciente y de la sociedad.

Además, debe determinarse el tiempo exacto para la aplicación de la inyección mortal. Esto se parece mucho a una ejecución. La mayoría de los países acabaron con la pena de muerte porque es una forma muy inhumana de castigo. Es cosa cruel anunciar a una persona la hora exacta de su muerte.

Muchos Estados norteamericanos han aprobado leyes que determinan la ejecución de la pena de muerte por medio de una inyección. Admitiendo que existe una diferencia entre ejecutar a un criminal y dar la muerte a un enfermo, con todo las deshumanizantes y horripilantes circunstancias de la ejecución y de la eutanasia son las mismas.

Se plantea, asimismo, el siguiente dilema: ¿quién va a aplicar la inyección mortal? ¿Van los médicos a aceptar el papel de administrar la muerte en vez de la curación?. Para quien va a aplicar la inyección no se requiere que sea médico, ya que el sencillo procedimiento puede ser aprendido por cualquiera, ¿Va entonces a existir una nueva profesión cuya tarea va a consistir- en dar la muerte, exactamente igual a los ejecutores de la pena de muerte que reciben una paga por su “servicio”.

Teniendo en cuenta todas las circunstancias, la eutanasia voluntaria positiva es dehumanizante. No es un, “morir con dignidad”, la posibilidad de abusos relacionados con la legalización de la eutanasia podría aumentar el temor de los ancianos de que una enfermedad grave es una ocasión que se presenta a la familia o a las autoridades para despacharlos de este mundo. Está mucho más en conformidad con la dignidad humana dejar que la naturaleza siga su curso y aceptar la muerte cuando venga a través de factores que no caen bajo el control humano.³⁰

Organizaciones dedicadas a denostar los argumentos a favor de la eutanasia afirman que:

- La muerte es un “morir en el Señor”. Dios es el Dios de la vida y de la muerte. La tradición occidental y la filosofía cristiana han manifestado que Dios posee el dominio directo sobre la vida humana. El hombre es administrador de su propia vida, no su propietario. No puede decidir el comienzo de su vida, tampoco le es lícito determinar su final.³¹
- Human Life Internacional defiende la sacralidad de la vida humana y la dignidad concedida por Dios a cada individuo.
- El Catecismo de la Iglesia Católica considera “moralmente inaceptable” a la eutanasia. En el se sostiene que tanto una acción o una omisión que, provoque la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respecto del Dios vivo, su creador.
- Los promotores de la eutanasia plantean alternativas extremas: o le aplicamos la eutanasia al enfermo, o morirá irremediamente lleno de dolor. No consideran que una tercera vía ha de ser la de aplicar al enfermo en forma adecuada calmantes y analgésicos que la misma medicina proporciona.
- Diferencian entre un criterio pro-vida de la “dignidad de la vida humana” y un criterio anti-vida de la “calidad de vida humana”, argumentando que nunca debe eliminarse una vida humana inocente simplemente porque su calidad ha disminuido. La “realidad” de la dignidad de la vida humana nunca disminuye, no importa que condición se encuentre, ya que la dignidad o valor de la persona humana es intrínseco y absoluto.
- “...Ante el dolor de un enfermo terminal, no estamos obligados a utilizar o mantener el uso de “medios desproporcionados”...No tenemos por qué ni debemos matar al enfermo ni dejarlo sufrir indefinidamente. La eutanasia y el suicidio asistido constituyen una hipocresía y una falsa compasión...”
- “Los que promueven la eutanasia y el suicidio asistido hablan del derecho a morir. En realidad todos nos vamos a morir, de manera que no hace falta inventar un “derecho” para ello, la naturaleza, queramos o no se encargará de que nos muramos...”
- “...Es evidente que a la hora de predecir el futuro de aquellos pacientes a quienes se les considera en “estado vegetativo persistente”, no hay plena seguridad de que no se van a recuperar. Es evidente también que los motivos principales de muchos profesionales de la salud es ahorrar recursos médicos y controlar los costos, no el salvar o mejorar las vidas humanas.

La eutanasia como método para controlar el crecimiento demográfico

La Doctrina de la Seguridad y Control Demográficos ha pasado a integrar uno de los capítulos medulares de la política internacional de globalización, y ocupa buena parte de los foros y documentos internacionales.

La realidad ha demostrado que las únicas herramientas para controlar compulsivamente y en forma exitosa el crecimiento demográfico, han resultado ser:³²

30. (Luis Guillermo Blanco, ob. cit.).

31. (Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe).

32. (Dra. Liliana A. Matozzo de Romualdi – Publicado en el Derecho, N° 9071, del 27 de agosto de 1996.-)

1. La esterilización
2. La anticoncepción libre
3. El aborto
4. La manipulación genética
5. La eutanasia
6. Terrorismo ecológico

La educación para la procreación responsable no es tomada en cuenta por el primer mundo, las Naciones Unidas y las agencias internacionales, como medio idóneo de control demográfico, porque todo acto educativo supone una base de reflexión, y esta reflexión podrá derivar en el cuestionamiento de las políticas que pretenden ser impuestas.

De modo que, los cinco procedimientos enunciados suelen ser, con todas las variantes que cada uno de ellos contempla, los habitualmente empleados a escala internacional.

Respecto de la eutanasia, se ha sostenido que nunca podrá ser una “cuestión de elección”.

Los partidarios de la eutanasia alegan que ha aumentado dramáticamente estos últimos años, el interés popular en la muerte y en cómo morir.

Casi está en los planes de cualquier ciudadano de medio pelo, adquirir un condominio en un parque privado para su descanso eterno, contratar un seguro médico para cuidados paliativos, pensar de qué manera le gustará poner fin a su vida, cremar o no su cadáver, contratar el funeral, la música, etc.

Lo cierto es que la mayoría de la gente, sigue naciendo y muriendo sin preguntarse para qué, ni porqué. Y a muchos no les interesa si quiera dónde irá a parar su alma, ni dejar alguna obra para su memoria.

Han aparecido libros, artículos, películas, documentales, etc. Pero ésto no es porque aumentó el interés de la gente en la muerte, sino porque esta campaña también forma parte de la “colonización ideológica”.

A fuerza de exhibir ciertos argumentos, la gente termina creyéndolos y aceptándolos como necesarios.

Tal como sucede con la sociedad de consumo. Muy pronto aparecerá alguna publicidad que muestre algún familiar relajándose muy feliz porque acaba de firmar la autorización para eutanasiar a su pariente enfermo.

A pesar que se pretenda mostrar a la eutanasia como aplicable sólo a los ancianos incurables y sufrientes, en realidad, se la postula como un medio de limpieza y control demográficos. Esto es, aplicable a neonatos deformes, enfermos mentales, discapacitados, ancianos sanos y enfermos, incurables o no.

En 1986, la Asociación Médica Americana, estableció que “es éticamente permisible para los doctores, interrumpir todo tratamiento de prolongación de la vida, incluyendo la alimentación artificial e hidratación, en pacientes en coma irreversible, aún si la muerte no es inminente, tanto como en pacientes moribundos”.

El aparato productivo del mundo desarrollado y del nuevo orden internacional está tan estrechamente articulado, que nada puede salir o entrar de él sin que sea apto para producir o recambiar al productor/trabajador.

Deben nacer sólo los niños necesarios para efectuar el recambio en el aparato productivo, sin generar mayores gastos en el presupuesto general de cada país.

Los sistemas sanitarios y previsionales han colapsado en casi todos los países del mundo.

Si no nace gente, no hay trabajadores activos para aportar el dinero suficiente para sostener el sistema sanitario y previsional para atender enfermos, discapacitados y ancianos, convirtiéndose estos últimos en un “lastre” para las economías.

Diferir fondos hacia para la atención de ese “lastre” resulta totalmente improductivo, razón por la cual, la eutanasia aparece como la herramienta ideal para mantener el equilibrio presupuestario de las economías.

¿Cómo se evita la reacción en contra? Esgrimiendo argumentos interesantes que convenzan a las personas de la utilidad y beneficios que obtendrán de ello. Si la gente consiente esta nueva forma de violencia física, el discurso ideológico habrá sido absorbido y los intereses del dominador habrán triunfado.

Michel Schooyans en su “Contracepción” de 1993 expresa con acierto que: “Como Marx reveló en la Ideología Alemana, el derecho interviene como una superestructura de falsedades, que deforma la realidad, dando de ella una imagen invertida. Sólo es una superestructura ideológica que oculta la identidad de los que la han construido y sus intenciones dominadoras. Ese derecho no es más que un pseudo-derecho, pues está al servicio de la violencia que los médicos ejercen en favor de los autores de ideologías y de sus intereses y lo que es más, la violencia física ejercida por la medicina se inscribe en el contexto global de la violencia que resulta de las estructuras mismas de la sociedad, violencia “legitimada” a su vez por la ideología que se esconde tras la máscara del derecho.”

El Santo Padre en *Evangelium Vitae*, cap. 73. estableció que: “Así pues, el aborto y la eutanasia son crímenes que ninguna ley humana puede pretender legitimar. Leyes de este tipo no sólo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objección de conciencia”.

Cuántas películas se han filmado para que la gente al ver la depresión, enfermedad, malestar, abandono, soledad, tara, insania, discapacidad, e inutilidad productiva de la vejez, considere que la eutanasia es una salida digna.

No hay mensajes en los medios para movilizar la fibra solidaria y afectiva de la gente, haciéndoles tomar conciencia que la vida es una cadena, en permanente evolución, donde se nace, se crece y finalmente se muere, para todos igual, y donde deben coexistir niños, adultos y viejos, enfermos y sanos. Cada situación, es un desafío para la virtudes y defectos humanos. La vida misma es una oportunidad.

Pero el modelo de la sociedad de la excelencia sólo admite personas físicamente perfectas y mentalmente narcotizadas en el seudo-placer del consumismo para producir / trabajar / consumir / consentir / acatar. No importa que no tengan oportunidad de ser sí mismos. Sólo deben insertarse en el modelo/aparato predeterminado y cumplir con su función como un tornillo más.

Los niños en la guardería, los enfermos en los hospitales, y los viejos en los geriátricos. ¡Que no molesten!

Ya la medicina no cura, pero tampoco se espera que cure. Aún no hay un concepto de salud o de enfermedad. Los conceptos y actos médicos han perdido definición para adaptarse paulatinamente a esta ideología del "nuevo orden de la excelencia".

La atención médica se ha despersonalizado con el sistema de medicina prepaga y obras sociales. Un paciente es un número de afiliación. Es una suma de formularios y bonos. El paciente no tiene entidad física, ni espiritual. No tiene identidad como ser humano.

En el primer mundo se sostiene que el cuidado médico ilimitado no es deseable y que las personas de status socioeconómico alto, junto con los religiosamente liberales, son más proclives a aceptar la eutanasia.

Esto indica que si la opinión de algunas personas que tienen dinero y de las que no tienen valores religiosos por la defensa y dignidad de la vida, es proclive a la eutanasia, el resto del "ganado mundial" (80% de la población total que vive en el Tercer mundo) debe aceptar la eutanasia como válida.

Los religiosos, y particularmente, los católicos, han sido discriminados, porque sus valores se oponen a este tipo de políticas de dominación. Los pobres también han sido discriminados porque no tienen derecho de opinar sobre nada, mucho menos sobre su derecho de vivir, y ocupar un lugar en el mundo.

Los países ricos controlan a los países pobres, según sus conveniencias, utilidad y necesidades.

A medida que se va generando un consenso sobre la seudolegitimidad de finalizar una vida carente de calidad, la función y misión del personal de la salud exige una revisión.

Muchas enfermeras están ayudando a personas a suicidarse, y algunas se han vuelto acérrimas defensoras de la eutanasia y del aborto.

En Octubre de 1992, el enfermero Joseph Akin fue sentenciado a prisión perpetua por suministrarle una dosis letal de lidocaína a Robert Price, quien era cuadripléjico.

La enfermera Darlene Leon de California, fue procesada por haber inyectado a 17 de los pacientes que atendía en un hospicio, con dosis letales de morfina.

Los enfermeros están ubicados en el centro del conflicto, como árbitros entre el deber de curar y el dejar morir.

Los hechos demuestran que es necesario articular una capacitación humanística especial para atender al no-nato, al neonato, al discapacitado, al anciano y al moribundo, con el objeto de organizar y poner en funcionamiento un nuevo staff de personal con sentimientos y dedicación humanitarios.

Los Comités de Bioética Intrahospitalarios, que sólo están organizados bajo la doctrina de la bioética anglosajona, (utilitarista y de excelencia), tienen por función, conocer, evaluar y decidir los conflictos de índole moral con que pudiesen enfrentarse los médicos en el desempeño de su trabajo. Esto es, decidir interrumpir o no la prolongación de una vida, realizar un aborto, denegar la asistencia sanitaria, elegir en quien usar un único respirador, realizar una mutilación, etc. para más adelante absorber casos de mala praxis.

Estos Comités evitan que la cuestión se ventile fuera del ámbito médico y permiten modelar todos los argumentos y hechos en beneficio del personal médico, antes que lleguen a la justicia, si es que algún día llegan. El paciente no accede a estos Comités, ya que él tiene la justicia ordinaria para reclamar.

