

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

Facultad de Ciencias Económicas y Jurídicas

Seminario Sobre Aportaciones Teóricas y Técnicas Recientes

TITULO: “Eutanasia: disyuntiva entre el poder y la plenitud de las libertades individuales”

Alumno: Corroinca, Maximiliano Jesús
Klor, Boris Iván
Miró, Elian Pablo

Asignatura sobre la que se realiza el trabajo: Derecho Penal II

Encargado de curso Prof: Aguirre, Eduardo Luis

Año que se realiza el trabajo: 2011

Eutanasia: disyuntiva entre el poder y la plenitud de las libertades personales

Universidad Nacional de La Pampa

Facultad de Ciencias Económicas y Jurídicas

Abogacía

Seminario sobre aportaciones teóricas y técnicas recientes

Integrantes: Corroinca Maximiliano Jesús, Klor Boris Iván,
Miró Elián Pablo

Índice General

Introducción. Página 3

Concepto de Eutanasia. Página 5

Evolución Histórica de la Eutanasia. Página 8

Argumentos a favor y en contra de las prácticas eutanásicas. Página 12

Relación Suicidio-Eutanasia. Página 17

La Eutanasia desde un análisis penal y criminológico. Página 20

La Eutanasia desde un enfoque Bioético.- Página 23

Análisis de Ley 26529 sobre Régimen de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Página 26

Tratativa del Proyecto de modificación de la ley sobre derechos del paciente, incorporación del concepto de Muerte Digna en la legislación Argentina. Página 31

Análisis de debate sobre despenalización de las prácticas Eutanásicas entre el Dr. Rafael Pineda y la Dra. Gisela Farías. Página 44

Eutanasia, ¿un derecho sobre la propiedad del cuerpo?. Página 54

Conclusión. Página 57

Bibliografía consultada. Página 60

Introducción

Abordar el tema de la eutanasia implica inmiscuirse en un debate que ha atravesado diversas formas de comprenderlo y que tiene como consecuencia hoy en día sus detractores, como así también quienes apoyan la despenalización de este tipo de prácticas.

Para comenzar a plantear el problema por medio el cual se desarrollará el presente trabajo, más allá de toda clase de argumentos tanto a favor y en contra, el interrogante más importante, es saber hasta qué punto una sociedad está dispuesta a tolerar el ejercicio de las libertades individuales, que deben existir en todo momento.

Posicionarse en una postura meramente ortodoxa y paternalista, implica entender a este tipo de prácticas como negativas y antinaturales, ya sea desde un argumento religioso o filosófico; por el contrario tener una mirada más progresista, y por sobre todo humana, permite abordar el tema con mayor objetividad, sin perder de vista los pros y las contras que pueden surgir, pero siempre avalando la idea de que cada ser humano es autónomo a la hora de emprender un proyecto de vida, desde su nacimiento y hasta su final, la muerte, que inevitablemente y de forma intrínseca forma parte de esta.

La democracia de una sociedad se construye por medio de consensos, que siempre surgen ante la existencia de ideas antagónicas, pero desde un debate objetivo e interdisciplinario, resultan ser más fructuosas las conclusiones a las que se pueden arribar.

Analizando la eutanasia, desde las ciencias de la salud, desde la perspectiva de los derechos humanos, con fundamentos propios de la bioética, más un enfoque jurídico- penal, y sin duda desde su evolución histórica, permitirá arribarse a la posibilidad de generar argumentos más progresistas, que se encuentren en concordancia con el respeto a quienes

piensan distinto, permitiendo ejercer una herramienta de conciliación entre facciones que de antaño no se han propuesto un debate.

Sin que esto implique la imposición de un pensamiento único o indiscutible, sino que por el contrario permita encontrar la manera de convivir en igualdad en una sociedad pluralista y con respeto entre una gran diversidad de individuos, sin distinguir en razón de las convicciones religiosas, ideológicas, étnicas o intelectuales.

El Estado, no debe ser un ente regulador de las libertades limitándolas coactivamente, sino que el poder que ejerza y que restrinja los derechos y libertades personales debe fundarse y adecuarse a un límite razonable.

Las sanciones penales, parecieran ser la solución para quienes se oponen a la eutanasia y al suicidio asistido, pero desde esta perspectiva solo se imponen formas de vivir o de morir, que no generan igualdad, sino que por el contrario reflejan la imposición del pensamiento de las culturas dominantes por sobre las minorías.

La función del derecho penal consiste en acotar el poder punitivo de las agencias penales, legislar para restringir o sancionar, implica utilizar aquel como “primera ratio”, a una cuestión que excede lo criminológico, evitando tomar una decisión política que aborde el debate generando consensos y proponiendo soluciones.

Planteadas estas cuestiones, el desarrollo del presente, implicará buscar las deficiencias de los argumentos que en la cotidianeidad del tema se pueden esbozar, pero a su vez sacar a la luz la manera de aceptar las libertades como los derechos inherentes al ser humano y las cuestiones que se reservan exclusivamente al ámbito privado, exentas de la autoridad de los magistrados.

Concepto de Eutanasia

Definición de la real academia española: del griego ethos, bien; y thanatos, muerte. Muerte.

1. f. acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él. // 2. Med. Muerte sin sufrimiento físico. Es la acción u omisión por parte del médico con intención de provocar la muerte del paciente por compasión.

Este concepto, puede clasificarse teniendo en cuenta diferentes cuestiones:

- De acuerdo a la acción ejercida o conducta desplegada

Eutanasia activa: es la eutanasia que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente.

Eutanasia pasiva: es aquella que se provoca por omisión intencionada de cuidados o tratamientos de los cuales depende la continuidad de la vida del paciente.

Eutanasia activa directa: consiste en la materialización de una acción ejercida sobre el cuerpo del paciente.

Eutanasia activa indirecta: consiste en un hacer voluntario del médico, orientados a paliar los sufrimientos del paciente que necesariamente traen como consecuencia el acortamiento de la vida.

Eutanasia pasiva directa: acción por omisión dirigida hacia el paciente para obtener como desenlace la muerte.

Eutanasia pasiva indirecta: conducta omisiva que produce consecuencias y por el curso natural de las cosas trae aparejada la muerte.

- De acuerdo a quien ejerce esa acción

Eutanasia autónoma: es la preparación y provocación de la propia buena muerte sin intervención de terceras personas.

Eutanasia heterónoma: resultante de la acción o participación de otra u otras personas.

- De acuerdo a la voluntad del paciente

Eutanasia voluntaria: es la que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.

Eutanasia involuntaria: es aquella practicada sin el consentimiento del paciente.

- De acuerdo al resultado del tratamiento

Muerte digna u ortonasia: es la muerte provocada con todos los alivios médicos adecuados y la mayor contención humana posible.

Distanacia: es la muerte producida en malas condiciones como consecuencia de un mal tratamiento o relacionada con un encarnizamiento terapéutico.

Criptanacia: es el acto de eutanasia provocado en un contexto ilegal o ámbito de clandestinidad.

Sedación terminal: es la práctica médica de inducir el sueño del paciente para que no sienta dolor, generalmente con una sedación acompañada de analgésicos para que los potencie manteniendo la conciencia del paciente (buscar desenlace trágico de la sedación terminal)

- De acuerdo a la extensión del tratamiento

Tratamiento terapéutico: es la práctica canalizada en un plan terapéutico que persigue como fin último salvar la vida sin incurrir en una obstinación que lleve a los médicos a intentar por cualquier medio a mantener con vida al paciente, medios que carecen incluso de cualquier sentido ético. Se trata de evitar una prolongación innecesaria del sufrimiento o mantenimiento con vida biológica de un paciente inconsciente.

Encarnizamiento terapéutico: consistente también en una obstinación carente de fundamento llevada adelante por medio tratamientos inútiles, o útiles pero que son desproporcionadamente molestos o costosos en relación al fin que persiguen prolongando en el tiempo el padecimiento del convaleciente de una manera innecesaria.

Evolución Histórica de la Eutanasia

Abordar el tema de la eutanasia, requiere no solo plasmar las consideraciones axiológicas y posturas a favor y en contra de los diferentes sectores sociales que determinan la aplicación o no de la práctica, sino también conocer algunos antecedentes históricos que han llevado a la construcción del concepto actual, para comprender integralmente y encontrar los fundamentos que dan origen a los posicionamientos sociales en virtud de las decisiones político-estatales.

Es necesario considerar que el sentido y significación del concepto de eutanasia ha variado lo largo de la historia, producto de la comprensión e interpretación del concepto de vida por parte de las culturas dominantes en los diferentes períodos históricos.