¿Si crece el concepto de "autonomía de la voluntad" del paciente, y "deslizamiento de la responsabilidad médica" a través del Comité, cómo el paciente ver asegurado su derecho a la salud?. El paciente no dispone de los conocimientos médicos para decidir su terapia. El médico debe curar, no esperar a que se le pida que cure. ¿Cuál es la real autonomía, si no está fundada en el conocimiento y paridad de relación?. El paciente está en una relación de subordinación con el médico. El médico no puede transformarse en un híbrido cuyo accionar esté sujeto a las indicaciones del paciente o de un Comité. ¿Por qué si su función no es curar, para qué vamos al médico?.

Al médico no le compete decidir si una persona tiene derecho de vivir o no, y menos aún, si tiene deseos o no de vivir. El médico debe curar y proteger toda vida, por más insignificante que le parezca.

Ninguna autoridad, a riesgo de ser discriminatoria o totalitaria, podrá determinar un "standard de calidad de vida" para ordenar eutanasiar a alguien si no lo cumple.

Cuidados paliativos

Se habla actualmente de medicina preventiva o curativa y posventiva, incluyéndose en este último género todos aquellos objetivos terapéuticos orientados a la mejoría de la calidad de vida (y de muerte) en pacientes con enfermedades crónicas sin expectativas de curación o restitución ad integrum. La medicina paliativa – medicina del cuidado antes que bien de la cura-, que como tal, atiende "al confort y calidad de vida de los pacientes en etapa terminal" – pertenece a la anterior, e implica el capítulo de la ética en el final de la vida, esto es, a las situaciones ortotanasicas o – lo que es lo mismo- la muerte digna.³³

Para la O.M.S. cuidado paliativo es el cuidado activo y total del paciente cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo –siendo fundamental el control del dolor, otros síntomas, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales-. Consecuentemente, los cuidados paliativos "consisten en la atención global – física, emocional, social y espiritual- de los pacientes con enfermedades graves e incurables. Su objetivo no consiste en acelerar ni retardar la muerte, sino brindar al enfermo la mejor calidad de vida posible. Son multidisciplinarios en su aplicación, incluyendo al paciente, la familia, los profesionales y la comunidad.

Claro está que si bien la faceta paliativa de la medicina no es un descubrimiento reciente, ella adquirió relevancia y aun entidad propia –como opción terapéutica coherente- ante y paralelamente con el inmenso desarrollo tecnológico de la medicina acontecido en la segunda mitad de este siglo, del cual –"imperativo tecnológica mediante- se siguieron consecuencias poco felices – instauración de tratamientos fútiles, situaciones distanasicas, etc.-, en particular, para con los pacientes murientes.

Y así, recordando que la medicina paliativa "inicio su desarrollo en el campo de la enfermedad oncológica, es de ver que "hoy en día incluye a cualquier paciente afecto de una enfermedad progresiva e incurable con un pronostico de vida ilimitado: ancianos, enfermos de SIDA, pacientes con enfermedades neurológicas degenerativas, etc.

En particular, con respecto a los pacientes con enfermedades en estado terminal y en cuanto a la abstención o supresión del empleo de tratamientos de soporte vital, al recurrirse a los cuidados paliativos, es demasiado claro que esta situación – de suyo ortotanasica- ni oye de ser asimilada, ni por aproximación, a una omisión terapéutica, dado que –como bien lo destaca Manzini- "la intención no es llevar al paciente a la muerte sino elegir, del amplio espectro de medidas posibles, aquellas que se consideran mas beneficiosas para él. No se deja de hacer cosas por el paciente (quizá se hacen otras cosas); no se lo abandona, no es que simplemente se espere su muerte; se cambia el foco desde el control de la enfermedad y la prolongación de la vida", evitándose manipulaciones (distanasicas) de las personas en trance de muerte e instrumentación de terapias "simuladas" y fútiles.

Todo esto, teniendo presente que la limitación o restricción terapéutica –la cual "implica que hay tratamientos que pueden no ser beneficiosos para un paciente determinado en un momento también determinado"- en el final de la vida- y en cada situación clínica particular- puede centrarse, no en una diferenciación entre tratamientos paliativos y curativos en cuanto propiamente tales (aquí, estos últimos fútiles), sino en la intención terapéutica, es decir, en la finalidad del tratamiento, pudiendo distinguirse, bajo esta premisa, "los tratamientos instituidos con intenciones paliativas, de aquellos otros que pretenden el control de la enfermedad y/o la postergación de la muerte –o sea, el sostenimiento de las funciones vitales-", aclarando que el tratamiento puede ser el mismo –v.gr., medicar antibióticos para la hemoptesis o para la excesiva expectoración de un cáncer de pulmón (...) son usos paliativos de un tratamiento que puede efectivamente controlar la enfermedad y prolongar la vida, aplicado a otras situaciones"-, dado que los cuidados paliativos "incluyen mucho mas que las clásicas medidas de confort", y así, la tecnología también tiene un lugar para el control de síntomas; por ejemplo, la radioterapia paliativa corporal total para el control del dolor por metástasis óseas generalizadas, siendo de buena practica brindar determinados tratamientos y/o medicaciones en forma programada y progresiva, conforme al estado del paciente y a su sintomatología, en aras de su mejor calidad de vida, la cual –al decir de Loizaga- "surge de una armonía entre el cuerpo, la mente y el ambiente", destacándose que "respetar el equilibrio anímico es esencial", al igual que la "calidad del ambiente que rodea al enfermo terminal", siendo a veces "conveniente minimizar los estudios diagnósticos e intervenciones con un criterio practico y realista en función de las posibilidades terapéuticas y elegir el tratamiento que mejor respete la dignidad del ser humano integro por encima de un enfoque parcial donde solo se traten órganos o síntomas.

33. (Luis Guillermo Blanco, ob.cit.)

Ética médica en el final de la vida

El médico tiene una noción clara de cómo manejar un paciente con diferentes tipos de enfermedades como por ejemplo insuficiencia cardíaca, pero no ha incorporado a su práctica diaria, un algoritmo para abordar el cuidado del paciente en el final de la vida, cómo decir la verdad, planear por adelantado la atención médica, uso apropiado de tratamientos de sostén, elección de personas sustitutas para tomar decisiones y apoyo a los familiares del paciente que agoniza. Además desconoce su implicancia legal y bioética.³⁴

El cuidado en el final de la vida

Desde una perspectiva ética el principio de beneficencia requiere el control del dolor y los síntomas. Los estatutos legales no son claros respecto al control del dolor pero el médico no corre riesgo legal si sigue guías establecidas distinguiendo esta práctica de la eutanasia.

El tratamiento de sostén comprende planear de antemano en que consistirá el tratamiento, la decisión de mantener o suspender el tratamiento.

Hacer planes por adelantado está avalado éticamente por el principio de la autonomía y está legalmente reconocido en muchos países del mundo. La decisión a cargo del paciente o de un sustituto de mantener o suspender el tratamiento de soporte de la vida propuesto por el médico está apoyado éticamente por el principio de respeto a la autonomía y la doctrina legal del consentimiento informado.

Existen propuestas por parte de algunas organizaciones políticas en países desarrollados para mejorar la atención en el final de la vida, el manejo de los síntomas físicos, el bienestar psicosocial del paciente y de su familia, cambiando el objetivo tradicional de morbilidad por el de calidad de atención en el final de la vida.

Se necesitan 3 cosas importantes: 1) control del dolor y síntomas, 2) tratamiento de sostén, y 3) apoyo al paciente y su familia.

1) Control del dolor:

Ningún paciente debe morir con dolor o síntomas tratables como náuseas, fatiga, disnea, etc. El control del dolor debe ser el principal objetivo por lo que se han desarrollado guías para ayudar a los médicos a distinguir analgesia apropiada de eutanasia con inyección letal. Estos deben ser previstos y controlados tempranamente, evitando que lleguen a ser incontrolables.

2) Tratamiento de sostén

El paciente y sus familiares deben poder elegir el lugar y la forma de cuidado que el paciente recibirá en sus últimos días y debe ser alentado a discutir por adelantado sus deseos respecto al tratamiento de sostén, para lo cual el médico debe brindarle una guía y apoyo al paciente y a los familiares, y elegir eventualmente un sustituto para tomar decisiones.

La clave es tener la habilidad de comunicar las malas noticias y oponerse a las demandas de tratamiento que el médico considere inapropiada. No existe legislación al respecto, por lo cual se debe discutir un plan terapéutico aceptable para el paciente, la familia, y el equipo médico, considerando:

- a) Mejoría de la calidad de vida
- b) Probabilidad de supervivencia
- c) Costo-beneficio del procedimiento a realizar.

Ética y legalmente los médicos deben promover la alimentación e hidratación por vía oral, ya que los tubos de gastrostomías no demostraron prolongar la vida, disminuir la broncoaspiración o asegurar una adecuada nutrición, y solo usarlos cuando los beneficios superen ampliamente las posibles complicaciones.

3) El apoyo al paciente y su familia

El apoyo al paciente debe adecuarse a cada grupo familiar, cobrando vital importancia una buena relación médico-paciente-familia, contemplando todos los factores psicológicos, sociales, económicos, culturales y espirituales. En estas áreas es fundamental contar con un equipo multidisciplinario.

En ciertos casos, determinados familiares requieren ayuda específica luego del deceso del ser querido.

En resumen, los médicos que cuidan pacientes en el final de sus vidas se preguntan a sí mismos tres cosas:

- 1- Estoy manejando adecuadamente el dolor y los síntomas del paciente?
- 2- Me he informado al respecto al uso de tratamiento de soporte de la vida?
- 3- Estoy apoyando a esta persona y a su familia?

34. (Dr. Jorge Kiper, ob. Cit.)

Se debe tener en cuenta que:

- La atención del paciente es inaccesible a familias de escasos ingresos por su alto costo, o por no contar en su lugar de residencia con instituciones que brinden este tipo de atención.
- Las entidades estatales se hacen cargo de la cobertura asistencial solo mientras el paciente se encuentra internado.
- En ocasiones no es aceptada por motivos culturales y debe respetarse la voluntad del paciente por ej. acceder a la solicitud de pasar sus últimos días en su hogar rodeado de sus seres queridos.

En síntesis, los cuidados del final de la vida representan un desafío para el paciente, los familiares y los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento del mismo.

En esta situación especial, el médico debe conocer la voluntad del paciente y tomar decisiones difíciles basadas en principios éticos y médicos.

De igual importancia son la contención del paciente y su familia, el compromiso de un equipo interdisciplinario de salud avalado por dependencias gubernamentales.

El profesor Robert Twycross, director del Centro Internacional de Cuidados Paliativos de la Universidad de Oxford, Inglaterra, especialista en ayudar a las personas que padecen enfermedades terminales a morir con dignidad, sostiene que los cuidados paliativos implican cuidar más allá de curar.

Aunque en algunos pacientes esto implica un tiempo prolongado, para la mayor parte de los enfermos en etapa terminal son semanas o pocos meses. Por eso también pueden ser definidos como cuidados de confort para la persona muriente. Está demostrado que la mayor parte las personas al final de su vida prefieren realmente estar en su casa, con sus afectos, y no en una sala de hospital. Pero no siempre es posible.

En el Reino Unido existen desde hace unos 40 años los cuidados paliativos, como reacción a la especialización extrema de muchos servicios. Hace 60 o 100 años, la cura era poco frecuente. Luego, algunos médicos que en ciertas especialidades pudieron curar más, se concentraron en la cura y perdieron la habilidad de aliviar. Los cuidados paliativos implican restaurar esa visión holística de la medicina que dice: **curar a veces, aliviar a menudo, cuidar siempre.**

En Gran Bretaña existe un sistema nacional de cuidados paliativos y el servicio público lo mantiene. Poseen 250 unidades con pacientes internados y cuidado domiciliario operando desde estos centros y en forma independiente. Por cada enfermo internado hay 10 cuidados en sus casas. Pero además, la especialidad está extendida a nivel académico. Hay profesores, cursos de entrenamiento. Y los estudiantes de medicina tienen la obligación de conocer las necesidades del moribundo antes de que se reciban.

Las características de los cuidados paliativos son el *partnership* o trabajo conjunto entre los médicos, enfermeros y otros miembros del equipo de salud, el paciente y su familia. El *partnership* representa una actitud diferente de la que probablemente tiene el médico tradicional, con su acercamiento más autoritario. La tarea se basa en un equipo multiprofesional: médicos de distintas especialidades, enfermero, psicólogo, ministro de fe, terapeuta físico, nutricionista. No todo paciente necesita a todos, pero hay un equipo, entonces los profesionales están disponibles. Cuando se habla del alivio no es sólo de los síntomas físicos, pero es muy difícil ocuparse de los aspectos espirituales y psicológicos si no se alivian los síntomas físicos, como el dolor.

Si hay entrenamiento, en la inmensa mayoría de los pacientes se puede lograr que el paciente no llegue hasta su morada final inconsciente por los calmantes y sin posibilidad de comunicarse, que permanezcan libres de dolor y otros síntomas molestos, pero lúcidos.

El paciente debe saber la verdad sobre su situación, en líneas generales, cuanto más honesta es la comunicación, más saludable, y esto implica la posibilidad de hablar de temas difíciles. Muchas veces los familiares no saben qué es mejor. Por eso suelen consultar a los equipos de cuidados paliativos.

A veces se dice: "No le digas la verdad, va a sufrir más..." . Partimos de una premisa falsa: *no le digas la verdad* como si el paciente no lo supiera... El secreto está en cómo podemos compartir esa verdad. En la gran mayoría de los casos, el paciente siempre sabe. Y si bien algunos utilizan un mecanismo psicológico de negación, luego pasarán a una etapa de mayor aceptación. Ahí está la tarea del equipo para que estas etapas puedan ser vivenciadas.

El Dr. Twycross está convencido de que la mejor respuesta al sufrimiento en el final de la vida no es la eutanasia. Afirma, que los cuidados paliativos, en cambio, establecen un balance entre la afirmación y defensa de la vida (es un movimiento en favor de la vida), pero al mismo tiempo ayudan a la aceptación de la muerte como una realidad inevitable.

7. Estado de la cuestión en el mundo

Para entender la situación actual de la eutanasia en el mundo, se deben analizar si las distintas legislaciones la contemplan y **casos jurisprudenciales** que han adquirido reconocimiento mundial, y han llevado a tela de juicio la recepción o no de la eutanasia en la legislación positiva: entre ellos especialmente el caso Karen Quinlan (un caso recordado, por el peregrinaje por los tribunales de los padres de la Srta. Quinlan en Estados Unidos, a los que se negó por años, la desconexión de los aparatos que mantenían a su hija en estado vegetativo, que había sufrido muerte cerebral, y que ya hemos mencionado) y el de Ramón Sampedro Camean, en España.

Europa

En Europa, los países del norte y los del noroeste han sido amplios y generosos con las personas que cometen “eutanasia”. En Polonia, por ejemplo, la pena mínima podía ser de catorce días, lo que prácticamente equivalía el “perdón judicial”

Los países que han sido más duros en dejar de introducir en sus leyes el criterio “atenuante” o en disminuir las penas para esta clase de delitos (así considerado mientras no se lo considere en forma contraria) fueron los del centro, Italia, Francia, Bélgica y las Islas Británicas, los que siempre se mantuvieron un poco al margen y no quisieron tratar el tema.

El caso español

En España se considera a la eutanasia identificada con la muerte benéfica. En la actualidad, el tema de debate está situado sobre el derecho a morir con dignidad.

Jurisprudencia: Ramón Sampedro apareció muerto a los 55 años, 29 de los cuales había pasado postrado en cama. Sólo podía mover la cabeza después de sufrir un accidente cuando se tiró desde una roca a nadar en el mar.

Sampedro luchaba desde hacía mucho por el derecho a la eutanasia.

“Mi mente es la única parte de mi cuerpo que todavía está viva. Soy una cabeza atada a un cuerpo muerto”, había explicado a los jueces cuando comenzó en 1994 una larga batalla, la primera en los anales de la Justicia española, para que los magistrados autorizaran su muerte.

Desde el principio, la policía sospechó que alguien lo había ayudado a morir, sospechas que se confirmaron cuando aparecieron restos de cianuro en el cuerpo de Sampedro durante la autopsia.

Ramona Moneira conoció a Sampedro dos años antes, después de ponerse en contacto con él tras conocer su larga batalla judicial.

La personalidad de Sampedro y su larga agonía quedaron reflejadas en un libro, Cartas desde el infierno, donde testimoniaba sobre su calvario desde que era un marino mercante. Tenía 26 años y se encontraba en su pueblo natal de Xuno en La Coruña, Galicia, cuando al lanzarse al mar cayó sobre unas rocas.

Su familia lo cuidó durante 29 años, pero cuando Sampedro tuvo la certeza de que había encontrado a la persona que estaba decidida a ayudarlo a morir, dejó su casa en Santiago de Compostela y fue trasladado a la casa de su amiga, Ramona Moneira Castro, en la localidad coruñesa de Boiro. Dejó un video en el cual explicaba las razones de su decisión a su familia, el cual fue transmitido al mundo entero.

La muerte de Sampedro encendió otra vez la polémica sobre la eutanasia. “Esto ayuda a acabar con los tabúes que rodean estas cuestiones”, señaló Aurora Bau, vocero de la Asociación Derecho a Morir Dignamente.

La tragedia de Sampedro conmovió a España durante años y ahora relanzó el debate sobre el derecho a morir y la despenalización de quienes participan en la muerte asistida de enfermos terminales o de otros que buscan la muerte como una liberación a sus terribles sufrimientos.

Carta de Ramón Sampedro a los Jueces

Srs. Jueces:

Pienso que a la hora de juzgar determinadas conductas ético-morales, como en el caso que les planteo, no deberían tener más norma fundamental que la Constitución, porque si no es así, no son los jueces quienes juzgan sino los políticos cuando escriben la ley y crean la trampa y la ambigüedad.

Sólo si los jueces y jurados tuviesen la potestad de sentenciar de acuerdo con la norma constitucional, y sus consciencias fuesen como un procesador humano -y humanizado- que va recibiendo sistemáticamente conocimientos e información para entender lo que es social y democráticamente tolerable, y también conveniente reformar y corregir, la justicia seguiría el ritmo del proceso evolutivo de una sociedad democrática formada por individuos libres y responsables.

En abril del 93 acudí ante los tribunales de justicia con una demanda formalmente presentada por mi

abogado D. Jorge Arroyo Martínez que, en síntesis, preguntaba si debe ser sancionada judicialmente una persona que me preste ayuda, sabiendo que es con el fin de provocar voluntaria y libremente mi muerte.

Hay demasiadas gentes que, en apariencia capacitadas para hacer un juicio de valor, se preguntan, y me preguntan, si realmente deseo morirme pues, si así fuese, me indican que puedo provocarme desde una pulmonía, taponar una sonda, no curarme una infección de orina, inyectarme un virus, morirme de hambre, o que me mate discretamente cualquier persona.

Entre tanto absurdo maestro que acepta y propone toda clase de formas de morir, menos la voluntaria y legalmente permitida, me parece que la función de los jueces tiene que ser algo más que la de aplicarle códigos al rebaño como mudo y fiel guardián que defiende los intereses de su degenerado amo. Cuando un juez guarda silencio ante una ley obviamente hipócrita, y por tanto injusta, en esa sociedad no puede haber nobleza y bondad posible. Si la justicia es la exigencia de una conducta ética respetuosa, la función del juez debe ser la de maestro más que la de vigilante.

Si aceptamos que debe haber unas normas y unos medios para juzgar comportamientos irresponsables, en casos de conductas éticas -no criminales-, la justicia debería ser inmediata para que tuviese vida, de lo contrario es como si estuviese enlatada y, para lo único que sirve, antes que para corregir situaciones injustas, anacronismos y tradicionales barbaridades, es para perpetuarla.

El deseo y la buena voluntad son el origen de todo bien y de toda confusión y desconfianza social universal.

La vida evoluciona corrigiendo sistemáticamente el error, de ella deberían copiar los humanos.

Es un grave error negarle a una persona el derecho a disponer de su vida, porque es negarle el derecho a corregir el error del dolor irracional. Como bien dijeron los jueces de la audiencia de Barcelona: vivir es un derecho, pero no una obligación. Sin embargo no lo corrigieron, ni nadie parece ser responsable de corregirlo.

Aquellos que esgrimen el derecho como protector indiscutible de la vida humana, considerándola como algo abstracto y por encima de la voluntad personal sin excepción alguna, son los más inmorales. Podrán disfrazarse de maestros en filosofías jurídicas, médicas, políticas o metafísico-teológicas, pero desde el instante en que justifiquen lo absurdo se convierten en hipócritas.

La razón puede entender la inmoralidad, pero nunca puede justificarla. Cuando el derecho a la vida se impone como un deber. Cuando se penaliza ejercer el derecho a liberarse del dolor absurdo que conlleva la existencia de una vida absolutamente deteriorada, el derecho se ha convertido en absurdo, y las voluntades personales que lo fundamentan, normativizan e imponen en unas tiranías.

Acudí a los tribunales de justicia para que vds. decidiesen si me asistía o no ese derecho que mi conciencia considera de ámbito moral exclusivo. Y, pienso que, humanamente cualificada. Acudí a la justicia, no sólo para que me respondiesen a un asunto de interés personal, sino porque considero mi deber denunciar la injusticia y rebelarme contra la hipocresía de un estado y de una religión que, democráticamente concebidos, toleran la práctica de la eutanasia si es llevada a cabo con discreción y secretismo, pero no con la sensatez y la claridad de la razón liberadora. También para denunciar que jamás pueda prevalecer el interés de ninguna tiranía o tirano por encima de la razón ética de la conciencia del hombre. Justificar sufrimientos irremediables por el interés de alguien que no sea el desafortunado ser humano que los padece, es crear un infierno para que diablos y diablillos disfruten con el espectáculo de los condenados, mientras filosofan gravemente sobre el sentido del dolor.

El juez que no se rebele ante la injusticia se convierte en delincuente. Claro que puede calmar su conciencia culpable afirmando que cumple con su deber, pero si consiente en que alguien utilice el sufrimiento de otros por su propio interés.

Si consiente que la justicia se haga la sorda, cuando él sabe que lo hace porque políticamente no interesa escuchar, ese juez se hace cómplice de la delincuencia astutamente organizada bajo la apariencia de nobles y respetables instituciones: familia, estado, religión.

Dicen algunos políticos, teólogos y otros aprendices de falso profeta que mi lucha podría servirme como aliciente y darme motivos para vivir. Debería ser también el deber del juez perseguir a quienes insultan la razón y castigarlos severamente.

Mi único propósito es defender mi dignidad de persona y libertad de conciencia, no por capricho, sino porque las valoro y considero un principio de justicia universal. Con una sentencia favorable, tal vez no se volviera a obligar a otro ser humano a sobrevivir como tetraplégico, si esa no es su voluntad. Mi lucha tendría sentido si la justicia me concede el bien que para mí reclamo, si no es así, todo ese esfuerzo que algunos dicen puede dar sentido a mi vida habría sido estéril.

Espero que no piensen como los teólogos, políticos y aprendices de profeta que lo que le da sentido a mi vida es el derecho de reclamar un derecho y una libertad, eso sí, dando por supuesto que no me serán concedidos nunca. Espero que no sea vd. cómplice de tanta burla y falta de respeto contra la razón humana. Ningún esfuerzo inútil tiene sentido.

La intolerancia es el terrorismo contra la razón. Cualquier esfuerzo humano que tenga como fin liberar a la vida del sufrimiento, la crueldad y el dolor, y sea convertido en estéril con interesados sofismas es un fracaso del bien y un triunfo del mal.

Si no se le concede a cada individuo la oportunidad de hacer todo aquello que su conciencia considera bueno, no hay perfección ética posible, porque no hay evolución posible.

Si no se le concede al individuo el derecho a una muerte racional, voluntariamente decidida, la humanidad no podrá llegar a aceptar culturalmente su propia mortalidad. Y, si no se entiende el sentido de la muerte, tampoco se entiende el sentido de la vida.

El juez tiene el -mandato- de velar por la seguridad jurídica del grupo. Pero, por coherencia ético-moral, para que ese cometido fuese equilibrado y justo, tendría que defender antes la conciencia individual. El estado tiene medios represores para protegerse de las posibles agresiones individuales. Sin embargo el individuo se encuentra indefenso para protegerse del abuso de las agresiones del estado. Si el juez se dedica a aplicar códigos, es un fanático fundamentalista que, obviamente está de una parte.

Es su deber corregir este error.

Atentamente

Ramón Sampedro Camean

13 de noviembre de 1996

Testamento de Ramón Sampedro

"Srs. Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas:

Después de las imágenes que acaban de ver; a una persona cuidando de un cuerpo atrofiado y deformado -el mío- yo les pregunto: ¿qué significa para Vds. la dignidad?

Sea cual sea la respuesta de vuestras conciencias, para mí la dignidad no es esto. ¡Esto no es vivir dignamente!

Yo, igual que algunos jueces, y la mayoría de las personas que aman la vida y la libertad, pienso que vivir es un derecho, no una obligación. Sin embargo he sido obligado a soportar esta penosa situación durante 29 años, cuatro meses y algunos días.

¡Me niego a continuar haciéndolo por más tiempo!

Aquellos de vosotros que os preguntéis: ¿Por qué morirme ahora -y de este modo- si es igual de ilegal que hace 29 años?

Entre otras razones, porque hace 29 años la libertad que hoy demando no cabía en la ley. Hoy sí. Y es por tanto vuestra desidia la que me obliga a hacer lo que estoy haciendo.

I. *Van a cumplirse cinco años que -en mi demanda judicial- les hice la siguiente pregunta: ¿debe ser castigada la persona que ayude en mi eutanasia?*

Según la Constitución española -y sin ser un experto en temas jurídicos- categóricamente NO.

II. *Pero el Tribunal competente -es decir, el Constitucional- se niega a responder. Los políticos -legisladores- responden indirectamente haciendo una chapuza jurídica en la reforma del Código Penal. Y los religiosos dan gracias a Dios porque así sea.*

Esto no es autoridad ética o moral. Esto es chulería política, paternalismo intolerante y fanatismo religioso.