La eutanasia como concepto medico-jurídico es relativamente nuevo, si se considera que la acuñación del término se remonta a los orígenes de la civilización occidental, en la antigua Grecia.

La civilización griega fue la primera en utilizar el término eutanasia, para quienes significaba buena muerte. La misma era aprobada por el estado, ya que los gobernadores contaban con un veneno para todo aquel que deseaba morir, otorgándoles a su vez una autorización oficial.

Si bien en la sociedad griega se aceptaba la eutanasia como práctica ideada hacia un buen morir, con la finalidad de evitar la mala vida, la decisión no dejaba de depender del estado en carácter de administrador de la vida de los ciudadanos.

Allí la eutanasia no planteaba problemas morales porque se entendía que una mala vida no era digna de ser vivida, ya comprendiendo la vida como inseparable de la dignidad del hombre.

En Roma la disposición de la vida se manifestaba a través de la concesión del suicidio a los enfermos terminales, porque se creía que tenían motivos suficientes y valederos para hacerlo. Por lo que solo se penalizaba al suicidio materializado sin relación al padecimiento de una enfermedad. Considerando que vivir notablemente, significaba por lo tanto morir de la misma manera. Tal es así que a los aristócratas prisioneros se les concedían frecuentemente evitar ser ejecutados mediante la opción del suicidio.

Esta metodología comenzó a cambiar radicalmente cuando el suicidio empezó a ser castigado con la negación de una “cristiana sepultura” a la persona que violentaba contra su propia vida. Hecho que con el comienzo de la edad media y la expansión de las creencias religiosas cristianas se acentuó. La vida ya no le pertenece mas al hombre sino que le pertenece a Dios y como tal, cualquier forma de disponer de aquella (eutanasia, aborto, suicidio) es considerada un pecado.

La doctrina cristiana con su concepción de la divinidad de la vida humana reemplaza el concepto de respeto a la vida afirmado sobre la base de la dignidad como postulaban los griegos. Reforzando de esta manera la postura hipocrática claramente opuesta a la eutanasia y consolidándola en el pensamiento medico europeo a partir de la Edad Media.

El crecimiento del poder de la iglesia como institución, fue eliminando cualquier otra forma de pensar a la eutanasia que no fuera como un pecado. La inquisición fue la materialización de ese absoluto poder del que disponía la iglesia, “apropiándose de la vida”.

Sin embargo, el dominio de la iglesia se fue debilitando producto de un renovado interés por el individualismo durante el Renacimiento. Esto favoreció a flexibilizar todas aquellas decisiones morales referidas a la vida y a la muerte, poniendo en discusión nuevamente la eutanasia y el suicidio.

Algunos pensadores como el filósofo inglés Francis Bacon, en 1623, es el primero en retomar el antiguo nombre de eutanasia y diferencia dos tipos: la «eutanasia exterior» como término directo de la vida y la «eutanasia interior» como preparación espiritual para la muerte. Con esto se refiere, por un lado, a la tradición del «arte de morir» como parte del «arte de vivir», pero agrega a esta tradición algo que para la Edad Media era una posibilidad inimaginable: la muerte de un enfermo ayudado por el médico. Tomás Moro, en “Utopía” (1516), presenta una sociedad en la que los habitantes avalan y aceptan el suicidio y también la eutanasia activa, sin usar este nombre.

Ya durante finales del siglo XIX y principios del siglo XX la discusión sobre las prácticas eutanásicas pasan del terreno hipotético filosófico-moral para ser valoradas en el plano real.

Con motivo de las situaciones bélicas y la escasez económica que estas generaban, sobre todo en tiempos de la primera guerra mundial, se sustenta la matanza de lisiados y enfermos mentales.

Ya en la segunda guerra mundial la realidad de los programas de eutanasia se contraponían con los ideales con el que se defendía su implementación. Los médicos durante el régimen nazi hacían propaganda en favor de la eutanasia con argumentos tales como la indignidad de ciertas vidas que eran, según aquella propaganda, merecedoras de compasión, para

conseguir así una opinión pública favorable a la eliminación que se estaba haciendo de enfermos, considerados minusválidos y débiles según criterios médicos.

Ante la realidad de los crímenes médicos durante el régimen nazi, en los Juicios de Núremberg (1946 – 1947) se juzgó como criminal e inmoral toda forma de eutanasia activa y además se estableció expresamente, que es ilegal todo tipo de terapia y examen médico llevado a cabo sin aclaración y consentimiento o en contra de la voluntad de los pacientes afectados.

Argumentos a favor y en contra de las prácticas eutanásicas

Muchas son las posturas con respecto al concepto, alcance y fiabilidad de la eutanasia, es un tema tan debatido que hay tantos argumentos a favor como en contra y por ende es difícil arribar a posturas poco conflictivas.

La eutanasia trata el tema ético muy de cerca, disputándose en él, el tema de la dignidad humana, que en caso de defenderla podría argumentarse sobre la base del derecho a elegir libremente el momento de la propia muerte o el respeto a la autonomía de la persona que decide por si misma lo que quiere para ella; pero para quienes se contraponen, la dignidad humana obliga a oponerse a la eutanasia, por considerarla una arbitrariedad humana frente a un problema moral, ya sea fundamentado en la religión o en principios de carácter laico e incluso ateos o en la inviolabilidad de la vida humana, la defensa de su dignidad independientemente de las condiciones de vida o la voluntad del individuo implicado.

Argumentos a favor

Un análisis profundo y reflexivo al respecto debe implicar no influenciarse por las concepciones morales y religiosas impuestas, lo cual es sin duda difícil, pero hay que considerar que al existir un derecho a la vida, la dignidad y libertad de la persona humana, es también imprescindible que exista un derecho a morir dignamente y esto se traduce en la eutanasia, que es una salida válida para un enfermo terminal que ya no desea sufrir más, es una decisión íntima y personal, que sólo corresponde tomar a la persona en cuestión.

Médicos

Desde siempre, los médicos han participado en la toma de decisiones sobre el fin de la vida y actualmente es común suspender o no instaurar tratamientos en determinados casos, aunque ello lleve a la muerte del paciente. Sin embargo, a veces los médicos deciden por su propia parte si el paciente debe morir o no y provocan su muerte, rápida y sin dolor. Es lo que se conoce como limitación del esfuerzo terapéutico, limitación de tratamientos o, simplemente, eutanasia agresiva. Normalmente la eutanasia se lleva a cabo con el conocimiento y anuencia de los familiares y/o curadores del paciente.

En medicina, el respeto a la autonomía de la persona y los derechos de los pacientes son cada vez más ponderados en la toma de decisiones médicas.

En sintonía con lo anterior, la introducción del consentimiento informado en la relación médico-paciente, y para éstas situaciones, la elaboración de un documento de voluntades anticipadas sería una buena manera de regular las actuaciones médicas frente a situaciones hipotéticas donde la persona pierda total —o parcialmente— su autonomía para decidir, en el momento, sobre las actuaciones médicas pertinentes a su estado de salud.

Jurídicos

El derecho debería asegurar los mecanismos para regular el acceso a la eutanasia de los pacientes interesados que cumplan los requisitos especificados legalmente; así como la legalidad y transparencia de los procedimientos.

La sociedad moderna basa su ordenamiento jurídico en la protección de los derechos humanos. En este sentido, cada enfermo, en correlato con el ejercicio de su derecho a la

salud, tiene derecho a decidir informadamente sobre los asuntos que pertenecen a una esfera tan privada como su cuerpo; y en virtud de esto, decidir cómo quiere seguir -o no seguir- viviendo.

Contemplación jurídica en distintos países

El Código Noruego, en su art. 235, arbitra una pena menor para la eutanasia, y los códigos penales de Perú, de 1924 (art. 157), de Colombia, de 1936 (art. 364), y de Uruguay, de 1938 (art. 37), se acogieron a la doctrina del perdón judicial.

En el cantón de Zurich, en Suiza, se celebró un referéndum el 27 de septiembre de 1977 a fin de legalizar la eutanasia. El referéndum tuvo éxito, pero fue rechazado por el Consejo Nacional federal el 6 de marzo de 1979.

En Inglaterra los proyectos legalizadores de 1936 y 1939 no prosperaron.

En Estados Unidos, el de California —y luego otros siete Estados— aprobó, para entrar en vigor el 1 de enero de 1977, el «Natural Death Act». Esta ley, con criterio ortodoxo, distingue la eutanasia activa y pasiva, prohibiendo ambas, ya que incluso en la pasiva se produciría la muerte por falta del tratamiento adecuado, de la ortotanasia, que permite autorizar a los médicos la no aplicación o suspensión de la técnica reanimatoria a los pacientes adultos afectados por una enfermedad en fase terminal, con tal de que lo haya pedido por escrito.