III. *Yo acudí a la justicia con el fin de que mis actos no tuviesen consecuencias penales para nadie. Llevo esperando cinco años. Y como tanta desidia me parece una burla, he decidido poner fin a todo esto de la forma que considero más digna, humana y racional.*

Como pueden ver, a mi lado tengo un vaso de agua conteniendo una dosis de cianuro de potasio. Cuando lo beba habré renunciado -voluntariamente- a la propiedad más legítima y privada que poseo; es decir, mi cuerpo. También me habré liberado de una humillante esclavitud -la tetraplegia-.

IV. *A este acto de libertad -con ayuda- le llaman Vds. cooperación en un suicidio -o suicidio asistido-.*

V. *Sin embargo yo lo considero ayuda necesaria -y humana- para ser dueño y soberano de lo único que el ser humano puede llamar realmente "Mío", es decir, el cuerpo y lo que con él es -o está- la vida y su conciencia.*

VI. *Pueden Vds. castigar a ese prójimo que me ha amado y fue coherente con ese amor, es decir, amándome como a sí mismo. Claro que para ello tuvo que vencer el terror psicológico a vuestra venganza -ese es todo su delito-. Además de aceptar el deber moral de hacer lo que debe, es decir, lo que menos le interesa y más le duele.*

Sí, pueden castigar, pero Vds. saben que es una simple venganza -legal pero no legítima-. Vds. saben que es una injusticia, ya que no les cabe la menor duda de que el único responsable de mis actos soy yo, y solamente yo.

VII. Pero, si a pesar de mis razones deciden ejemplarizar con el castigo atemorizador, yo les aconsejo -y ruego- que hagan lo justo: Córtenle al cooperador/ra los brazos y las piernas porque eso fue lo que de su persona he necesitado. La conciencia fue mía. Por tanto, míos han sido el acto y la intención de los hechos.

VIII. Srs. jueces, negar la propiedad privada de nuestro propio ser es la más grande de las mentiras culturales. Para una cultura que sacraliza la propiedad privada de las cosas -entre ellas la tierra y el agua- es una aberración negar la propiedad más privada de todas, nuestra Patria y Reino personal. Nuestro cuerpo, vida y conciencia. -Nuestro Universo-”.

(A continuación hay unos párrafos de despedida escritos en gallego dedicados a su familia que no se reproducen aquí por respeto a su intimidad.

”Srs. Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas: No es que mi conciencia se halle atrapada en la deformidad de mi cuerpo atrofiado e insensible, sino en la deformidad, atrofia e insensibilidad de vuestras conciencias”.

Holanda

En Holanda la eutanasia fue legalizada por una decisión de la Corte Suprema en 1984. Configura casos por razones médicas y por razones sociales. Hay estadísticas diversas respecto de las muertes por eutanasia anuales en este país.

Para 1995, el gobierno holandés informó que la eutanasia (por su definición) se había aplicado en “sólo” 2.4 por ciento de todas las muertes (30 % de aumento con respecto al año 1990, donde encontró la eutanasia en el 1.8 por ciento de todas las muertes).

Pero por normas internacionales, la eutanasia constituyó casi 20 por ciento de todas las muertes en los Países Bajos porque la definición internacional incluye casos de suicidio ayudado (0.3 por ciento), administración de drogas letales sin el consentimiento del paciente (0.7 por ciento), alivio de dolor intensificado con por lo menos intento parcial para acelerar muerte (2.9 por ciento), y decisiones del no-tratamiento con la intención explícita de acelerar muerte (13.3 por ciento). Para 1995, había casi 26.600 casos de eutanasia, y sólo 13.300 tenían la demanda del paciente.

Actualmente se ha dictado en Holanda la ley de Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Dicha ley hace especial hincapié en que el sufrimiento del paciente tiene que ser “insoportable”. No sólo los partidos políticos, sino también sectores tradicionalmente al lado de la regulación de la eutanasia como el Colegio de Médicos lo dejaron claro.³⁵

En Holanda se entiende por eutanasia la terminación por parte del médico de la vida del paciente a petición de este último. La Administración holandesa no cierra los ojos ante el hecho de que se practica la eutanasia. La cuestión de la despenalización limitada de la eutanasia y del modo en que debe hacerse viene debatiéndose en Holanda en el ámbito político y social desde hace casi treinta años.

Al haberse recogido una eximente especial en el código penal holandés, el médico que termina la vida del paciente a petición propia o ayuda a su suicidio, ahora queda exento de responsabilidad penal, siempre que haya observado los requisitos legales de debida diligencia y notifique la muerte no natural a una comisión regional de verificación de eutanasia.

Al adoptar una actitud abierta y uniforme respecto a la verificación de la terminación de la vida del paciente por el médico, lo que se persigue es rodear esta práctica de unos cuidados máximos.

El dolor, el desahucio y el deseo de una muerte digna son los motivos principales por los que se pide la eutanasia. En Holanda y en muchos otros países, los médicos cada vez más se ven enfrentados con decisiones que giran en torno al final de la vida. Ello viene esencialmente causado por el envejecimiento de la población, los avances médicos de la tecnología para alargar la vida del paciente y el relativo aumento de casos de muerte por cáncer. Por eutanasia no se entiende el desistimiento de un tratamiento cuando ya no tenga sentido continuar con el mismo. Esto forma parte del ámbito propio de actuación del médico que desiste de la aplicación de un tratamiento, dejando que la naturaleza siga su curso natural. Lo mismo cabe decir de la aplicación de medios para paliar el dolor con la consecuencia añadida de que sobreviene antes la muerte. La solicitud de la eutanasia en Holanda no viene motivada por lo que pueda costar un tratamiento. Gracias al sistema holandés de seguridad social, todo el mundo tiene la asistencia sanitaria cubierta.

Cuando un paciente solicita a un médico que le practique la eutanasia, el médico tiene que cumplir los siguientes requisitos de diligencia.

El médico tiene que:

- haber llegado al convencimiento de que la solicitud del paciente es voluntaria y ha sido bien pensada ;

35. (Ley de Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio – Holanda).

- haber llegado al convencimiento de que el sufrimiento del paciente es insoportable y que no tiene perspectivas de mejora;
- haber informado al paciente sobre la situación en que se encuentra y sus perspectivas de futuro;
- haber llegado al convencimiento junto con el paciente que en la situación en que se encuentra no existe otra solución razonable;
- haber consultado al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido un dictamen sobre los requisitos mencionados en los cuatro primeros puntos;
- haber terminado la vida del paciente o haber ayudado a su suicidio, con la máxima diligencia médica.

Desde el 1 de noviembre de 1998, las comisiones regionales verifican que la actuación de los médicos se ajuste a estos criterios. Los requisitos han sido recogidos en el artículo 2 de la “Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y de ayuda al suicidio”.

Otro principio básico importante de la jurisprudencia es la relación de confianza. El médico que practica la eutanasia a un paciente ha de ser el médico que le trata normalmente. Ha de conocer al paciente lo suficientemente bien como para poder juzgar si la petición de eutanasia es fruto de la libre voluntad del paciente y si ha sido bien pensada, y si el paciente sufre de forma insoportable sin perspectivas de mejora.

En Holanda no se accede a cualquier solicitud de eutanasia, al contrario, se rechazan dos terceras partes de las solicitudes de eutanasia que se presentan al médico (de cabecera). Con frecuencia el tratamiento da resultado, pero, a veces, el paciente fallece antes de haberse adoptado una decisión sobre la solicitud.

Los médicos no están obligados a acceder a las solicitudes de eutanasia. Además, la práctica demuestra que muchos pacientes se sienten más tranquilos sabiendo que el médico está dispuesto a practicar la eutanasia, y acaban muriendo sin haber hecho uso de esta posibilidad.

En Holanda, todo el mundo tiene acceso a la asistencia sanitaria, y los cuidados paliativos (disminución del sufrimiento) y terminales están totalmente cubiertos. No obstante, incluso con los mejores cuidados paliativos no siempre se puede evitar que algunos pacientes terminales sufran de forma tan insoportable que soliciten al médico la terminación de la vida. En estos casos, la eutanasia como forma de terminación de la vida del paciente puede representar un final digno para unos buenos cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos pueden ser de distintos tipos. Los pacientes con enfermedades incurables reciben en primera instancia asistencia a domicilio. Entre las personas encargadas de cuidar al paciente se encuentran el médico de cabecera, las enfermeras y los asistentes sociales que ayudan a la familia. Los pacientes que no pueden recibir asistencia en su propio domicilio son ingresados en un centro especializado. Tradicionalmente el paciente es ingresado primero en un hospital, luego en un centro asistencial y más tarde en una residencia de ancianos. Los hospitales holandeses disponen desde hace tiempo de unidades de cuidados paliativos. Además, existen muchas residencias con unidades especiales para pacientes terminales. Son más recientes los hospicios y hogares para enfermos incurables que no pueden morir en casa.

La eutanasia, o terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio, sigue siendo un hecho punible, salvo que exista notificación por parte del médico que la ha practicado, y que haya cumplido con los requisitos de diligencia que exige la ley. A tal fin se ha incluido en el código penal holandés una eximente especial. La actuación del médico consistente en terminar con la vida del paciente es objeto de verificación por una comisión de verificación (nombrada por los ministros de Justicia y de Salud Pública, Bienestar y Deportes). La verificación se centra en el contenido de la actuación del médico y en el proceso de la toma de decisión. No se penaliza la actuación del médico que ha notificado el acto de terminación de la vida, cuando la comisión de verificación, tras examinar el expediente, ha llegado al convencimiento de que el médico ha obrado con la debida diligencia. En ese caso, ya no se informa al Ministerio Fiscal. Cuando existan indicios de una actuación negligente por parte del médico al no haber observado los requisitos de la debida diligencia, el caso se pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal y de la Inspección de Sanidad. Ambos examinarán si el médico ha de ser perseguido judicialmente.

Con la despenalización se pretende que el médico que ha adoptado la decisión y que ha actuado con la debida diligencia descrita deje de sentirse culpable y pueda manifestar su opinión de un modo abierto y franco. La consulta que precede y el modo de verificar contribuyen a garantizar la protección del paciente que sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora, que ha solicitado de forma voluntaria la terminación de la vida.

Los médicos pueden negarse a practicar la eutanasia. Los enfermeros pueden negarse a hacer los preparativos para que pueda practicarse la eutanasia. Un médico o enfermero nunca podrá ser condenado por no haber accedido a una solicitud de eutanasia.

La posibilidad de rechazar la solicitud de eutanasia o ayuda al suicidio garantiza que la actuación del médico sea conforme a su propia ética. El punto de partida de la ley es que no existe un derecho del paciente a la eutanasia ni la obligación del médico a practicarla.

Velar por la vida, continúa siendo la tarea primordial del médico. La eutanasia no forma parte del deber de cuidado médico. Este deber sí incluye la asistencia para tener un final digno de la vida. El deber de cuidado médico implica también que el médico no aplique un tratamiento que sea inútil. En el caso de que el tratamiento ya no ofrezca resultados, será el médico el responsable de aliviar el sufrimiento.

Las investigaciones llevadas a cabo por organismos independientes en 1991 y 1996 (a petición del gobierno holandés) sobre la situación en que se encontraba la eutanasia, pusieron de manifiesto que las prácticas destinadas a la terminación de la vida por un médico no se efectuaban de forma arbitraria, sino que, al adoptarse una actitud abierta, cada vez se actuaba con más cuidado. Los resultados de los informes anuales de 1998/1999 y 2000 de las comisiones regionales de verificación, también indican que ha aumentado el número de notificaciones por parte de los médicos. Hasta ahora, Holanda es el único país en que se ha llevado a cabo este tipo de investigaciones. En 2001 se iniciará una nueva investigación en la que se evaluarán, entre otras cosas, el funcionamiento y el método de trabajo de las comisiones regionales de verificación. Se prestará especial atención a los factores relevantes que influyan en la disposición de los médicos para notificar las actuaciones de terminación de la vida. También se volverá a analizar la situación de las actuaciones médicas de terminación de la vida y se equipará con la de 1991 y 1996.

Los resultados de la investigación de 1996 han sido obtenidos a partir de entrevistas y encuestas anónimas llevadas a cabo entre los médicos. No existen indicios de que hayan aumentado las prácticas tendentes a la terminación de la vida en grupos vulnerables de pacientes o en pacientes con enfermedades menos graves. Incluso han disminuido los casos de terminación de la vida por el médico sin solicitud (1990-1995). Tampoco ha aumentado la eutanasia de forma desmesurada en el periodo comprendido entre 1990 y 1995. No obstante, sí se ha triplicado el número de notificaciones de eutanasia y ayuda al suicidio. En lo que se refiere al procedimiento de notificación, los médicos consultan más que antes con otros colegas y dejan constancia escrita de sus decisiones.

Si se trata o no de un sufrimiento sin perspectivas de mejora, eso lo establece la opinión médica dominante. El médico ha de determinar, según su opinión profesional, que el estado del paciente no es susceptible de mejora.

El sufrimiento insoportable es más difícil de establecer objetivamente. La comisión de verificación determinará en cada caso si el médico podía haber concluido de manera razonable que el paciente sufría de forma insoportable.

El médico ha de tratar a fondo con el paciente todas las alternativas de tratamiento. Mientras exista una alternativa real de tratamiento, no podrá considerarse, en términos médicos, que no hay perspectivas de mejora.

En cambio, el sufrimiento insoportable, al contrario que el sufrimiento sin perspectiva de mejora, es un factor muy subjetivo, que difícilmente puede ser objetivado. No obstante, cuando el sufrimiento no sea evidente para el médico, los asistentes o los familiares, tendrá que poder aprehender y – sobre la base de su pericia profesional – objetivar en cierta medida.

Resulta difícil valorar de forma objetiva si la eutanasia ha sido solicitada de forma voluntaria y bien pensada, cuando el paciente está psíquicamente enfermo y su sufrimiento no tiene su origen inmediato en una afección física. Cuando se solicite la eutanasia en estos casos, el médico tiene que consultar no con uno, sino con dos médicos independientes, de los cuales uno, al menos, sea psiquiatra. Tienen que haber visto al paciente y haber hablado con él. No se excluye la posibilidad de recurrir a la fuerza mayor, pero será juzgada con extrema reserva. En general, el Ministerio Fiscal pasará a perseguir el caso. En este caso, el juez es quien decide si es un caso de fuerza mayor.

En 1994 se condenó sin imposición de pena a un psiquiatra por ayuda al suicidio, porque había accedido a la solicitud de una paciente que sufría psíquicamente (la sentencia Chabot). El Tribunal Supremo de los Países Bajos confirmó la sentencia y dictaminó que si el sufrimiento del paciente es de carácter psíquico, la investigación que el juez lleve a cabo sobre la existencia de fuerza mayor, se realizará con extremada cautela. La resolución del Órgano Disciplinario Médico de abril de 1995 sobre el mismo caso coincidía en contenido con la sentencia del Tribunal Supremo. El psiquiatra fue reprendido por su actuación.

La demencia, junto con otras enfermedades, no representa en sí un motivo para la aplicación de la eutanasia o de ayuda al suicidio. El tipo más frecuente de demencia es la causada por la enfermedad de Alzheimer, la cual se caracteriza, entre otros factores, por la falta de memoria. Sin embargo, para algunas personas la idea de que en un futuro puedan sufrir demencia y de que en un proceso avanzado de la enfermedad puedan perder su personalidad o el gozo de una existencia digna es motivo suficiente para mencionarlo en su declaración de voluntad. Se estudiará cada caso por separado y se tendrá en cuenta el cuadro médico para poder determinar si, a criterio médico, se puede hablar de sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

En contestación a las preguntas del Parlamento sobre demencia y eutanasia, la Ministro de Sanidad Pública, Bienestar y Deporte contestó que la demencia puede conducir a una situación de vida inaceptable. Se trata en este caso de que la persona en cuestión considera la situación de demencia como inadmisibles; aún así se deberá determinar si el paciente, a juicio médico, sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora.

La ley contempla una disposición relativa a las solicitudes de terminación de la vida y ayuda al suicidio presentadas por menores de edad. En cuanto a la diferenciación entre categorías de edad, dicha disposición respeta los reglamentos existentes relativos a actuaciones médicas en cuanto a menores de edad. Los pacientes de doce a dieciséis años pueden solicitar la eutanasia, pero se exigirá el consentimiento de los padres o del tutor. Por lo que se refiere a los menores de dieciséis y diecisiete años, en principio, podrán decidir por sí mismos, pero se exigirá que los padres formen parte del proceso de la toma de decisión. También en los casos en que sean pacientes jóvenes quienes soliciten la eutanasia debe quedar probado que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Es obvio que el médico, a la hora de acceder a una solicitud de un menor de edad, deberá cumplir con los citados requisitos de diligencia.

La práctica ha demostrado que la eutanasia se aplica principalmente a personas con cánceres terminales (90%). Por lo general, las solicitudes de eutanasia de menores de edad son presentadas por menores gravemente enfermos que sufren de cáncer. En estos casos sumamente extremos, son los padres o tutores quienes deben estar de acuerdo con la solicitud. En la práctica siempre ha habido antes un amplio diálogo entre el médico, el paciente y los padres o el tutor. Casi nunca se ha dado el caso de que no se haya alcanzado el consenso entre las partes.

Es menester destacar, que no es posible que un paciente de otro país se dirija a Holanda a solicitar se le practique eutanasia, ya que es imprescindible la existencia de una relación de confianza entre el médico y el paciente. El procedimiento para la notificación y la verificación de cada caso de eutanasia exige que el paciente haya solicitado la eutanasia de forma voluntaria y bien pensada y que su sufrimiento sea insoportable y sin perspectivas de mejora. Para poder evaluar estos aspectos, el médico debe conocer bien al paciente, en otras palabras, el paciente ha de estar durante cierto tiempo bajo tratamiento del médico.

El acceder a una solicitud de eutanasia supone para el médico una enorme carga emocional. Los médicos no toman una decisión de este tipo a la ligera. Desde ese punto de vista, en el contacto personal con el paciente, también desempeña un papel importante todo el tiempo que éste haya estado bajo tratamiento.

El Gobierno holandés estima que la ley no está en pugna con la obligación internacional de proteger el derecho a la vida contra su violación por parte de los poderes públicos o de los ciudadanos. Esta obligación está recogida en el artículo 6 del Pacto de las Naciones Unidas de Derechos Civiles y Políticos y en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. El fundamento de estas disposiciones es el respeto a la vida. Estas convenciones privan al gobierno y a terceros del derecho de quitarle la vida a una persona en contra de su voluntad.

Estas disposiciones no pretenden alargar el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Lo que hacen es proteger a la persona de la violación del derecho a la vida. No consta en el texto ni en la legislación en qué casos se infringe ese derecho.

Según la interpretación corriente de las disposiciones citadas -formuladas de forma genérica- los Estados contratantes tienen un amplio margen de libertad para regular la protección de la vida en sus respectivos sistemas jurídicos. De las convenciones no se desprende una prohibición general de la eutanasia y ayuda al suicidio, sino que se exige "el respeto a la vida". Éste es el punto de partida de la Ley de la Eutanasia. Con la práctica de la eutanasia a petición voluntaria del paciente no se está privando deliberadamente a una persona de su vida, como se refieren los citados artículos.

El artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos dispone:

- El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece la pena de muerte.
- La muerte no se considerará infringida con infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza que sea absolutamente necesario: (a) en defensa de una persona contra una agresión ilegítima; (b) para detener a una persona conforme a derecho (...).

La Ley de la Eutanasia no se opone a los convenios internacionales ni a los derechos humanos fundamentales allí recogidos. El Gobierno holandés es el primero en garantizar estos derechos, sin llegar al extremo de impedir a las personas que decidan si su vida es digna. En Holanda, a diferencia de otros países, no está penalizado el suicidio.

Alemania

En Alemania, después de la Segunda Guerra Mundial, la eutanasia fue un tema tabú. Se lo ha comenzado a debatir en el Parlamento y es promovido en revistas médicas. Existe una Asociación de Eutanasia Voluntaria creada en 1981

Australia

La primera ley que autorizó la eutanasia en el mundo, entró en vigencia en el territorio norte australiano en 1988, pero con la oposición de la Asociación Médica de Australia que considera que la norma contradice fundamentos de la Constitución, pues esta prevé que únicamente el poder judicial pueda decidir acerca de la muerte.

Los aborígenes, por estimar que la nueva ley, constituía una ofensa a sus costumbres y creencias se opusieron ante la Corte. También se opusieron políticos y la Iglesia.

Australia es una Federación de seis estados autónomos: Australia Meridional, Australia Occidental, Nueva Gales del Sur, Queensland, Tasmania y Victoria. A la que se suma el Territorio de la Capital Australiana (Canberra) y el Territorio del Norte (Darwin).

El método desarrollado por Phillip Nitschke consistía en una pequeña pantalla, una jeringuilla con una solución letal, compuesta de barbitúricos y relajantes musculares y un tubo conectado a una vena del brazo del paciente. Todo el sistema conectado con una computadora.

El enfermo, al presionar la tecla "sí", da una señal a la computadora para que inyecte la solución en el tubo que está conectado a la vena, y en pocos segundos el paciente se duerme, los músculos dejan de funcionar y se interrumpe la respiración. (La Nación, 2 de julio de 1995)

Suiza

En Suiza, prevalece el criterio o la valoración del «móvil», se legisla de tal manera que, quienes comentan esa legislación dicen que «en forma oblicua» exoneran de la pena al que comete un homicidio piadoso con un «fin noble». En, la legislación se lee que tendrá una pena ese homicidio -no dice piadoso- o la ayuda al suicidio, cuando el fin «sea egoísta» mientras que cuando el fin «no sea egoísta», quedará exonerado quien lo cometa

América

Perú, es el primer país en Sudamérica que introduce la legislación oblicua.

En Latinoamérica en general, la eutanasia es un delito, como sucede en nuestro país.

En Uruguay, existe el "perdón judicial", figura que considera que cada caso debería ser puesto en manos de los jueces para que lo manejen con amplitud. Se trata de considerar cada caso en sí mismo, sin dogmas pre-establecidos.

Colombia

La Constitución colombiana considera a la persona como un sujeto moral, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que en primer término a él incumben, debiendo el Estado limitarse a imponerle deberes en función de los otros sujetos morales con quienes convive. Por esto, si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estimen deseable ni compatible con su propia dignidad.

Se considera que el deber del Estado de proteger la vida debe ser compatible con el respeto a la dignidad humana y frente a enfermos terminales que experimentan intenso sufrimiento, el estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita que le ayuden a morir en condiciones que él escoge o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas, y así el derecho a vivir en forma digna implica el derecho a morir dignamente.

En el homicidio eutanásico la actuación del sujeto activo carece de antijuridicidad porque se trata de un acto solidario que se realiza por solicitud de aquel que por su intenso sufrimiento, producto de una enfermedad terminal, pide que le ayuden a morir.

La interpretación "permisiva" del artículo 326 del Código Penal colombiano, según la cual se exime de responsabilidad al médico que comete homicidio eutanásico, se extiende a la ayuda al suicidio. Este artículo dispone una disminución de pena para el caso de homicidio eutanásico, pero la Corte Constitucional exime de responsabilidad al médico que con el consentimiento del paciente incurre en el hecho.

Estados Unidos:

En 1938 se crea la Sociedad de Eutanasia de los Estados Unidos que introdujo un proyecto de Ley en la legislatura de Nueva York. Y entre 1969 y 1977 inspiró una serie de proyectos para la "muerte por piedad" que aparecieron en cuatro pequeños estados de la Unión.

En 1976 el Estado de California aprobó el "Testamento en Vida", documento por el cual un adulto competente ordena que cualquier tratamiento que prolongue su vida no le sea aplicado a él en ciertas circunstancias.

En general la legislación muestra una inclinación a favor de los derechos del paciente a costa de la salvaguardia del mismo. El caso de Karen Ann Quinlan (1976) fue el que incentivó el debate en los Estados Unidos e inclusive en gran parte del mundo, acerca de la eutanasia o el derecho a morir. Otro caso que movilizó las opiniones sobre el tema fue el de Nancy Beth Cruzan, que podía vivir muchos años con el suministro de comida y líquidos, a través de un tubo. En el caso Quinlan la Suprema Corte de New Jersey permitió a la familia de la paciente retirarla de un respirador artificial en el cual se encontraba desde hacía 7 años en estado vegetativo (originado por una sobredosis de alcohol y drogas) en base de que "una arrolladora mayoría de americanos" estaba de acuerdo en que el aparato respirador de Karen debía ser removido.

Desde este caso unas cincuenta cortes en una veintena de estados han considerado el derecho del paciente a que un tratamiento sea retirado. Nancy Beth Cruzan, a los 32 años, había permanecido casi 7 años en un persistente estado vegetativo como consecuencia de un accidente ocurrido en 1983. Sus padres teniendo en cuenta los deseos de Nancy antes de ese accidente, requirieron al tribunal del circuito de Jasper County (Missouri) permiso para retirar la sonda que alimentaba a su hija, por cuanto la institución en que estaba internada se había negado a llevar a cabo tal procedimiento para evitar ulteriores responsabilidades. La corte de circuito, ordenó llevar a cabo lo requerido por los padres teniendo en cuenta el "derecho a la libertad" expresado en la constitución, pero el fallo fue apelado por el guardián "ad litem" y la Suprema Corte de Missouri revocó esa decisión.

Dichos casos jurisprudenciales, ya han sido desarrollados ut supra.

Más tarde la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos resolvió el caso Cruzan expresando que una persona cuyos deseos son claramente conocidos tiene un derecho constitucional a interrumpir la continuación del tratamiento que lo mantiene con vida. Fue la primera vez que el alto tribunal americano resolvió un caso que trata sobre el derecho a morir.

Actualmente en gran parte de los estados americanos los residentes pueden firmar un "living will" (testar la vida), un instrumento legal por el cual pueden solicitar no ser mantenidos vivos por medios artificiales de sustentación o que constituyan humanitarias medidas.

En junio de 1997, la Suprema Corte de los Estados Unidos se pronunció categóricamente en dos casos que tenían por materia justiciable al suicidio médico asistido (SMA), estableciendo que los enfermos "terminales" lúcidos tenían derecho constitucional a contar con la ayuda de un médico para acelerar su muerte, con lo cual los médicos habían adquirido el derecho de recetar dosis letales de medicamentos y/u otros preparados de igual efecto a enfermos "desahuciados" que padecían gran sufrimiento.