Argumentos en contra

La doctrina respecto a la posición de estar en contra de la práctica de la eutanasia es muy variada y rica y sustentan su postura en diferentes fenómenos sociales, culturales y religiosos.

La vida humana es sagrada e inviolable y es absolutamente inaceptable la eutanasia ya que la vida del hombre no debe ser suprimida, puesto que el respeto de la vida exige que la ciencia este siempre ordenada al hombre y su desarrollo integral. Además la sociedad debe respetar, defender y promover la dignidad de cada persona humana, en todo momento y condición de su vida.

Asociación Médica Mundial

Considera contrarios a la ética y condena tanto el suicidio con ayuda médica como la eutanasia. En cambio recomienda los cuidados paulatinos.

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

Países bajos

En el caso de los Países Bajos, uno de los primeros países en despenalizar al médico que practique la eutanasia, es Holanda. El estudio Remmelink reveló que en más de mil casos el médico admitió haber causado o acelerado la muerte del paciente sin que éste lo pidiera,

por razones variadas, desde la imposibilidad de tratar el dolor, la falta de calidad de vida o por el hecho de que tardara en morir.

Iglesias

La postura de las iglesias cristianas (la Iglesia Católica Romana y de las Iglesias evangélicas y pentecostales) a nivel mundial, es mayoritariamente contraria a la eutanasia y al suicidio asistido.

Pero las iglesias luteranas y metodistas, como asimismo la mayoría de las afiliadas a la Comunión Anglicana se oponen en principio, pero dan espacio para la decisión individual caso a caso. Por otro lado, varias iglesias han optado por no pronunciarse a este respecto y enfatizar el valor de la conciencia individual en cuestiones éticas, es el caso de las iglesias católicas afiliadas a la Unión de Utrecht, y algunas Iglesias presbiterianas, entre otras.

Durante el siglo XIX y XX el Magisterio de la Iglesia católica ha creado en el imaginario social una opinión contraria a las prácticas eutanásicas, reflejos de ello son las diferentes encíclicas papales a lo largo de la historia

Juan Pablo II trató el tema en su encíclica *Evangelium Vitae*:

“Se da ciertamente la obligación moral de curarse y de hacerse curar, pero tal obligación debe confrontarse con las situaciones concretas; es necesario valorar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejora. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia, más bien expresa la aceptación de la condición humana ante la muerte”.

Relación Suicidio-Eutanasia

Etimológicamente suicidarse, deriva de la unión de las palabras latinas sui (sí mismo) y caedere (matar), significando literalmente “acción de matarse a sí mismo”. Se podría definir como toda aquella conducta que va encaminada hacia la autodestrucción –por acción u omisión– del propio sujeto.

Históricamente el suicidio fue repudiado desde todo punto de vista a pesar de que en los orígenes de la civilización occidental esta conducta era socialmente aceptada y dignificante en ciertas situaciones, tanto en la civilización griega como romana. Incluso hasta la cultura oriental no fue ajena a esta concepción, de antaño el ritual del harakiri practica del código de los guerreros samurái, era habitual antes de ver su vida deshonrada por un delito o falta. Fundamentando tal conducta en la entrega de la vida a una muerte gloriosa.

Pero estas concepciones se vieron menguadas con la expansión y fortalecimiento de los dogmas cristianos. Que como consecuencia fueron receptados en las normas jurídicas reguladoras de la conducta humana en las diferentes sociedades.

Un ejemplo de ello es la figura del artículo 83 de nuestro Código Penal, que sanciona la complicidad de quien instigue o colabore con la consumación del acto, ante la impotencia de no poder sancionar a quien se quita la vida.

Ésto resulta de la concepción clásica de que la sanción punitiva y la tipificación de conductas, que en las culturas dominantes son reprochables, sean la solución para crear en la sociedad una conciencia de qué conductas son disvaliosas, legislando y creando tipos penales sin racionalizar el poder punitivo y desvirtuando con ello la función que debe tener el derecho penal.

Esta concepción del suicidio también se transpola a la práctica eutanásica, concibiéndola a esta también disvaliosa socialmente y asimilándola a la figura del suicidio sin tener en cuenta las grandes diferencias que se aprecian entre una y otra.

El análisis del suicidio y la eutanasia se interpretan en virtud de la protección del bien jurídico de la vida, pero la condición de quien se quita la vida difiere de quien solicita la eutanasia, pues éste se encuentra siempre en la calidad de paciente.

En el suicidio una vida normal se extingue artificialmente por una decisión voluntaria, en cambio en la solicitud de eutanasia, la decisión voluntaria de un paciente extingue una vida que es sostenida por medios artificiales.

Es un rasgo característico y exclusivo de la eutanasia tener la calidad de paciente con un estado de salud irreversible que cause sufrimientos físico-mentales y que resulten insoportables. A su vez no debe existir una alternativa razonable (desde el punto de vista del paciente) que alivie su sufrimiento.

La eutanasia se debe llevar a cabo necesariamente por un médico, a petición explícita e informada del paciente y recurriendo a una consulta con otro profesional independiente, debiendo adherir a la decisión formulada.

Otras de las características distintivas de la eutanasia es la petición voluntaria formulada por el paciente, que debe ser expresada y manifiestamente exteriorizada, a diferencia de la decisión voluntaria del suicidio que casi como característica inherente es una decisión premeditada y oculta en la mayoría de los casos, conociéndose en el mismo momento que se realiza el acto.

Ante las diferencias señaladas, la negativa a legalizar la eutanasia con fundamento en la conducta disvaliosa, es equivalente a sancionar la conducta del suicida, esta sanción al poder dispositivo sobre la vida que se torna ineficaz en el suicidio, en la eutanasia trae aparejado la vulneración del derecho humano a la salud, a la libertad, a la integridad física y aun mas, atropella la dignidad de las persona.

La Eutanasia desde un análisis penal y criminológico

Jiménez de Asúa establece dos grupos que entrarían dentro del concepto de eutanasia: a) los perdidos irremediamente 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 aproximación de la figura de la eutanasia con el derecho penal, debe analizarse en principio en relación a la figura delictiva de la instigación y ayuda al suicidio, según la Dra. María Susana Ciruzzi.

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, como un acto influyente producto de intelectualidad, prescindiendo de toda coacción.

La expresión ayuda comprende la cooperación material al hecho del suicidio del tercero, cualquiera sea su especie o calidad.

La diferencia entre ésta 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 configuraría 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).

Por ende el concepto de eutanasia no implica la ayuda o instigación al suicidio sino que comprende una 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.

La eutanasia está siempre inspirada en un móvil generoso, compasivo, y en ella se exige como requisito esencial el consentimiento de la víctima (o sus familiares). 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. Sin embargo, la eutanasia requiere como *conditio sine qua non* el consentimiento de la persona (o de sus familiares), en tanto que el homicidio piadoso 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. La eutanasia implica dos elementos inseparables e insustituibles: consentimiento y móvil piadoso.

El consentimiento y el móvil en estas acciones, ¿constituyen una causa de atipicidad conglobante, una causa de justificación, una causa de inculpabilidad o una excusa absolutoria?

Todos estos interrogantes inducirían a tratar -como requisito ineludible previo a cualquier respuesta desde el plano penal- el valor del consentimiento de la víctima en el derecho penal y la relevancia penal del móvil en las conductas criminales.

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.

La eutanasia desde un enfoque Bioético

La bioética conceptualmente se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales.

Es una disciplina de origen contemporáneo que en cuanto a su etimología deriva del griego “bios” (vida) y “ethike” (valores morales, ética.), que tiene como objetivo promover la reflexión crítica abarcando problemas éticos, jurídicos, sociales, psicológicos, filosóficos y otros relacionados que surgen de las ciencias de la vida conciliando dos disciplinas, ciencias y humanidades, que hasta fines del siglo XX se desarrollaban independientemente una de la otra como si fueren totalmente opuestas.

Por lo tanto hablar de la eutanasia implica introducirse directamente en el campo interdisciplinario de la bioética, debido a que aquella está estrechamente vinculada a las funciones de los profesionales de la salud y al poder de decisión que tienen estos sobre la vida, en relación con el paciente, generando controversias que implican posturas a favor o en contra de la práctica eutanásica.

El campo científico, durante el siglo XX sobre todo, ha alcanzado un grado de desarrollo inimaginable en el aspecto tecnológico repercutiendo con incidencias profundas en la vida de la humanidad, como así también en la cultura en general, creando una conciencia colectiva de hacer todo lo que sea posible con olvido y desprecio de toda valoración ética aunque ello conlleve el cercenamiento de cualquier derecho fundamental.