Pero la Suprema Corte de los Estados Unidos señaló que si bien los pacientes cuentan con el derecho a rechazar un tratamiento médico determinado, el SMA es un delito -distinguiendo así al suicidio médico asistido del derecho a rechazar un tratamiento médico- y declaró que la prohibición legal del SMA no viola las cláusulas constitucionales de protección de la igualdad y del debido proceso.

Jack Kevorkian

El doctor Jack Kevorkian, medico norteamericano, fue calificado por la publicación inglesa British Medical Journal como un héroe. Nadie ha demostrado un móvil discernible en su caso excepto el de que cree que su trabajo es correcto, escribió el editor John Roberts.

El «Doctor Muerte», como se lo llama, fue involucrado en 130 casos de suicidio asistido desde 1990.

La primera vez -también su primer caso de suicidio asistido, en 1990- debió responder por la muerte de Janet Adkins en Portland, Oregón. Pero el juez desestimó el cargo porque ninguna ley de ese estado prohibía el suicidio asistido. Por la misma razón quedó desvinculado de otra muerte en 1992.(33)

El 15 de mayo de 1996 Kevorkian reconoce haber facilitado 28 suicidios.

A Kevorkian se le atribuye el haber promovido el debate en los EE.UU. sobre el suicidio asistido, donde dos Cortes Federales de apelaciones han anulado Leyes Estatales que proscribían la intervención.

Kevorkian no cobra honorarios por sus servicios, ni por la fama. (La Nación, 9 de junio de 1996.-)

«El doctor muerte ingresó a Internet»; bajo este título, el diario El Chubut del día 16 de julio de 1996, informó que "Shirley Cline, enferma de cáncer terminal, no tenía una computadora en su casa. Sin embargo, cuando viajó a Michigan para ser asistida en su suicidio por el doctor Jack Kevorkian la mujer sabía que su cita había sido lograda a través de la red Internet".

«Según publica el New York Times la cita fue arreglada por Janet Good, quien también padece de cáncer y que a través de su trabajo en la Internet ha conectado a potenciales pacientes con Kevorkian».

John Hofses, fundador de la Sociedad "Derecho a morir", de Canadá, afirma: "No importa cuantas horas trabajo por día. Las horas que más disfruto son las que dedico a nuestra pagina en la World Wide Web de Internet. En Enero de 1995, Hofses, un ex critico de películas que vive en Vancouver, comenzó con la Deathnet (Red de Muerte) en la WWW. A través de esta pagina, los usuarios pueden hallar todo lo relacionado con los grupos "Derecho a morir".

Cline se convirtió en la persona número 32 en suicidarse con ayuda de Kevorkian.

El médico estadounidense Jack Kevorkian, mostró por televisión la eutanasia que le practicó a un paciente y amenazó con dejarse morir de hambre en la prisión si es arrestado.

"O me dejan libre, y entonces no podrán prohibir la eutanasia y el suicidio asistido, o me meten en prisión. Y entonces realizaré una huelga de hambre hasta morir", dijo Kevorkian durante una entrevista en el programa "Sixty Minutes" de la red televisiva estadounidense CBS.

"Deben acusarme -desafió durante el programa-. Porque si no lo hacen, eso significa que no creen que haya sido un delito".

Durante la nota, Kevorkian mostró la filmación del momento en que le dio una inyección letal a Thomas Youk, de 52 años, quien vivía en una silla de ruedas a causa de los efectos del mal de Lou Gehring.

"¿Está seguro de querer morir?", dice el médico, en la cinta difundida, mientras prepara la jeringa. El paciente no logra hablar pero con la cabeza asiente. En las imágenes, se ve que Kevorkian le pregunta si no prefiere esperar, a lo que Youk se niega dándole su aprobación a la aplicación de la inyección.

Otra parte de la cinta de video contiene las imágenes de Youk firmando un documento en el que autoriza a Kevorkian a proceder con la eutanasia.

Antes de divulgarse las imágenes de la muerte de Youk, Kevorkian había dicho "le demostraré una vez más al tribunal que la mía es una causa justa".

El médico, quien afirmó haber asistido la muerte de 120 personas desde 1990, dijo "desafío a las autoridades a arrestarme".

Kevorkian fue enjuiciado cuatro veces, con tres absoluciones y un proceso anulado por vicios formales. La policía de Michigan -donde reside Kervokian y se penaliza la muerte asistida con cinco años de cárcel desde el 1 de septiembre último- comenzó una investigación sobre la muerte de Youk.

Sin embargo, la fiscalía ya dijo que hasta ahora el video no es una prueba suficiente para empezar una acción penal contra Kevorkian.

Kervokian admitió su participación en la muerte de Youk sólo luego de un referendum que rechazó el 3 de noviembre la legalización de la eutanasia.

Mientras los representantes de distintos credos religiosos había protestado por la emisión del video, la CBS fue inundada por las protestas de parte de los titulares de los espacios publicitarios. Muchas empresas retiraron sus avisos, pidiendo que sean emitidos durante una edición posterior del programa.

La presencia del "Doctor Muerte" y la emisión del suicidio asistido a la eutanasia no les gustó a muchos de sus tradicionales partidarios.

Sus ex abogados Geoffrey Fieger y Michael Schwartz afirmaron que no fueron consultados por la inyección letal del 17 de septiembre pasado a Thomas Youk. (27)

En esta ocasión, Kevorkian afirmó que se había prestado a la filmación para provocar su propio arresto, para impulsar el debate sobre la eutanasia, que el médico considera un derecho individual.

El "Doctor Muerte" ya había sido acusado de asesinato en otras oportunidades.

Cabe destacar que son muy pocos los Códigos Penales que prevén la eutanasia como delito autónomo (Noruega, Uruguay y México).

En la practica judicial especialmente en los países anglosajones, el homicidio por piedad es generalmente castigado con el mínimo de la pena que corresponde al Homicidio Simple.(Maria T. Bertoglio de Brouwer y Maria V. Bertoldi, art. Cit.)

Organización Mundial de la Salud - Asociación Médica Mundial

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (O.M.C.) señala que la supervivencia del Código Hipocrático como piedra angular de la Deontología Médica radica fundamentalmente en la solidez de las bases establecidas para la relación médico-enfermo, así como para las interprofesionales, en cuanto que la **ética médica** tiene que abarcar siempre y en todo lugar esas dos verdades de los deberes del médico con sus pacientes y colegas: "Al maestro que sabiamente me enseñó este arte le veneraré como a mis propios padres".

Su influencia y difusión han sido enormes. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la O.M.S., formula los ideales hipocráticos en términos actuales: “Guardaré el máximo respeto a la vida humana desde su comienzo”.³⁶

Es en el párrafo quinto donde se habla de la **eutanasia**, y también del **aborto**, pues existe un paralelismo entre los dos; lo hace del modo siguiente: “Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré un abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”.

Estas palabras expresan con solemnidad y precisión el compromiso de respetar la vida humana que comienza y la que termina.

Y la Asociación Médica Mundial (A.M.M.), máximo organismo internacional en ética profesional, dice en su Declaración sobre la Eutanasia: “La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”.

Organización de las Naciones Unidas

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de Las Naciones Unidas de 1948 es un documento notable. Representa la primera vez en la historia humana en que las naciones del mundo estaban de acuerdo, «Todos tenemos el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas» (Artículo 3). Mientras nosotros estamos lejos de afianzar estos derechos para todos, el objetivo está claro.³⁷

Aunque todas las religiones aceptan el derecho a la vida, la Declaración no presume fundamento religioso, ni el Artículo 3 cuenta con fe religiosa. En cambio, el Preámbulo de la Declaración pone el desafío simplemente a la humanidad, nosotros debemos reconocer la dignidad inherente y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Se instruyeron a las naciones miembro de la ONU para publicar ampliamente la Declaración, y anunciarla, sobre todo en escuelas, para que fuera una inspiración continua a todos los ciudadanos.

Otras convenciones

Otras convenciones internacionales afirman:

- **La Convención Americana sobre Derechos Humanos:**

“Art. 1 Inc. 2. Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano”.

“Art. 4. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la Ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

“Art. 11. Inc. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”.

- **El Pacto internacional de derechos civiles y políticos:**

“Art. 6 Inc.1. El Derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la Ley, nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

- **La Convención para la prevención y la sanción del delito de genocidio:**

“Art. 2. En la presente Convención, se entiende por genocidio, cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional étnico, racial o religioso como tal:

a. Naturaleza del miembro del grupo.

b. Sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que haya de acarrear su destrucción física, total o parcial”.

- **La Convención sobre los derechos de los niños:**

Art. 6: 1. Los Estados partes reconocen que todo niños tienen el derecho intrínseco a la vida.

Art. 6 2. Los estados partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”.

La Constitución Nacional (1853-1994) en su Artículo 75 inciso 22; hace referencia a los tratados enunciados precedentemente y señalan que “tienen jerarquía superior a las Leyes, y que en las condiciones de su vigencia tienen Jerarquía Constitucional, porque no derogan artículo alguno, y deben entenderse como complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos.

A contrario se plantean sin embargo otras situaciones que tienen que ver con la lucha por el reconocimiento de otro derecho humano, el derecho de morir.

36. (Declaración de Ginebra – Asociación Médica Mundial).

37. (Declaración Universal de los Derechos Humanos).

8. La situación legislativa en Argentina

Como ya dijimos, nuestra legislación penal, sanciona en el Art. 83 con una pena de prisión de uno a cuatro años la instigación o ayuda al suicidio.

No prevé la eutanasia como delito autónomo.

Pero como requiere dolo directo (instigar o ayudar) se supone que tipifica la eutanasia llamada activa.

Siendo la eutanasia pasiva habitual en las prácticas médicas, es menester distinguir entre "medios ordinarios" y "extraordinarios". Los medios ordinarios son las medicinas, tratamientos y operaciones de las que se espera racionalmente un beneficio para el paciente, y que pueden ser obtenidas sin grandes gastos, dolores u otros inconvenientes por el estilo. Extraordinarios: las medicinas, tratamientos y operaciones que no pueden ser conseguidos sin grandes dolores o incomodidades padecidas, ya sea por parte del enfermo o de otras personas, o también por medios que no ofrecen esperanza razonable de provecho para el enfermo.³⁸

No existe norma legal ni ética, ni es un deber comprendido en la Lex Artis suministrar tratamientos inútiles a un moribundo.³⁹

El artículo 108 del Código Penal tipifica una figura de estructura omisiva, la omisión de auxilio. "Quien encontrando perdido o desamparado a un menor de diez años o a una persona herida o invalida o amenazada de un peligro cualquiera, omitiere prestarle el auxilio necesario, cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal o no diere aviso inmediatamente a la autoridad." El núcleo de la figura exige "perdida o desamparo". En el caso en análisis el paciente no se encuentra perdido o desamparado y el médico que no suministra un tratamiento ineficaz no está dejando de ejercitar la acción debida.

El art. 106 por su parte incrimina al que pusiera en peligro la vida o salud de otro —sea colocándolo en situaciones de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que iba a mantener o cuidar, o a la que el mismo autor haya incapacitado— imponiéndole una pena de prisión de 2 a 6 años. Este es un delito de peligro concreto que tipifica dos situaciones distintas: el desamparo y el abandono. En el primer caso cualquiera puede ser el sujeto activo y cualquiera puede ser el sujeto pasivo. En el segundo, en cambio, sujeto activo es únicamente el que tiene la obligación de mantener o cuidar a la persona que se encuentra abandonada a su suerte o a la que el mismo autor haya incapacitado. La utilización de tratamientos ineficaces o innecesarios no se subsume dentro del tipo penal de la Figura Delictiva. El médico que opta por no acceder a terapias innecesarias o no idóneas ni incurre en la conducta incriminada.

En nuestro medio, tal vez como reflejo de la problemática mundial, y en cierta medida respondiendo a una afligente angustia humana y vital, ha surgido la necesidad de que se dicte una legislación que ampare el derecho al buen morir, y por lo tanto el problema se ha instalado fundamentalmente en los círculos médicos, en los sectores religiosos, claustros universitarios y políticos.

Martín D. Farrel, en un artículo titulado: "Apresurando la propia muerte" sostiene que hay que distinguir cuatro puntos de vista desde los cuales puede examinarse la eutanasia: el moral, el religioso, el jurídico y el empírico. Propone que la moral sirva de fundamento para el examen del derecho, pero no que lo haga la religión.⁴⁰

La moral fundamenta sus juicios, la religión en cambio los ordena.

Hay principios morales que se encuentran tutelados jurídicamente y otros no.

No siempre el Derecho tutela postulados morales.

No siendo la eutanasia voluntaria, inmoral y viviendo una democracia y no en una teocracia, no hay impedimentos para que se dicte una ley que reforme el Código Penal, modificando el status jurídico de la eutanasia.

Concluye diciendo que hay que separar la moral de la religión, y permitir que la moral escrute al Derecho y no la Religión. Desincriminar la eutanasia voluntaria, como un subconjunto de acciones que configuran la ayuda al suicidio, y esto a su vez nos impone la obligación de tomar en cuenta el punto sociológico. Y diseñar una ley que evite todo exceso, impidiendo la posibilidad de actos de daño a un tercero, en contra de su voluntad bajo el pretexto de practicar eutanasia.

Los autores argentinos coinciden en que en nuestro país el problema del derecho a morir no tiene legislación, hay vacíos, y en general silencio en publicaciones especializadas. En nuestro Código Penal, los arts. 83, 81, 41 y 49; se relacionan con la instigación o ayuda al suicidio, y siempre lo tratan como delito.

38. (Dr. Jorge Kiper, ob.cit.)

39. (Isidoro Goldenberg, citado por la Dra. Bertoglio).

40. (Martín D. Farrel, "Apresurando la propia muerte", Perspectivas bioéticas en las Américas, págs. 92-99).

Uno de los casos que llegó a la Corte Suprema fue el de Bahamondez, un paciente internado en el hospital de Ushuaia que se negó a recibir transfusiones de sangre por razones religiosas (pertenecía a los "Testigos de Jehová"). Su negativa es rechazada en el ámbito judicial en primera y segunda instancia y en la Cámara Federal de Apelaciones de Comodoro Rivadavia que ordena la transfusión argumentando que la renuencia del enfermo implicaba un "suicidio lentificado" por vía de omisión, considerando que al ser la vida un bien supremo, no era admisible que el ejercicio de la libertad pudiera extinguirlo.

El expediente ingresa a la Corte Suprema por medio del recurso extraordinario pero en el ínterin el paciente mejora y es dado de alta, ante lo cual la mayoría de la Corte estima que se presenta una hipótesis de "cuestión abstracta" y obvia pronunciarse sobre el fondo del asunto. A pesar de ello tres votos de ministros del alto cuerpo entran a evaluar la temática constitucional, permitiendo detectar algunas líneas doctrinales en torno a los derechos constitucionales a la vida, ala salud, al curarse y al no curarse.

El voto de los Ministros Barra y Fayt en la sentencia de la Suprema Corte de Justicia parte de un encuadre legal, el art. 19 de la Ley 17.132 de ejercicio de la medicina que dispone que los profesionales deberán "respetar la voluntad del paciente en cuanto a su negativa a tratarse o internarse" y concluyen que el respeto por la persona humana es un valor fundamental en la Constitución respecto al cual los restantes valores son instrumentales. El concepto de dignidad de la persona hace que esta tenga un señorío sobre su vida y sobre su cuerpo, de tal modo que su libre elección a no aceptar transfusión de sangre debe prevalecer bajo el amparo del artículo 19 de la Constitución.

Por otra parte, el voto de los ministros Cavagna Martínez y Boggiano define el tema a la luz del principio constitucional de libertad religiosa del que se infiere que nadie puede ser obligado a actuar contra su conciencia. Sin embargo estos ministros advierten que hay un principio fundamental según el cual "nadie puede legalmente consentir que se le infrinja un serio daño corporal".

El voto de los jueces Belluscio y Petracchi partió del principio de que Bahamondez había argüido un supuesto derecho a la muerte o al suicidio y que cabía reconocer a toda persona una autonomía de su voluntad comprensiva de sus creencias religiosas.

En este caso se observa como cada ministro de la Suprema Corte, analiza y juzga el caso Bahamondez desde ópticas diferentes, arribando a conclusiones que guardan cierta controversialidad.

En nuestro país, un intento de normativizar el derecho a MORIR, lo constituyó el proyecto de ley del "Regimen de los Derechos de los Enfermos Terminales para interrumpir toda asistencia medica que signifique padecimiento".

Este proyecto, que no fue aprobado en 1996 por la Cámara de Diputados de la Nación, establecía como iniciativa que toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable o terminal, o haya sufrido un accidente que lo coloque en esa situación, informada fehacientemente, podrá oponerse a los tratamientos clínicos y quirúrgicos cuando ellos sean extraordinarios o desproporcionados y produzcan dolor o sufrimiento.

Para esta conflictiva decisión, se fijó un conjunto de requisitos, entre los cuales sobresalía la plena capacidad mental del paciente para decidir, aunque se habilitaba a terceros para autorizar la interrupción de tratamientos. **Además, la iniciativa prohibía expresamente la eutanasia.**

Entre las principales objeciones al proyecto se contó la que consideraba que la ley era innecesaria porque este derecho del paciente estaba legislado en el artículo 19 inc. 3; de la ley 17.132 de ejercicio de la medicina, y previsto en la Constitución Nacional.

Hubo opositores que consideraron al proyecto de ley, peligroso, en virtud de que los sistemas de medicina capitada obtienen ganancias pecuniarias con el no uso de los servicios, por lo que se podía encubrir e inducir; por lo tanto, a que aquellos con menos recursos debieran tomar decisiones sobre su muerte en relación a los costos de los sistemas de salud.

Además, algunos legisladores, consideraron a la ley confusa, por cuanto se prestaba dobles interpretaciones. Los médicos, especialistas, juristas, la iglesia Católica, se manifestaron al respecto, pero no pudieron sin embargo, romper con sus lógicas. Entre esas opiniones encontramos:

- La de Armando García Querol, profesor del Magisterio de Bioética de la Universidad Católica Argentina quien manifestó que el proyecto tuvo buena recepción, porque tendía a fortalecer el sentido y derecho de la persona, mas allá que debía pulirse los procedimientos.
- Para Ignacio Maglio, abogado miembro del Comité de Bioética del Hospital Muñiz, es fundamental que se empiece a tener en cuenta que el ser humano tiene que vivir dignamente hasta su ultima hora. Piensa que es fundamental que se permita al enfermo terminal decidir si continua o no con los tratamientos, pero remarca que es fundamental acompañar al paciente y cuidarlo mas allá de que no se lo pueda curar.
- Para Eloisa Abello, especialista en enfermos terminales "Dios es el único que puede disponer de sobre la vida y la muerte. El hombre no puede quebrar el orden natural".

- El doctor Manuel Luis Martí, miembro del Comité de Ética del Hospital de Clínicas piensa que toda persona tiene derecho a una vida y a una muerte digna, pero cree que no se puede legislar sobre un tema tan delicado que se enmarca en la libertad de conciencia entre el paciente y su médico.
- Para el doctor Jorge Mazzinghi, especialista en derecho de familia, es legítimo que una persona decida no someterse al ensañamiento terapéutico, pero hay que diferenciarse bien entre esto y la interrupción artificial de la vida. Considera que la intervención judicial es peligrosa y se manifiesta partidario de que antes de decidir un juez, debiera hacerlo la familia del enfermo terminal.

En nuestro país, la doctrina respecto del derecho penal también plantea opiniones divididas. Se pronuncian por la tesis de un rotundo rechazo a toda forma de eutanasia Terán Lomas, Rodríguez Varela, Pérez Compac, Isaac Freidenberg. Otros consideran ilícita la eutanasia activa, pero no la pasiva u ortotanasia. Otros se muestran partidarios de lo que podría sindicarse como solución intermedia, pues, por una parte reconocen la licitud del acto en el estado actual de nuestra legislación, y por el otro abogan por una tipificación atenuada con una eximición de responsabilidad a través de la "no exigibilidad" o "del perdón judicial". Sostienen esta posición Ernesto Ure, Marcos Herra, Nora Fernández Lauria, Jiménez de Asua. Levene (h) considera que el homicidio eutanásico o piadoso debe ser considerado un hecho menos grave que el homicidio común, y merecer una sanción menor (en 1953 propuso un proyecto). En opinión del doctor Jorge Buompadre, la eutanasia activa voluntaria puede ser justificada a partir de un enfoque ético. Desde el punto de vista del Derecho considera que esta clase de eutanasia, merece ser tratada en una disposición especial por el Código Penal, como causa de exoneración de pena para el autor que haya obrado conforme con las exigencias objetivas y subjetivas exigidas en la norma.

Desde hace años, el Congreso elude esta difícil problemática, aunque en diciembre de 2000, ingresaron tres proyectos que volvieron a encender esta inquietante cuestión.

Primero fue el diputado Carlos Raúl Álvarez, que en los días en que Carlos Menem asumía su reelección al frente del Poder Ejecutivo, presentaba un proyecto que instituía la "muerte digna" en la ley 17.132, ut supra mencionada.

Los diputados José M. Corchuelo Blasco y Carlos Raúl Álvarez presentaron en marzo de 1996, en la Mesa de Entradas de la Honorable Cámara de Diputados un proyecto de ley denominado: "Derecho de oposición al empleo de todos los tratamientos médicos o quirúrgicos que prolonguen la existencia, que produzcan dolor, sufrimiento y/o angustia en caso de enfermedades incurables, irreversibles o terminales, con las siguientes características":⁴¹

1. Tiene derecho de oponerse a todo tratamiento médico o quirúrgico que prolongue su existencia, toda persona mayor de edad que padezca una enfermedad incurable, irreversible o terminal, patológica o juzgada por el como inaceptable.
2. Que dicha enfermedad le produzca dolor o angustia.
3. En dicha circunstancia puede solicitar la interrupción de los tratamientos médicos o quirúrgicos que prolonguen su existencia, que solo le causen un perjuicio económico.
4. El profesional médico puede acceder a lo solicitado por el paciente si este es mayor de edad y que el profesional le conste el carácter terminal de la enfermedad y que no exista otro tratamiento médico aceptable para intentar la curación.
5. Un examen confirmatorio por otro profesional médico y un psiquiatra, que además determine la posibilidad de muerte, y que el paciente no estuviese atravesando un período depresivo.
6. Que la enfermedad le cause un gran dolor.
7. Que después de ser asesorado del tratamiento médico o quirúrgico por el profesional, manifieste su disconformidad al mismo.
8. Que al profesional médico le conste el estado de salud mental del paciente, y que un familiar en su presencia le firme la solicitud de interrupción del tratamiento.
9. Que hubiese transcurrido un mínimo de 48 horas y quien firme el certificado perderá todo beneficio económico o de otra naturaleza.
10. La solicitud del paciente es revocable.
11. Se incrimina como delito con una pena de prisión de cuatro a doce años, el que mediante engaño o influencia debida procure la firma o la testificación de solicitud de oposición a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos que prolonguen la existencia, que produzcan dolor, sufrimiento y/o angustia. Se configurará únicamente a título de dolo.

El diputado Luis Nicolás Polo presentó un proyecto que recoge la doctrina de la Iglesia Católica que se opone a la prolongación de la vida por métodos artificiales.

41. (Dr. Jorge Kiper, ob.cit.)

El diputado Bonino bajo el título de Ley de derechos de enfermos terminales, presentó un proyecto con cinco artículos por el cual faculta a todo sufriente de una enfermedad terminal y/o irreversible a solicitar asistencia médica para terminar con su vida, siempre que lo haga mediante un documento escrito, que sea mayor de edad y el diagnóstico de dos profesionales médicos especialistas que certifiquen que no existe una terapia razonable a aplicar. Debe ser firmado además por dos testigos que conozcan al enfermo y no sean parientes hasta el cuarto grado, debiendo ser uno de ellos el médico que haya iniciado el tratamiento.

Prohíbe la eutanasia activa.

La simple comparación de ambos proyectos muestra a las claras que el último es menos restrictivo, mucho más simple, sin tantos rigorismos y formalidades, menos exigente evitando a los familiares trámites complejos y a veces costoso.

Dos años después, Diana Gutiérrez, también representante justicialista bonaerense, se esforzaba, en su intento por modificar el artículo 82 del Código Penal, y crear la figura del "homicidio piadoso".

Se debe recordar, que el Código Penal Argentino, no anda con vueltas, y carece de un artículo que responda a las demandas de los enfermos terminales que no desean continuar con dolorosos tratamientos médicos. La figura de la eutanasia no existe, por lo que ayudar a morir a una persona es considerado por los jueces penales lisa y llanamente un homicidio simple. Ni siquiera se acerca a la eutanasia lo estipulado en el art. 83 del capítulo Delitos contra la vida del Código, el cual determina que "será reprimido con prisión de uno a cuatro años el que instigare a otro al suicidio o le ayude a cometerlo, si el suicidio se hubiese intentado o consumado".

Cristina Zuccardi presentó en la comisión encargada de los temas sanitarios de Diputados un proyecto referente a la eutanasia. Bajo el título de "Regimen del ejercicio del derecho de los pacientes con enfermedades terminales a consentir o a rehusar un tratamiento", y una extensión de doce artículos, esta legisladora del Frepaso hace hincapié en los derechos del paciente, abordándolos desde una perspectiva más humana.

El respeto a la autonomía y a la dignidad del paciente, de ejercer el derecho de consentir o rehusar un tratamiento médico, oficia de pilar de esta propuesta, que tiene como objetivo principal reconocer el derecho a morir con dignidad.

Zuccardi, tiene en el corazón de su iniciativa, lo estipulado en el art. 19 inc. 3 de la ley 17.132, que estipula que los médicos "deben respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia o alineación mental", pero cree que ha llegado el momento de "reglamentar realmente el ejercicio del derecho que tienen los pacientes de consentir o rehusar un tratamiento médico".

Juan Pablo Cafiero es el autor de una propuesta que apunta a "rehumanizar" la muerte y abrir las puertas al derecho de "morir en casa".