Este convencimiento colectivo se consolida en el siglo XIX bajo la idea del progreso indefinido y la fe en la virtud civilizadora de la ciencia, es lo que el filósofo alemán Hans Jonas ha denominado como “imperativo tecnológico”.

La consagración de éste imperativo tecnológico produjo en el siglo XX acontecimientos que signaron la historia de la humanidad. Ejemplo de ello fueron Hiroshima y Nagasaki consecuencia del desarrollo de la física, las atrocidades cometidas en nombre de la ciencia y la medicina durante el régimen nacionalsocialista en Alemania y lo propio sucedió con los juristas cuando en la posguerra tomaron conciencia de las vejaciones a los derechos fundamentales cometidas en nombre de la ley y del derecho esencialmente durante los dos sistemas totalitarios más grandes del siglo XX.

El poderío técnico médico es el resultado de este paradigma, que ha marcado una progresiva intervención en la vida humana a través de la medicalización de la vida conjuntamente con la creciente juridización de las intervenciones médicas. La controversia que generan estos postulados es saber si todas las prácticas técnicamente posibles para prolongar la vida resultan al mismo tiempo éticamente aceptables.

Ante esta premisa los principios bioéticos son pautas que deberían dirigir los tratamientos médicos y regir las conductas en la relación médico-paciente, siendo aquellos los que amparan el respeto por las personas.

Estos principios son:

Autonomía: ésta es entendida como la capacidad de un individuo de deliberar sobre sus propios objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la

misma, implica dar valor a las elecciones personales y abstenerse de conculcar dichas decisiones a menos que estas produzcan claros perjuicios a otros.

La falta de respeto a la autonomía, es negar al individuo la libertad de actuar por su propia voluntad o de autodeterminarse. Incurriendo en una conducta arbitraria.

Beneficencia: implica no hacer daño y minimizar los posibles riesgos, rechazando cualquier tipo de idea que se relacione con la caridad.

Justicia: entendiéndose por tal a la imparcialidad en la distribución de los riesgos y de los beneficios. Como así también a la asignación y distribución de los recursos de salud. Es decir que los beneficios son la cura, la reducción del dolor, la recuperación de la conciencia, la restauración de funciones perdidas y el mantenimiento de la vida con la esperanza razonable de recuperación. Por el contrario, los riesgos incluyen, sufrimiento excesivo del paciente, gasto desmedido para la familia o la sociedad, la inversión en personal y tecnología médica desproporcionada en relación con los resultados esperables y la asignación no equitativa de los recursos.

Análisis de la Ley 26529 sobre Régimen de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado

Se entiende por Derechos de los Pacientes a aquellos que emanan en la relación médico-paciente, como parte del derecho a la salud.

En la antigüedad clásica primaba una ética marcada por el respeto absoluto a las decisiones del médico, cuyo objetivo principal consistía en hacer el bien al paciente; esta concepción fue seguida durante siglos e incluso hoy en día se ve plasmada en el Juramento Hipocrático, propio de la tradición Griega, más precisamente de Hipócrates, que consiste un juramento público que pueden hacer los que se gradúan en medicina ante otros médicos y ante la comunidad, su contenido es de carácter ético, para orientar la práctica de su oficio.

Durante veinticinco siglos éste juramento fue tomado como base rectora en la relación que debía existir entre médico-paciente; aquél le indicaba a su paciente que tratamiento era el que debía seguir y que acciones no debía hacer, este tipo de relación tenía y tiene un sesgo altamente Paternalista, que desde luego se ha visto traducida en la legislación como así también forma parte de los grandes debates sociales ya sea sobre eutanasia, aborto, etcétera. Una concepción puramente publicista en su esencia, donde el paciente no tenía ningún tipo de participación en el tratamiento seguido para curar su enfermedad.

Con una lenta pero firme evolución, este modelo ha entrado en crisis, partir de los años 60 y como consecuencia de los cambios sociales de la postguerra, la defensa de los Derechos Humanos, como así también el desarrollo de los estudios de la Bioética han permitido forjar un nuevo modelo de contrato en la relación Médico-Paciente.

Fruto de ello surge en el año 2009 la Ley N°. 26529, que consagra en Argentina los Derechos de los Pacientes, con una postura más progresista, en donde debe primar la voluntad del paciente por encima de la del médico; más acorde a la normativa de los textos Internacionales, respetando la dignidad de las personas como un Derecho Humano y por sobre todo la Autonomía de la Voluntad y la posibilidad de Autodeterminación como elementos del derecho a la Libertad Individual.

La Ley consagra de manera explícita los siguientes derechos esenciales del paciente:

Asistencia: consistente en el derecho del paciente, en especial los niños, niñas y adolescentes, a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna como consecuencia de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional sólo puede eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

Trato digno y respetuoso: cualquiera sea el padecimiento que lo afecte, el paciente tiene derecho a un trato digno y respetuoso de sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad. El derecho que asiste al paciente al trato digno y respetuoso se extiende a sus familiares y acompañantes.

Intimidad: la actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como

el debido resguardo de la intimidad del paciente y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones propias de la Ley 25.326 (Habeas Data).

Confidencialidad: el paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica o tenga acceso a su contenido, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

Autonomía de la voluntad: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar ulteriormente su manifestación de voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho intervenir a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud, en los términos de la Ley 26.061 (Protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes).

Información sanitaria: el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. Dicho derecho comprende el de no recibir la mencionada información.

Interconsulta médica: el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito a fin de facilitar la obtención de una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

- Legitimados.

La Ley contempla la posibilidad de que la información sanitaria sea brindada a terceras personas con autorización del paciente y, en caso de incapacidad para comprender del

mismo, propicia la legitimación para su recepción en las personas del representante legal, el cónyuge que conviva con el paciente o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

- Del consentimiento informado.

La Ley define al consentimiento informado como la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

- Excepciones

La propia ley exime del requerimiento del consentimiento en casos de grave peligro para la salud pública y en situaciones de emergencia que entrañen un peligro grave para la salud o vida del paciente, cuando el mismo no pudiera otorgar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

- Revocación del consentimiento.

El paciente puede revocar su consentimiento o su rechazo a los tratamientos indicados por el profesional tratante, quien está obligado a acatar la decisión del paciente y a dejar constancia expresa de la misma en la historia clínica con las formalidades que permitan acreditar fehacientemente la manifestación de voluntad y su adopción en conocimiento de los riesgos previsibles que la misma implica. Si el paciente revoca el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud que oportunamente aconsejaron el tratamiento. También en este caso, la decisión fundada del profesional debe asentarse en la historia clínica.

- Directivas anticipadas.

La Ley recepta expresamente el derecho de toda persona capaz mayor de edad de disponer directivas anticipadas sobre su salud, consintiendo o rechazando determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Los médicos están obligados a aceptar tales directivas, salvo que impliquen prácticas eutanásicas, en cuyo caso se tendrán como inexistentes.

Tratativa del Proyecto de modificación de la ley sobre derechos del paciente, incorporación del concepto de Muerte Digna en la legislación Argentina

Uno de los proyectos para incluir la figura de la "muerte digna" en la legislación argentina acaba de dar otro paso en la Cámara baja al obtener en las comisiones de Legislación General y Derechos Humanos los dictámenes que habilitan su tratamiento en el pleno de Diputados.

El proyecto del legislador del GEN Gerardo Milman había obtenido dictamen de la comisión de Salud. El texto, de ser aprobado por el Congreso, modificará la ley 26.529 para incorporarle la figura de la muerte digna.

El proyecto apunta a que los pacientes con enfermedades irreversibles e incurables o víctimas de accidentes que se encuentren en estado terminal puedan rechazar ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado

También contempla el derecho del paciente a recibir información sobre su enfermedad, la facultad de dejar directivas anticipadas y la posibilidad de rechazo por un representante legal o familiares para aquellos pacientes que se encuentran incapacitados a dar su consentimiento

El texto facilitado por el firmante Milman y Gerardo Fabilán, en su parte pertinente expone:

MODIFICACION DE LA LEY 26.529 -DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD- INCORPORACION DE LA MUERTE DIGNA

ARTICULO 1º.-Modifíquese el inciso e del artículo 2º de la Ley 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud- el que quedara redactado de la siguiente manera:

"Artículo. 2º.- Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos a de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

El que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

De la misma forma toda persona y en cualquier momento puede manifestar su voluntad de que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

En todos los casos la negativa o el rechazo a la obtención de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones tendientes al confort y control de síntomas, para el adecuado control y alivio del dolor y el sufrimiento de las personas."

ARTICULO 2° - Modifíquese el artículo 3° de la Ley 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud- el que quedara redactado de la siguiente manera:

"Artículo 3° - Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle, la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos, como así también la posibilidad de la negativa o el rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital."

ARTICULO 3°- Modifíquese el artículo 5° de la Ley 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud- el que quedara redactado de la siguiente manera:

"Artículo. 5º.- Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

a) Su estado de salud;

b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

c) Los beneficios esperados del procedimiento;

d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;

e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;

f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;

g) el derecho que le asiste al que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación, al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado;

h) el derecho que le asiste a toda persona y en cualquier momento que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

En los supuesto previstos en los incisos g y h deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto."

ARTICULO 4° °.- Modifíquese el artículo de 6° de la Ley 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud- el que quedara redactado de la siguiente manera:

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

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, el mismo será brindado por su representante legal o, en su defecto, el cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad."

ARTICULO 5°.-Modifíquese el artículo 10° de la Ley 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud- el que quedara redactado de la siguiente manera:

"Artículo 10. - Rechazo. La decisión del paciente en cuanto a rechazar los tratamientos indicados por los profesionales actuantes se instrumentara por escrito, será suscripta por este e incorporada a su historia clínica.

En caso de incapacidad o imposibilidad de firmar del paciente a causa de su estado físico o psíquico, lo hará su representante legal o, en su defecto, el cónyuge que conviva con el

paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Dicha decisión puede ser revocada, en esos casos el profesional actuante sólo la acatará si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento, fundándolo debidamente y dejándolo asentado en la historia clínica."

ARTICULO 6°.- Modifíquese el artículo 11° de la Ley 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud- el que quedara redactado de la siguiente manera:

"Artículo 11.- Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, respecto de los cuidados tratamientos o prácticas que esté dispuesta a consentir o rechazar para el caso de encontrarse en una situación en que las circunstancias concurrentes no le permita expresar personalmente su voluntad.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante Escribano Público; o ante los Tribunales de Familia para lo cual se requerirá de la presencia de tres testigos, de los cuales dos, como mínimo, no han de tener relación de parentesco hasta el segundo grado con el otorgante ni estar vinculados con él por relación patrimonial. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó."

ARTICULO 7 °.- Incorporase como artículo 11 bis de la Ley 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud- el siguiente texto:

"Artículo 11 bis.- Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del estricto cumplimiento de la misma."

Los fundamentos que exponen en relación a las modificaciones pretendidas son, en síntesis, los siguientes:

El progreso médico ha generado en los últimos años una serie de técnicas terapéuticas que permiten posibilidades de sobrevida impensadas anteriormente. Este avance ha traído innumerables beneficios como la cura de enfermedades y el alivio del dolor, pero también desventajas.

Muchas veces la asistencia médica en los casos de pacientes graves o agónicos prolonga artificialmente su vida mediante el uso de recursos extraordinarios o desproporcionados produciendo grandes sufrimientos.

Hay en estos casos una colisión entre el deber de asistencia médica y el derecho a la autonomía del paciente, donde lo que está en juego es la dignidad de la persona.

El respeto a la dignidad de los enfermos terminales contempla el derecho del paciente a recibir información sobre su enfermedad para que ejerza su derecho a consentir o rechazar las prácticas que se le proponen, respetando así su autonomía.

La ortotanasia es el derecho a morir con dignidad y consiste en la suspensión de toda cura en la inminencia de la muerte dejando que la misma suceda según el orden natural de los acontecimientos.

Una correcta y lícita práctica médica sería la que permite al paciente con una enfermedad terminal morir lo más aliviado y naturalmente posible, y que autoriza a los médicos a prescindir de procedimientos o medicamentos desproporcionados e inútiles que prolongan la agonía, sin que ello signifique dejar de apoyar a las personas ni abandonar la medicación que brinde tranquilidad y reduzca el dolor del enfermo.

Una excelente síntesis de esta problemática fue realizada por la Dra. Graciela Demiz en su trabajo "Los derechos básicos a respetar en el umbral de la muerte" en el que concluye: "1) Lo que llamamos comúnmente derecho a la vida es un derecho y no un deber, nadie puede ser obligado a vivir en un ámbito de intensos sufrimientos físicos y psíquicos. 2) Por lo expuesto no existe, un deber absoluto de vivir. 3) En ninguna circunstancia el paciente gravemente enfermo, tiene el deber legal de sufrir, de soportar. 4) Optar siempre por la vida en pacientes graves, no es la mejor solución en todos los casos. 5) Es más importante la calidad de vida que la cantidad de vida. (...) 7) La vida no puede tener preeminencia en todos los casos sobre la autonomía y la intimidad. 8) No es ilícito que el paciente requiera omitir asistencias que adelanten su muerte. Esta decisión del paciente hace al derecho de morir con dignidad. Se trata de dejar que la muerte suceda según el orden natural de los acontecimientos (...).

El principio rector de todo ordenamiento jurídico es satisfacer los intereses de la sociedad, y en el tema que nos ocupa satisfacer el interés del paciente gravemente enfermo.

La delgada línea divisoria entre el derecho de los pacientes a rechazar determinados tratamientos médicos (según las leyes vigentes) y el rechazo a prácticas eutanásicas, deja al

descubierto una zona gris, que genera muchas dudas no sólo para el mundo jurídico, sino para el mundo médico.

Rechazar tratamientos invasivos, desproporcionados con el único objeto de retardar la muerte, sin ningún beneficio para el paciente, no es una práctica eutanásica.

Por el contrario, supone un estado de civilización capaz de reconocer los derechos del ser humano como tal, el respeto al individuo y a sus convicciones personales."

Este derecho a morir con dignidad encuentra su quicio en nuestro ordenamiento jurídico en la regla de la libertad general del individuo.

La Constitución Nacional se propone "asegurar los beneficios de la libertad" (Preámbulo) y señala (Art. 19) que las "acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe".

Por su parte la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada en octubre de 2005 por la Conferencia General de la UNESCO sostiene que "En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3: Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4: Beneficios y efectos nocivos

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas"

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

La pionera en la materia fue la ley N° 4.264 de la Provincia de Río Negro, sancionada el 29/11/2007, cuya autoría corresponde a la diputada Dra. Marta Milesi.

La segunda fue la ley N° 2.611 de la provincia de Neuquén, sancionada el 25/9/2008; cuya autoría corresponde al diputado Dr. José Russo.

La cuestión ha sido puesta nuevamente sobre el tapete debido a la difusión del caso de Camila Sánchez.

Camila nació en abril de 2009 con hipoxia, que le impidió la respiración durante el parto, la reanimaron durante 20 minutos y entró en coma.

Tras pasar por una serie de tratamientos con que pretendieron rehabilitarla, los médicos diagnosticaron estado vegetativo permanente y la internaron en el Centro Gallego.

Aún se encuentra allí, conectada a un respirador artificial y alimentada a través de un botón gástrico. Los comités de bioética del INCUCAI, de la Fundación Favaloro y del Centro Gallego confirmaron que la niña no podrá recuperarse.

Por su parte Juan Carlos Tealdi, asesor en bioética de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, sostuvo en el informe elaborado en mayo pasado "la limitación del esfuerzo terapéutico por el retiro de la asistencia mecánica respiratoria a Camila Sánchez, según decisión compartida entre su padres y los profesionales de la salud que la tratan, es ética, legal y socialmente justificable".

Sin embargo pese a todas estas opiniones, ningún médico quiere desconectar el respirador porque dicen que existe un vacío legal y el hecho podría calificarse como homicidio.

La reforma propuesta, está dentro del marco de la ley 26.529- DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD- a fin de despejar todas las dudas que se han suscitado en relación a su aplicación, entre otras cuestiones, por la omisión de reglamentación por parte del Poder Ejecutivo nacional.

El proyecto de ley contempla:

1.- El derecho del paciente a rechazar determinados procedimientos médicos.

Se incluye dentro del derecho de autonomía de la voluntad , considerado como uno de los derechos esenciales en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud por la Ley 26.529, la posibilidad que el que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estado terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación,

informado en forma fehaciente, pueda rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

De la misma forma toda persona y en cualquier momento puede manifestar su voluntad de que no se implementen o se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía y que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

2.- El derecho del paciente a recibir información sobre su enfermedad a efectos de que pueda prestar un consentimiento informado.

Incorporando como parte de la información que debe dársele, la posibilidad de la negativa o el rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital y disponiendo que deba dejarse constancia por escrito en un acta que dicha información le fue efectivamente brindada.