Cafiero dispone de un dato que llama la atención: el 64 % de los pacientes con enfermedades terminales prefiere pasar sus últimos días en sus hogares. Sabe él que el consentimiento de los pacientes se encuadra en la Argentina en los derechos personalísimos, que en el léxico jurídico son de carácter no negociables (art. 921 del Código Civil, que tutela el discernimiento que tienen las personas desde los 14 años de edad, y eso debe ser respetado).

A la Diputada Martínez, esta cuestión de la muerte digna le llega por partida doble, por médica y por legisladora. Desde su proyecto de ley titulado "Derecho de los pacientes", Martínez cree que las personas atendidas por médico, tienen derecho a aceptar o rechazar cualquier práctica terapéutica o interacción, como así también el derecho de elegir libremente al profesional en el área de la salud que considere adecuado para su atención.

A través de sus 17 artículos, la iniciativa de esta legisladora, también promueve el derecho a que al paciente se le otorgue copia de su historia clínica y de los informes y registros de los tratamientos indicados.

Ambos proyectos, tanto lo de Zuccardi como el de Cafiero; proponen en sus proyectos los denominados "testamentos vitales", que habilitan a los pacientes a establecer anticipadamente a que clase de procedimiento desean ser sometidos en sus últimos momentos de vida.

Ninguno de los proyectos mencionados en este trabajo recibieron sanción legislativa.-

9. Conclusiones

Cuando hablamos de eutanasia, aparecen en nuestra mente una y mil imágenes, ¿puede alguien tener derecho a decidir que lo mejor para él es morir, puede la familia de una persona incapaz de expresarse determinar que lo mejor para ella es la muerte?. A mi entender, creo que ante todo debemos tener en consideración al paciente y su sufrimiento.

Si la felicidad está en las pequeñas cosas de la vida, cerremos los ojos un momento, imaginemos así, nuestro futuro, nuestras ilusiones, nuestros proyectos de vida, y vemos que se concretan, pero basta con la imaginación....?, cuando realmente sabemos que todo lo que siempre quisimos nos es imposible de alcanzar, y los dolores y el sufrimiento se apoderan de todo nuestro cuerpo y se llevan nuestros anhelos, en esos casos...porque habríamos de impedir que ese hombre pueda recurrir a la eutanasia?.

No todos los casos que se quieren amparar bajo la expresión eutanasia, deben ser realmente contemplados. A mi entender, es necesario circunscribir el concepto de eutanasia a un ámbito limitado, a un ámbito que no abarque conceptos absurdos, como pretender que la legalización de la eutanasia, nos puede llevar a instaurar un medio de control demográfico.

Creo que hoy en día, no podemos seguir negando la realidad, la eutanasia existe, existió hoy y existirá siempre, es entonces necesaria una regulación, una normativa que nos permita otorgar seguridad jurídica a los casos en que considero es la eutanasia una practica viable.

Es en este momento que me resulta necesario dejar en claro un concepto fundamental: la eutanasia que a mi entender, debe ser legalizada y admitida, es aquélla que se realiza sobre un sujeto que -tras largos y penosos padecimientos y sin posibilidad alguna de mejoramiento- solicita (por sí o por medio de sus familiares) a su médico que lo ayude a morir. No comparto la idea de ninguna eutanasia de carácter selectivo, que propugne la eliminación de seres humanos con taras o deformaciones, o de los ancianos por el simple hecho de no constituir ya fuente productiva, lo que nos remontaría a tremendas y trágicas épocas -no tan lejanas- de nuestra historia universal.

Dentro del concepto de eutanasia que propongo, quedan comprendidos: a) los terminales irremediablemente a consecuencia de alguna enfermedad o de alguna herida -como los cancerosos, los enfermos de SIDA, los lesionados de muerte, etc.- que en plena conciencia de su estado demandan perentoriamente el fin de sus sufrimientos, dándolo a entender de un modo cualquiera. b) seres espiritualmente sanos, que por un acontecimiento cualquiera -tal vez por una herida grave- han perdido el conocimiento y que cuando salgan de su inconsciencia, si es que llegan a recobrar el sentido, caerán en el más miserable estado, en una condición enteramente desesperada, con destino de una muerte segura.

La eutanasia debe estar siempre inspirada en un móvil generoso, compasivo, y en ella se exige como requisito esencial el consentimiento de la víctima (o sus familiares). La eutanasia requiere como *conditio sine qua non* el consentimiento de la persona (o de sus familiares). A mi criterio, la eutanasia implica dos elementos inseparables e insustituibles: consentimiento y móvil piadoso.

Creo, asimismo, que es el medico quien debe llevarla a cabo, puesto que es el quien tiene como función no solamente curar al enfermo, sino aliviarlo en su dolor, y si no es posible la curación, por lo menos puede ahorrarle una cruel agonía, dado que el concepto más aceptado de la eutanasia consiste en dar muerte a una persona que padece un mal incurable, con su consentimiento, y con el fin de evitarle una larga y cruel agonía.

Actualmente, en nuestra ley la eutanasia activa está equiparada a un homicidio simple (art. 79 CP); en tanto que la eutanasia pasiva está aceptada hasta tal punto que la contempla la Iglesia Católica, el Nuevo Catecismo, al sostener que "con esto [este procedimiento] no se pretende provocar la muerte: se acepta no poder impedirla".

Rara paradoja de la que parecería desprenderse el hecho de que «no actuar» es totalmente distinto a «actuar», perdiendo así de vista que -desde el punto de vista penal- tanto la acción como la omisión presentan relevancia jurídica. Esto nos coloca ante el dilema de tener una conducta (u omisión) aceptada por el catecismo y repudiada y sancionada por el código penal. Por lo tanto, estimo que ambas conductas no deben estar penalizadas.

Debemos tener siempre en cuenta que no es el Derecho Penal quien -por norma- esté llamado a resolver los conflictos sociales. Antes bien, en un Estado de Derecho debe intentar procurarse un equilibrio entre las conductas individuales (las denominadas en la actualidad "autorreferentes", y amparadas por el art. 19 CN), y los intereses legítimos del cuerpo social.

Es menester destacar, que a mi criterio, el ser humano, desde su nacimiento hasta su muerte presenta una característica intrínseca a su individualidad, que es la "dignidad". Y es esta "dignidad" la que nos permite aseverar que no sólo debe tenderse a proteger la vida en cuanto a su cantidad sino también en su calidad. Tal es la "dignidad" del ser humano, que sus despojos merecen protección jurídica en cuanto a su inviolabilidad y al derecho a tener un ritual fúnebre.

Frente a éste, no existe un derecho individual de mayor entidad. Es así que amparados por el art. 19 CN, **me permito propugnar la desincriminación de la conducta eutanásica y su regulación a través de la legislación civil, debiendo ineludiblemente contemplarse el denominado "living will" -testamento vital-**, en los que adecuadamente se contemplen casos tan graves, como en los que estimo nos asiste el derecho a la eutanasia.

Cuando comenzamos a vivir, cuando estamos disfrutando plenamente de nuestra vida, vemos a la muerte como algo muy lejano, mueren nuestros vecinos, nuestros abuelos, nuestros padres, pero nosotros?...vivimos la vida sin tener conciencia real de que ella puede estar a la vuelta de la esquina esperándonos.

Al tomar conciencia de ello, al leer sobre tantas historias de vida, a las que las rodea la muerte, reflexiono, y pienso que opinar cuando nuestros sentimientos no están involucrados es fácil, pero que si se tratara de nosotros mismos, de nuestro dolor, de nuestro sufrimiento, ¿tendría otra persona derecho a decirnos que estamos obligados a vivir a costa de lo que sea?, ¿vivir es una obligación?. Realmente no lo creo, vivir es algo maravilloso, si somos religiosos es una gracia de Dios, pero vivir con dolores, con sufrimiento, inconcientemente, sin dignidad, no puede ser una obligación.

Por lo tanto, nos asiste el derecho de que la eutanasia sea contemplada en nuestra normativa, de manera tal, que quienes se encuentren en una situación de desesperanza y sufrimiento vean que el Estado ha compartido su dolor. Compartir su dolor es comprenderlo. En caso contrario, lo privaríamos de su libertad, y privarlo de su libertad implicaría agregar una condena mas, a la que ya pesa sobre sus hombros.

En síntesis, creo necesaria la legalización de la eutanasia en los casos que ut supra he mencionado, contemplándose, asimismo la regulación de los testamentos vitales.-

Según mi criterio, una ley que admita la eutanasia, debe contemplar, que no se puede acceder a cualquier solicitud de eutanasia, sino que solo se deben resolver favorablemente casos específicamente contemplados en ella y previo cumplimiento de requisitos estrictos en ella establecidos.

Los médicos, deben ser quienes se encarguen de practicarla, pero no pueden estar obligados a ello, en caso de que el medico que atiende a un paciente que solicita eutanasia, no este dispuesto a practicarla, es menester recurrir a otro profesional, que convirtiéndose en el medico personal del paciente, recepte en sus convicciones favorablemente la eutanasia.

El medico, en su caso, habiendo agotado con el paciente todas las alternativas de tratamiento, y no encontrando en el caso ninguna perspectiva de mejora, debe llegar al convencimiento, junto con su paciente, es decir a solicitud de este, o de sus familiares en su caso, que no existe otra solución razonable.

Siendo, menester, asimismo, la opinión de otro profesional medico que avale el diagnóstico y perspectiva de futuro del paciente, emitida por el medico personal del paciente, que es quien entiendo, debe practicarla, salvo convicciones personales a su respecto. Ello, ya que, es menester que conozca al paciente, a sus familiares, para poder juzgar si la petición de eutanasia es debido a la libre voluntad del paciente, de sus familiares en su caso, y si sobre todo se debe a que el paciente sufre de manera insoportable dolores que le hacen imposible continuar con su normal vida, puesto que de lo contrario, se lo estaría condenando a la obligación de vivir.

Asimismo, es imprescindible en nuestro país el desarrollo de la asistencia sanitaria y sobre todo de los cuidados paliativos, que ayudan a disminuir el sufrimiento, a controlar el dolor en determinados casos. Pero cabe destacar, que aún existiendo una organización adecuada de cuidados paliativos y correcta atención, el sufrimiento de los pacientes puede no ser evitado o disminuido en forma alguna, y es allí donde la eutanasia se hace presente.

Una vez que el medico, juntamente con el paciente o sus familiares han estimado conveniente, en el caso concreto, la aplicación de la eutanasia, debería dicha decisión en un proceso breve y rápido, ponerse a consideración de una Comisión de especialistas médicos y juristas. Su creación debería estar contemplada en la ley que la legalice, y solo podría desestimar las peticiones cuando no se cumplan con los requisitos previstos en ley, respecto de la verificación de la actuación del medico, de las circunstancias de la enfermedad, y del consentimiento del paciente, o sus familiares. Aun, cuando la solicitud sea rechazada tras la verificación por la Comisión, el medico no será pasible de sanción alguna, siempre que haya actuado con diligencia, probidad y buena fe.

Caso contrario, si el medico no ha actuado conforme la ley, las actuaciones deben pasar a la justicia penal, para que se inicien las acciones legales del caso.

El plazo de verificación de la solicitud por parte de la Comisión debe ser breve y libre de burocracia, puesto que en casos como en los que es dable admitir la eutanasia, cada día que pasa implica para el paciente un sufrimiento y un dolor que se repite a cada instante y lo mantiene en una situación física y psíquicamente inigualable.

Dolor, desahucio, muerte digna, son motivos que habrían de inspirar el dictamen en nuestro país, de la ley que admitiría el instituto, y que debiera contemplar, asimismo, para evitar inconvenientes futuros y controversias, respecto del consentimiento, la posibilidad del dictamen de testamentos vitales, en forma análoga a los demás testamentos contemplados en nuestro Código Civil.

Estos, deberían ser inequívocamente revocables, y su dictamen, esencialmente, un derecho al alcance de todos los seres humanos que viven en un Estado de derecho, al cual le confiaron una parte de su libertad, no toda, y del cual hoy esperan los comprenda y comparta su dolor.

10. Bibliografía

- Arcusa, Eduardo: Responsabilidad Medica. Editorial Paulinas.
- Bacigalupo, Roberto. Manual de Derecho Penal. Editorial Temis. 1999.
- Blanco, Luis Guillermo, Muerte Digna. Consideraciones bioéticas – jurídicas.
- Buompadre, J.E.: Derecho Penal II- Edic. del Centro. Corrientes, 1993 – Arg.
- Ciccone, L.: La Ética y el término de la vida humana – En Manual de Bioética General. Ed. Rialp. Madrid 1997.
- Farrel, Martín Diego. La ética del aborto y la eutanasia. Editorial Abeledo Perrot.
- Kiper, Jorge. La justicia en la sociedad que se avecina. Editorial Losada.
- Lavados Manuel y otros: Problemas contemporáneos en Bioéticas. Edic. Universidad Católica de Chile, Sgto. de Chile, 1990.
- López Aspirtarte, Eduardo: Etica y Vida. Editorial Paulinas.
- Quintana Trias, Octavio. Principios eticos en relacion a la vida y la muerte.
- Ravaioli, Luis A.: Valoración Etica de la Eutanasia. Editorial Serviam. Buenos Aires.
- Rivera, J.: Instituciones de Derecho Civil. Editorial Abeledo Perrot. 1998.
- Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe – Tratado sobre la eutanasia.