3.- El objetivo de aliviar el dolor físico y psíquico del paciente con una enfermedad incurable o terminal.

Disponiendo que en todos los casos la negativa o el rechazo a la obtención de procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial o retiro de medidas de soporte vital no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones tendientes al confort y control de síntomas, para el adecuado control y alivio del dolor y el sufrimiento de las personas.

4.- La facultad de dejar directivas anticipadas.

A fin que toda persona capaz mayor de edad puede disponer sobre su salud, respecto de los cuidados tratamientos o prácticas que esté dispuesta a consentir o rechazar para el caso de encontrarse en una situación en que las circunstancias concurrentes no le permita expresar personalmente su voluntad.

Esta declaración de voluntad podrá realizarse ante Escribano Público o ante los Tribunales de Familia y podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

5.- La posibilidad de rechazo por un representante legal o familiares, de tratamientos médicos desproporcionados a las perspectivas de mejoría; para personas que se encuentran incapacitadas de dar su consentimiento

6.- La expresa eximición responsabilidad civil, penal, ni administrativa para el profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la ley.

Análisis de debate sobre despenalización de las prácticas Eutanásicas entre el Dr. Rafael Pineda y la Dra. Gisela Farías

A continuación, se analizarán las posturas de dos disertantes doctores en bioética que participaron del programa “El debate en la televisión pública” conducido por Adrián Paenza, entre cada argumento se encontrarán en cursiva cada una de las opiniones que fue menester hacerle a cada uno de los disertantes.

EN CONTRA

Dr. Rafael Pineda Médico ginecólogo y Dr. en Bioética, director del Departamento de Bioética de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral.

Se define la eutanasia como la supresión indolora o por piedad de quien sufre o se piensa que sufre o que puede sufrir en el futuro de un modo insoportable. Entonces lo primero que tenemos que preguntarnos es quién es ese quien o cómo vemos a ese quien. Si ese quien es una persona, probablemente una persona muy allegada a nosotros, en el caso de nosotros los médicos probablemente un paciente. Si lo vemos como persona o si lo vemos simplemente como una persona disminuida o limitada y entonces lo terminamos viendo como algo.

En realidad la persona humana es digna, absolutamente, cualquiera sea su situación, por el solo hecho de ser humano. Pero lo que está pasándonos últimamente es que hay una pobreza muy importante de la conciencia antropológica, o sea del modo en que nosotros vemos y respetamos a la persona. Esa conciencia está últimamente pervirtiéndose. La asistencia del paciente moribundo no sólo requiere un esfuerzo médico, que lo hacemos los médicos, sino que requiere, básicamente, un recurso antropológico, o sea, restituir al ser

humano su verdadero sentido. La relación que un paciente tiene con su médico no es una relación de vida o muerte. Cualquiera de todos ustedes, seguramente, tiene una buena relación con su médico, al que ven con alguna rutina. Sólo pensar que el médico puede ser el individuo que vaya a producir su muerte en una situación determinada o particular hace que esa relación se quiebre. Los médicos hemos jurado, básicamente, defender la vida, con un juramento que tiene nada más y nada menos que dos mil cuatrocientos años y que en realidad es lo que debemos defender. De la actitud del médico, influenciado o no por los familiares, puede suceder que el médico pervierta también esa actitud antropológica, ese respeto de la vida humana.

La vida humana tiene que ser respetada siempre y esto lo tienen que entender los pacientes, los familiares, los legisladores y toda la comunidad que rodea a un paciente sufriente, porque ese paciente sufriente tiene derecho a ser respetado y vale igual que cualquiera de nosotros que no está sufriendo.

En principio el concepto que el Dr. Rafael Pineda brinda sobre la eutanasia es parcializado y restringido a la visión médica, asociándolo con un concepto de tipo axiológico como la piedad, lo cual produce la pérdida de objetividad en la conceptualización del término. Ya que tales consideraciones valorativas implican connotar la opinión subjetiva dificultando la fijación de criterios comunes al momento de sancionar una norma que despenalice o no la eutanasia.

Sin duda es absolutamente acertado que todo ser humano sea digno por el solo hecho de serlo, pero la dignidad no puede ser circunscripta a una mera relación (médico-paciente)

enmarcada dentro de los intereses de una pequeña parte de la sociedad como es la corporación médica.

A FAVOR

Dra. Gisela Farías Licenciada en Psicología y Dra. en Bioética. Asesora en la Unidad de cuidados paliativos del Hospital Tornú y además es docente de Flacso

Creo que el problema, esencialmente, no sería eutanasia sí o no, o despenalización puramente, sino si vamos a estar dispuestos a aceptar la libertad de decidir de las personas desde el inicio de la vida, como se protege en nuestra Constitución, hasta el final de la vida, aceptando que, al final de la vida, incluye el modo de morir.

El Dr. Pineda se centró mucho en la cuestión de que si el médico tiene que participar o no, y yo diría que nosotros, en el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido, tenemos que centrarnos en el derecho del individuo a la autodeterminación, comprendiendo que la autodeterminación involucra otra cuestión y es que cada ser humano defiende, promueve, ha sido criado, sostiene, diferentes valores, diferentes creencias, diferentes nociones de lo que es la dignidad.

La dignidad no es lo mismo para el creyente testigo de Jehová, para el no creyente en un credo tradicional, para el ateo... La noción de dignidad es un constructo social que una sociedad decide proteger y tenemos que pensar que debemos proteger la diversidad de esta noción de dignidad.

Por otro lado creo que el problema de la despenalización de la eutanasia no debe restringirse al problema de la medicina, es un problema legal. Si después esto lo administra

algún sistema de salud, algún instituto, profesionales especializados, esa es otra cuestión. Pero es un problema legal. ¿Qué sociedad estamos queriendo formar? ¿Qué alcances de libertades vamos a estar permitiendo? ¿Caduca la noción de dignidad en el momento en que yo voy a decidir cómo quiero morir? ¿O la noción de dignidad sólo se aplica para que yo pueda elegir a qué colegio voy, cuándo me caso, qué sociedades hago y que sigo determinados tratamientos? La noción de dignidad abarca el espacio de toda la vida, y toda la vida incluye la muerte.

¿Y qué significa esto? Que cada uno puede elegir. Esto no quiere decir que el sistema de salud se tiene que hacer a un lado y abstenerse de atender. Esto es otro problema. La salud, la asistencia, es una obligación del Estado, pero además está el modo en que cada individuo puede querer morir. Y no todos elegimos la misma manera. Entonces, esto es pensar en la diversidad de modos en que uno conduce su vida hasta el fin de la misma.

Siguiendo el lineamiento de Annah Arendt una sociedad democrática se construye a partir de la búsqueda del consenso, es decir entre un constante debate y replanteo ante opiniones encontradas pero que a su vez impliquen la inclusión de quienes piensan distinto para lograr así un acuerdo que no deja ser debatido jamás. Por el hecho de que la evolución cultural es constante.

Por ende la normativa se debe nutrir de esta constante crítica que siempre tienda a defender el pluralismo en todo momento.

Como consecuencia de esta construcción, El derecho a la autodeterminación, el respeto por la idea de dignidad, como así también la manera de entender la vida en todas sus

dimensiones deben ser objeto de discusión a los fines de evitar la posición de uno por encima de los otros.

Dr. Pineda - La doctora plantea básicamente el problema de la libertad a decidir. La libertad del hombre, lo mismo que la dignidad, independientemente de sus creencias, es intrínseca al ser humano, tiene lógicamente sus limitaciones, porque uno no puede tomar decisiones al absoluto arbitrio de cada uno. Entonces la libertad no es tan libertad y tiene sus limitaciones.

En este caso, la limitación a tomar una decisión de morirse, porque en realidad esa situación no afecta solamente a la persona, no afecta a la autonomía de la persona que en el mismo momento de morir se termina, sino que afecta a todo el contexto de la sociedad.

Y el derecho de la autodeterminación también tiene ese límite, que es el límite de la libertad.

Es cierto que los derechos no son absolutos, y por lo tanto sus limitaciones, conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio, tal como se estipula en la Constitución Nacional, no atentan contra aquellos. Pero las limitaciones no encuentran su fundamento en la potencial afectación de la sociedad en su conjunto, sino que su basamento radica en la posibilidad de producirse un perjuicio concreto a los derechos de otros individuos en una determinada situación.

Los sufrimientos, las afectaciones morales o el daño como una consecuencia genérica derivados de una decisión en virtud del ejercicio de un derecho son relevantes pero no poseen entidad suficiente para configurarse como un perjuicio para la sociedad.

Dra. Farías- Bueno, me parece que son posiciones que no deben cuestionarse, me parece que los alcances de la libertad son cuestiones sumamente subjetivas y el doctor puede pensar que la libertad tiene una restricción y en todo caso sometiéndose a una autoridad superior decidir que tiene restricciones. Mientras que están los que no creen en eso, digamos... podemos diferenciar entre la moral que construye una serie de dogmas y dice esto se puede y esto no, somos libres hasta tal punto y en estas cosas sobre la muerte no podemos decidir. Y los que están, en todo caso, del lado de una ética subjetiva, individual, que pueden decir, bueno... yo tengo libertad hasta las últimas consecuencias, pagando con esas consecuencias.

Es una cuestión de modos de ver y principios de cada uno, no es rebatible. El que quiere puede seguir viviendo como quiere y atenderse como quiere y el que no quiere eso, también tiene que tener el mismo derecho a elegir que tienen los otros.

Opiniones a favor:

LUIS NIÑO – JUEZ DEL TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL N° 20

Estas prácticas médicas existen en la realidad. En los hospitales públicos seguramente son más cautelosos los médicos porque es más anónimo el trato de médico-paciente; en cambio en alguna clínica privada seguramente se hacen de una manera absolutamente fluida, sólo que no existe un marco regulatorio. Entonces yo prefiero que se reglamente suficientemente, como para que los médicos no teman y los pacientes puedan ejercer su autonomía en cuanto a solicitar que no se los coloque en una situación dolorosa cuando ya los medios artificiales de reanimación no dan resultado o cuando ya los nuevos abordajes

serían invasivos, o bien cuando dolores, disnea, tos, otros síntomas lo perturben tanto como para desear que sean neutralizados, sean paliados eficazmente.

Es valedera la necesidad remarcada en el punto sobre la regulación legal de las prácticas eutanásicas, ya que el vacío legal sobre el tema, deja a la luz las manifiestas desigualdades de condiciones en las que se encuentran quienes solo tienen acceso a la salud pública, ya que no se puede concebir la igualdad ante la ley, cuando las condiciones fácticas son desiguales.

NELLY TAIANA DE BRANDI – ESCRIBANA (MN 3931)

Partamos de la base de que toda persona, por el solo hecho de existir, tiene la facultad primera, principal, de programar su vida. La ley nacional dice que toda persona puede dictar directivas anticipadas para atender a su salud en el supuesto de no estar en condiciones de decidir en ese momento. Dice expresamente que no podrán contener disposiciones sobre prácticas eutanásicas.

Yo creo que frente al requerimiento de una persona que desea disponer para su propia, eventual, posible discapacidad, yo no tengo el derecho de retacearle su manifestación. Todo lo que ella me diga yo debo consignarlo en su manifestación.

Instrumentos legales, como el testamento vital, serían adecuados para construir los parámetros que reglamenten la forma de dictar directivas anticipadas y de viabilizar la decisión ante una futura circunstancia que amerite la realización de prácticas eutanásicas, siempre sometida a una constante revisión sobre dichas manifestaciones y que sirva como una protección y respeto por la autonomía del paciente y la libertad de auto determinarse.

Implicaría posicionarse en una decisión personal, inherente a las decisiones privadas, en lugar de sostener un Paternalismo irracional.

FLORENCIA LUNA – SOCIOLOGA DE FLACSO. DRA. EN FILOSOFIA

Todos estos temas que tienen que ver con las decisiones al final de la vida están muy relacionados con el avance de la tecnología y la medicina actual. Esto hace que haya, por ejemplo, una mayor hospitalización de pacientes terminales o pacientes que ya están en sus fases finales de la enfermedad, lo que genera una cierta alienación; también produce, digamos, una situación bastante difícil para estos pacientes y una de las respuestas para tratar de dar un buen cauce a estos avances tecnológicos es poner el punto de inflexión en el paciente y poder permitirle que tome él sus propias decisiones respecto del final de la vida.

Esto es poder tener la posibilidad de decir hasta acá llegué. Este tipo de tratamiento lo acepto, pero este ya no, es demasiado.

Las posibilidades que la tecnología brinda para prolongar la vida o paliar enfermedades terminales, no puede avalar la aplicación de tratamientos que resulten invasivos en detrimento de la voluntad del paciente.

Opiniones en contra:

NELLY ESPIÑO – ABOGADA. DOCTORA EN BIOETICA Y BIOJURIDICA

La ley argentina de ejercicio legal de la medicina y otras profesiones sanitarias contempla el respeto del médico por las decisiones del paciente, siempre y cuando, por supuesto, no impliquen conductas antijurídicas, ni por parte del paciente ni por parte del médico.

Respecto de las peticiones de los pacientes, hay que tener en claro cuando son peticiones antijurídicas, es decir cuya antijuridicidad parte del hecho de estar pidiendo algo que va en contra del objetivo del derecho, que es el bien de la persona, y que por lo tanto implicaría una renuncia a derechos inalienables como son el derecho a la propia persona y a su dignidad.

El ejemplo es la ley de Río Negro, que habilita también a la suspensión de la hidratación. Esto va contra toda ética médica, ya que es muy triste la muerte por deshidratación.

GUSTAVO DE SIMONE – MEDICO (MN 57.228). ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Se invoca muchas veces la libertad del paciente para justificar la eutanasia, cuando el paciente pide la eutanasia es porque tiene dolor o porque se siente una carga o para los familiares o para la sociedad.

¿Puede ser libre realmente una persona que está en esas circunstancias? El paciente se mira en los ojos de quien lo cuida, entonces quizá, cuando el paciente pide la eutanasia, lo que quiere ver reflejado en los ojos del otro es, en realidad, “no, vos sos valioso y no voy a aceptar que me pidas la muerte”.

Con una ley que apañe la eutanasia, uno estaría empujando a una persona en esas circunstancias a decir “pucha, yo tendría que desear razonablemente, o si fuera una persona buena, que me maten, así no hago gastar plata o tiempo...”. Es como que empujo a la gente a pedir la eutanasia.

El pastor Dietrich, que es un pastor alemán, que participó del atentado contra Hitler y al que después mataron Hitler y los nazis, escribió: “En una comunidad no sólo los débiles necesitan de los fuertes, sino que los fuertes necesitan de los débiles”. Cuando un paciente nos pide la eutanasia, tenemos que ser capaces de decirle “no, no te podés morir porque te necesito”. Realmente los enfermos son los que nos enriquecen.

ALEJANDRA JULIARENA – MEDICA (MN 101.186) - BIOETICISTA

Hay muchos pacientes que no alcanzan siquiera a recibir los medicamentos apropiados para el alivio y ni qué hablar de la asistencia de un equipo particularmente entrenado para el acompañamiento y la asistencia en el final de la vida y de la posibilidad de permanecer en la casa en lugar de estar internado. Si incluso, a veces, en terapias intensivas con tratamientos fútiles, lo único que hacen es agravar el sufrimiento y el costo.

Desde los cuidados paliativos, estamos de acuerdo en ese objetivo de aliviar el sufrimiento, pero pensamos que podemos intentarlo o lograrlo sin quitar la vida, sino a través de un conjunto de medidas con fármacos y sobre todo a través de un equipo interdisciplinario que trate de comprender a esa persona en su sufrimiento, para que encuentre, de algún modo, la posibilidad de seguir viviendo.

Eutanasia, ¿un derecho sobre la propiedad del cuerpo?

La eutanasia, entendida como la ayuda a morir o la asistencia al suicidio de quien no puede hacerlo por sí mismo, es éticamente legítima, ya que cada ser humano es autónomo y propietario pleno de sí mismo en todo aspecto, este derecho a la autodeterminación implica la posibilidad de hacer lo que considere apropiado de acuerdo a su proyecto de vida y en todas y cada unos de los momentos que esta abarca, de principio a fin, ya que la dignidad del ser humano es un derecho intrínseco a sí mismo; mal podría entenderse y mucho menos aun aceptarse cualquier tipo de intromisión por parte del Estado en limitar este derecho.

El único límite que es posible soslayar es aquel en el cual se circunscriben los derechos de los demás, por lo tanto, la única voluntad éticamente relevante es la de cada ser humano, y la existencia de un delito solo se configuraría si se va en contra de la voluntad del mismo. Esto es lo que se denomina derecho negativo, entendiendo como tal a aquel por el cual ninguna otra persona, ya sea física o jurídica, está legitimada para impedir u obligar al titular del mismo a hacer o dejar de hacer tales o cuales conductas.

La libertad es entendida como la posibilidad de realización de una determinada conducta o la no realización de la misma, el discernimiento es la posibilidad de distinguir lo bueno de lo malo, lo justo de lo injusto, lo éticamente correcto, pero no en virtud de imposiciones legales o sociológicas, sino conforme a los valores y convicciones personales de cada ser humano.

Una persona tiene derecho negativo a algo si puede hacerlo o dejar de hacerlo, intentar obtenerlo o renunciar a ello, sin que los demás usen la fuerza en su contra, sin que ningún otro le obligue o se lo impida recurriendo a la violencia física o a amenazas.

Un derecho no es un deber u obligación. Cada persona tiene derecho inalienable a su vida porque ésta no puede traspasarse a ningún otro, pero puede disponer de ella y extinguirla según su voluntad. La vida no es un deber.

Lo normal en un ser vivo es que desee seguir viviendo, pero en determinadas circunstancias la vida puede ser tan penosa que el individuo prefiera acabar con ella a continuar sufriendo.

La libertad propia implica la tolerancia, la aceptación de la libertad de los demás incluso cuando no nos gusta las forma de vida que llevan, o como piensan, alguien puede intentar persuadir u opinar, pero de ninguna manera imponer una forma única de vivir y entender la vida, ya que esto depende y varía en cada ser humano.

La conservación y el mantenimiento de la vida no es un axioma ético, no es un valor objetivo supremo al cual debe subordinarse cualquier otra entidad. Toda valoración es subjetiva, finita y relacional (de unas cosas con respecto a otras). La vida no es un valor absoluto que anule todos los demás, tanto el nacimiento como la muerte, son factores naturales, pero el individuo se desenvuelve en un entorno social, que signa y condiciona su manera de pensar, por ello es que cada persona es única e irrepetible, y deben ser respetadas como tal.

Nadie puede obligar a otra persona a que le ayude a morir, ni impedir una muerte deseada por la propia persona. Algunas personas pueden ayudar a otras a morir o a tomar la decisión adecuada al respecto. Nadie puede ser obligado por la fuerza a ayudar a otra persona, ni a vivir ni a morir. Ningún médico está por defecto obligado a participar en una eutanasia. Salvo que exista un compromiso contractual previo, una persona puede negarse a asistir a un paciente que desea morir, y puede negarse a actuar para mantener viva a otra persona.

Mantener viva a una persona en contra de su voluntad es un delito contrario a la ética, ya que obligar a vivir en sufrimiento es mucho más grave que permitir morir en paz y sin ningún padecimiento.

La eutanasia a decidir quién puede vivir y quién no. Tener derecho a ayudar a alguien a morir según su voluntad no implica poder asesinarlo en contra de su voluntad. El miedo al peligro de los abusos, a que la legislación evolucione de tal modo que el médico pueda matar al paciente en contra de su voluntad, es provocada a conciencia ante la falta de argumentos de quienes se oponen a la misma.

La legalización de la eutanasia es una consecuencia lógica del principio ético básico de la propiedad privada, sus detractores mencionan la degeneración de los valores, la corrupción de la moral, basados únicamente en dogmas religiosos, o conservadores, sin tener en cuenta que la cuestión es meramente jurídica, y en el derecho no existen dogmas, sino que se protegen libertades individuales y derechos fundamentales que le pertenecen a cada uno por el solo hecho de su calidad de ser humano.

El sufrimiento no tiene ningún sentido sobrenatural, y la veneración del martirio, del enaltecimiento, purificación y liberación por el sufrimiento, se asemeja al masoquismo, y lejos pueden considerarse a la hora de debatir una cuestión meramente jurídica pero que por años se ha visto manipulada por argumentos arbitrarios y conservadores.

Conclusión

El derecho no consiste en la existencia de dogmas, principios indiscutibles e inmutables en todo tiempo y espacio, por el contrario una discusión abordada jurídicamente puede concluir con tantas conclusiones como personas hayan debatiendo, pero esto es consecuencia de que cada ser humano es único e irrepetible en el mundo, y ante cualquier tema que se ponga en tela de juicio resulta complicado conciliar posturas.

No por ello es un ejercicio imposible de realizar, mínimamente se puede llegar a respetar las diferentes formas de pensar, y logrando así una normativa objetiva y conciliadora.

La negativa a despenalizar estas prácticas fundamentadas únicamente con argumentos religiosos o conservadores, no solo generan una contradicción a los derechos humanos, peor aún implica una intromisión irracional por parte del Estado en la limitación a la voluntad individual y acota el ámbito de discusión de la cuestión planteada solo a la viabilidad de la sanción.

La igualdad materializada implica la equidad en las condiciones, por lo cual al momento de considerar a esta en relación a la eutanasia, requiere liberarse de todo tipo de connotación subjetiva y la regulación de los derechos debe ser razonable, es decir, adecuando los medios a los fines, por lo tanto una limitación carente de fundamentos y meramente restrictiva no genera igualdad.

Mientras que en los sectores sociales más pudientes, el acceso a una cobertura médica privada, posibilita que no trasciendan los estudios o intervenciones eutanásicos que se les realizan, la negativa proveniente de las instituciones públicas, perjudica el ámbito de

igualdad en el que debe ser resuelto el tema, igualdad que debe ser promovida por el mismo Estado.

Mantener con vida a una persona, que voluntariamente desea morir, por no poder soportar los dolores que padece, es una grave intervención a sus decisiones privadas; y más grave aún no tener una normativa acorde a la voluntad del paciente que desea la muerte, es mantener vigente el status quo que los grupos más retrógrados de la sociedad consideran como el ideal y único desde sus posiciones de poder en la omiten analizar la posibilidad de que existan decisiones diferentes.

La intervención del Estado se debería limitar a regular la eutanasia, ya que no se trata solamente de si ésta atenta o no contra el bien jurídico de la vida, sino que va mas allá, el respeto por la decisión de no seguir viviendo, implica el pleno ejercicio del derecho a la vida, que no debe entenderse como una obligación o deber, sino por el contrario como una facultad.

No impulsar una normativa que avale estas prácticas conculca la libertad de autodeterminarse y peor aún la dignidad.

Encontrar una solución a la discusión sobre la eutanasia requiere extraerla de la del paradigma construido por los intereses e ideas medico-religiosas, salirse de ello es imprescindible para arribar a una conclusión jurídica que por supuesto no debe ser ajena a las necesidades de la sociedad en su conjunto, si bien esta conclusión no estará exenta de intereses, ya que no es posible entender al derecho como ajeno a los intereses, si llevara a la creación de parámetros mas objetivos.

Creando una nueva perspectiva de análisis nutrida del espíritu tuitivo que brindan los derechos humanos, permitiría pensar el tema desde una nueva impronta, una nueva forma de ver temas tabúes como el aborto o la eutanasia, pero no desde un deber ser impuesto, sino por el deber ser que cada ser humano considera acorde a sus proyectos de vida y como parte de las decisiones personales que conciba como valederas.

Bibliografía Consultada

- Capella Francisco. “Ética y Eutanasia” (sin fecha).
- Ciruzzi María Susana. “Una aproximación penal y criminológica al concepto de eutanasia”. Primeras Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho, Agosto de 2000.
- Cumplido Manuel J. “Derecho de los pacientes, problemática en la Republica Argentina”, Revista Latinoamericana de Derecho Medico y Medicina Legal (sin fecha).
- Hooft Pedro F. “Bioética y Derechos Humanos” temas y casos. 2da Edicion. LexisNexis. Depalma.
- Osio Alejandro Javier. “Eutanasia. Morir con derecho y dignidad”, Seminario sobre aportaciones teóricas y técnicas recientes, Facultad de Ciencias Económicas y Jurídicas, Universidad Nacional de La Pampa.
- Przygoda Pablo. “La Eutanasia y el suicidio asistido en la Argentina y en otros países”. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano, Buenos Aires (sin fecha).
- Paduczak Sergio A., Squillaci Maria Alejandra. “Eutanasia”, <http://www.terragnijurista.com.ar/doctrina/eutanasia.htm>
- Debate presentado en “El Debate en la Televisión Pública” conducido por Adrián Paenza. Publicado en su totalidad en el Diario Página 12 el domingo 14 de agosto de 2011.

- República Argentina, Ley 26.529 Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Sitios electrónicos consultados

- Wikipedia: <http://es.wiktionary.org/wiki/suicidarse>
- <http://www.liberalismo.org/articulo/227/53/etica/eutanasia/>
- <http://www.condignidad.org/eutanasia-anticuada.html>

Corroinca Maximiliano

Klor Boris

Miró Elián

DNI 33652663

DNI 34173745

DNI 33295242

L.U. n° 10126

L.U. n° 10157

L.U. n° 9870